

Die Krise des Szenarios

Das Grippepandemieszenario und seine blinden Flecken

Kevin Hall & Klaus Scheuermann

1. Die Krise des Szenarios, oder: Wie wir unvorbereitet wurden

»Das öffentliche Leben in Frankfurt ist nahezu zusammengebrochen. Die Krankenhäuser wissen nicht, wohin mit den vielen Grippe-Kranken und jenen, die sich für grippekrank halten und doch nur eine Erkältung haben. Alle Betten sind belegt, die Patienten stehen auf den Gängen und geben ihre Viren an jeden noch gesunden Klinik-Mitarbeiter weiter. Schon jetzt ist jeder vierte Bürger krank. Auch jeder vierte Polizist, Feuerwehrmann und Bankkaufmann. Und wie stark die zweite Grippe-Welle sein wird, weiß keiner.« (F.A.Z. vom 07.02.2009, S. 48.)

Dies ist ein Auszug aus einem Zeitungsbericht über eine szenariobasierte Tabletop-Übung in den Räumen der F.A.Z. mit Vertreter*innen der Frankfurter Krankenhäuser im Frühjahr 2009. Die vom Institut für Management- und Wirtschaftsförderung sowie dem F.A.Z.-Institut organisierte Übung sollte den Kliniken dabei helfen, die Dinge zu identifizieren, auf die es im Fall einer Grippepandemie ankommt. Der Artikel gibt das Fazit der Übungsteilnehmer*innen wieder: Viele Kliniken, Städte und Gemeinden seien nur mangelhaft vorbereitet. Als sich das SARS-Coronavirus-2 im Frühjahr 2020 ausgehend von der chinesischen Stadt Wuhan weltweit ausbreitete, mussten viele Staaten feststellen, dass sie trotz zahlreicher Notfallpläne, Übungen zum Ausbruchsmanagement und Frühwarnsysteme zur Detektion neuer Erreger paradoxerweise mangelhaft vorbereitet waren (Mezes und Opitz 2020, S. 381).

Der Kulturanthropologe Andrew Lakoff (2008, S. 400) stellt mit Bezug auf die US-Gesundheitsbehörden und Sicherheitsexpert*innen die Frage, wie es zu diesem Unvorbereitetsein kam. Im Zentrum seiner Überlegungen steht ein Wechsel zum Paradigma der Vorbereitung (engl. *preparedness*), das wesentlich mit der Wissens-technik des Szenarios arbeitet. Vor diesem Hintergrund argumentieren wir, dass ein bestimmtes Szenario – das Grippepandemieszenario (im Folgenden kurz Grip-

peszenario) – bis 2019 als das paradigmatische Pandemieszenario¹ diente und Netzwerke bildete, die zwar den Bereich des Denkbaren erweiterten und soziale Koordination ermöglichten, aber gleichzeitig auch zwei eng miteinander verbundene ›blinde Flecken‹ beinhaltete. Das Grippe-szenario sowie seine anschließenden Pandemiepläne und Übungen erwiesen sich angesichts der Herausforderungen der COVID-19-Pandemie als zu begrenzt. Sie hatten die Notwendigkeit und Möglichkeit einer zeitlich unbegrenzten Kontaktpersonennachverfolgung (KPNV) nicht bedacht. Gleichzeitig wurde das Grippe-szenario der hierfür zentralen Bedeutung der lokalen Gesundheitsämter nicht gerecht, insofern es weder die Problematik der notwendigen Personalausstattung, noch die Möglichkeiten der Generierung von Zusatzpersonal oder die Herausforderungen eines permanent fluktuierenden Personalbedarfs imaginieren konnte. Diese ›blinden Flecken‹, so unser Argument, waren zentrale Bestandteile des ›Unvorbereitetseins‹ der deutschen Bundesregierung und anderer Staaten Europas im Hinblick auf die COVID-19-Pandemie. Dieses Argument wollen wir im Folgenden in drei Schritten ausführen:

Im ersten Schritt unseres Arguments stellen wir das Szenario als eine Wissenstechnik vor, welche die Ungewissheiten künftiger Großschadenslagen vorstellbar und bearbeitbar macht. Hierzu nutzt sie eine Krisenrhetorik, die Handlungsspielräume im Sinne ›harter Zwangsalternativen‹ beschränkt (Koselleck 2006, S. 207; Anderson 2021). Das Szenario verstehen wir dabei als eine Problemdefinition, die zur Bildung von Akteur-Netzwerken dienen kann (Callon 2006). Im zweiten Schritt arbeiten wir die Problemdefinition des Grippe-szenarios in Deutschland anhand von Pandemieplänen heraus und zeigen am Beispiel der Länderübergreifenden Krisenmanagementübung Exercise (LÜKEX), wie das Grippe-szenario in

1 Pandemien sind zu unterscheiden von Epidemien. Eine Epidemie bezeichnet ein lokal oder regional begrenztes, überdurchschnittliches Fallaufkommen (Bonita, Beaglehole & Kjellström 2006, S. 119). Eine Pandemie bezeichnet dagegen »[e]ine neu, aber zeitlich begrenzt in Erscheinung tretende, weltweite starke Ausbreitung einer Infektionskrankheit mit hohen Erkrankungszahlen und i.d.R. auch mit schweren Krankheitsverläufen.« (Robert Koch-Institut 2015, S. 99) Neben Influenza- und Coronaviren haben auch andere Erreger wie bspw. *Vibrio cholerae* (verantwortlich für bislang sieben Cholera-Pandemien), *Yersinia pestis* (der Erreger der drei Pestpandemien) und HIV Pandemien ausgelöst. Dem Anthropologen Alex de Waal zufolge problematisiere die laufende HIV/AIDS Pandemie die obige ereignishaftes Pandemiedefinition wegen ihres langsamen Krankheitsverlaufs (de Waal 2021, S. 113). Influenza erhielt seine besondere Stellung in der Pandemieplanung nach dem Fund eines neuen Stammes der Vogelgrippe (H5N1) in Hongkong in 1997. Die WHO befürchtete, dass dieses Influenzavirus eine Pandemie auslösen könnte, die so verheerend wie die Grippepandemie von 1918–20 sein könnte. Sie begann daraufhin, erstmals einen Pandemieplan zu entwickeln, und empfahl ihren Mitgliedsstaaten, eine eigene Influenzapandemieplanung zu initiieren (WHO 1999, S. 5–7). Viele Länder kamen dieser Forderung nach. Zur Geschichte der Pandemieplanung in Deutschland siehe Hall (2021, S. 130ff.); für den US-amerikanischen Kontext siehe Caduff (2015).

der Bildung eines Akteur-Netzwerks wirksam wurde. In diesem Akteur-Netzwerk wurde der spezifische Aufgabenbereich der kommunalen Gesundheitsämter in der Pandemie auf eine hauptsächlich koordinative Rolle beschränkt. Im dritten Schritt zeigen wir, wie sich die Problemdefinitionen des imaginierten Grippezenarios in der COVID-19-Pandemie darstellten. Durch die veränderte Problemlage ergab sich eine andere Rolle für die Gesundheitsämter. In dieser realen Pandemie sollten sie als zentraler Akteur mittels einer KPNV in nie dagewesenem Maßstab zur Eindämmung der Infektionen beitragen. Mit der umfangreichen Personalaufstockung und dem damit einhergehenden organisatorischen Wandel benennen wir zwei lokale Folgeprobleme, die so weder in den imaginierten Grippezenarios noch in den dazugehörigen Pandemieplänen vorhergesehen oder vorbereitet waren.

Für unsere Argumentation greifen wir auf Daten aus einschlägigen Pandemieplänen und Berichten über die LÜKEX 2007 und 2013, auf 34 Interviews mit 17 Gesundheitsämtern und auf eine dreieinhalbmonatige teilnehmende Beobachtung im Bereich der KPNV eines Gesundheitsamtes zurück, die wir von August 2020 bis April 2021 erhoben haben. Die Interviews sowie die teilnehmende Beobachtung wurden ermöglicht durch eine Kooperation mit dem Robert Koch-Institut (RKI) im Rahmen des Projekts »Die Verwaltung der Kontaktverfolgung unter COVID-19« an der Universität Marburg. Das Projekt untersucht u.a. die Frage, mit welchen organisatorischen Strategien die Gesundheitsämter in der Pandemie lokal versuchen, die massive Arbeitslast zu bewältigen und den Auf- und Ausbau der KPNV voranzubringen.

2. Das Krisenszenario als Wissenstechnik und ›Übersetzung‹

Etwa seit den 1990er Jahren gab es ein Mantra bei Expert*innen der Gesundheitssicherheit: Die Frage ist nicht ob, sondern wann die nächste Pandemie kommt.² So beginnt etwa auch die damalige Frankfurter Stadträtin für Umwelt und Gesundheit Dr. Manuela Rottmann das Vorwort des Kommunalen Pandemieplans der Stadt Frankfurt a.M. mit den Worten: »Alle Experten sind sich einig, dass eine erneute Influenzapandemie kommen wird. Wenn auch Zeitpunkt, Subtyp des Erregers

2 Der Kulturanthropologe Carlo Caduff hat in seiner Ethnografie über die Pandemieplanung der USA anhand einiger führender Influenzaforscher – vor allem Robert Webster und Michael T. Osterholm – den unausweichlichen Charakter der apokalyptischen Pandemieprophetisierungen herausgearbeitet (Caduff 2015, S. 1–3). Diese Unausweichlichkeit einer Influenzapandemie findet sich auch im britischen Nationalen Risikoregister wieder: »The consensus view among experts is that there is a high probability of another influenza pandemic occurring. It is impossible to forecast its timing or the nature of its impact.« (Cabinet Office 2015, S. 13, 19).

und die Dimension nicht genau vorhergesagt werden können« (Stadtgesundheitsamt der Stadt Frankfurt a.M. 2008, S. 1).³ Die von Rottmann angesprochenen Unsicherheiten über den Zeitpunkt, den Subtyp des Erregers und das Schadensausmaß erschweren den jeweiligen Staaten eine adäquate Pandemievorbereitung.

Die Ungewissheiten zukünftiger Großschadenslagen, wie dem Nuklearkrieg, Hurrikans, Stromausfall oder auch Seuchenausbrüchen stellen epistemische Herausforderungen dar. Der Physiker und Kybernetiker Herman Kahn entwickelte während des Kalten Krieges in den 1960er Jahren die Szenario-Technik, um die Ungewissheiten dieser Großschadenslagen in Gegenwart und Zukunft mittels einer imaginierten, projizierten Zukunft zu regieren. Ihr Motto wird häufig verkürzt auf den Satz »Das Udenkbare denken!« (Opitz & Tellmann 2011, S. 36). Die Szenario-Technik soll also die Teilnehmer*innen aus ihren alltäglichen Denk- und Handlungsmustern herausholen und mit einer radikal neuen Situation konfrontieren. Dabei versuchen Szenarien ausdrücklich nicht, die Zukunft mithilfe von Modellen oder gar Computersimulationen vorherzusagen. Vielmehr soll die Ausarbeitung plausibler Szenarien die Unsicherheiten der *Unknown Unknowns* (Cooper 2006) – die unbekannten Wissenslücken – reduzieren und sie vorstellbar und somit handhabbar machen. An die Stelle von Wahrscheinlichkeiten und der epistemologischen Autorität des Erfahrungswissens tritt also die narrative Plausibilität (Opitz & Tellmann 2011, S. 30). Hierfür schlug Kahn vor, »eine hypothetische Sequenz von Ereignissen mit dem Ziel zu konstruieren, die Aufmerksamkeit auf Kausalprozesse und Entscheidungspunkte zu lenken« (Kahn 1967, S. 6; zitiert nach Aligica 2004, S. 75; unsere Übersetzung). Diese Entscheidungspunkte sind als temporäre Wendepunkte zu verstehen. Beispielsweise deutet die eingangs erwähnte Übung, durch die Erkrankungen in Polizei und Feuerwehr, den Zusammenbruch der sozialen Ordnung an, der abgewendet werden muss. Insofern folgen Szenarien einer gleichzeitig diagnostischen und prognostischen Krisenlogik (Anderson 2021, S. 168). Dem Historiker Reinhart Koselleck zufolge besteht die Krise in einem Zwang zur Entscheidung und »zum Handeln unter dem Vorgebot der Zeitnot« (Koselleck 2006, S. 213; Anderson 2021, S. 168). Rhetorisch operiert die Krisendiagnose somit mit »harten Zwangsalternativen«, die den Entscheidungsspielraum einengen (Koselleck 2006, S. 207). Zur Identifikation der entsprechenden Kausalprozesse und Entscheidungspunkte müssen zwei Fragen gestellt werden: (1) Wie könnte sich eine beliebige, hypothetische Situation Schritt für Schritt entwickeln? (2) Welche Alternativen gibt es für jede*n Akteur*in zu jedem Schritt, um den Prozess abzuwenden

3 Auch der Nationale Pandemieplan des RKI von 2007 enthält die Elemente der Eintrittswahrscheinlichkeit, der Ungewissheit über den Zeitpunkt und den Verweis auf Expert*innen (hier Robert Webster): »Obwohl der genaue Zeitpunkt und das Ausmaß einer zukünftigen Influenzapandemie nicht vorhergesagt werden können, glauben viele Experten, dass es Anzeichen gibt, die auf eine kurz bevorstehende Pandemie hindeuten.« (RKI 2007, S. 7)

oder abzumildern? Die Antworten auf diese Fragen erzeugen notwendig ›blinde Flecken‹ durch den Ausschluss von Handlungsoptionen.

In ihrer konkreten Ausgestaltung nutzt die Szenario-Technik verschiedene Übungsformate mit unterschiedlichen Graden der Immersion: zum Beispiel Tabletop-, Stabsrahmen- oder operative Rollenspielübungen mit Kompars*innen und realen Einsatzkräften. Anhand eines Drehbuchs werden die Ereignisse des Szenarios von den Teilnehmer*innen durchgespielt. Dabei unterscheidet die Kulturanthropologin Limor Samimian-Darash (2021) Szenarioübungen nach dem Grad, in dem das Szenario auf gewohnte und bekannte Ereignisse zurückgreift. Übungen eines bekannten Ereignisses, die so nahe wie möglich am ausgearbeiteten Drehbuch vollzogen werden, um Pläne und bestimmte Reaktionen zu proben, folgen Samimian-Darash zufolge einer simulativen Logik (engl. *simulative*) mit vorgegebenen, begrenzten Lösungsmöglichkeiten. In der simulativen Logik gibt es wenig Raum für Unerwartetes. Demgegenüber bezeichnet sie Übungen, deren Skript dynamisch in der Interaktion mit den Teilnehmenden fortgeschrieben wird, als einer szenaristischen Logik (engl. *szenaristic*, das Drehbuch fortschreibend) folgend (Samimian-Darash 2021, S. 5). Unsicherheiten werden hierbei durch vielfältige kleine Ereignisse und deren Ergebnisse erzeugt (Samimian-Darash 2021, S. 8–9). In der simulativen Übung werden eingeübte Abläufe und Kommunikationsketten demonstriert, während szenaristische Übungen Lücken in der eigenen Vorbereitung identifizieren sollen. Die Szenario-Übung besteht in beiden Fällen aus einem zweistufigen Prozess: Der parallelen Erarbeitung von Plänen zur Bewältigung eines Szenarios sowie eines Drehbuchs einerseits und der Übung andererseits. Beide Prozesse finden in engem Austausch mit den Teilnehmer*innen statt.

Aus den obigen Ausführungen wird deutlich, dass die Szenario-Technik nicht nur als Technik zur Generierung neuen Wissens verstanden werden sollte. Vielmehr versammelt sie eine Reihe von Akteur*innen zur Ausgestaltung der Pläne und Drehbücher sowie zur Übungsdurchführung. Die Szenario-Technik kann auch unter dem Gesichtspunkt der Mobilisierung sozialer Gruppen verstanden werden. Diesen Prozess verstehen wir in Anschluss an Michel Callons »Sozio-Logik der Übersetzung« als Bildung von Akteur-Netzwerken (Callon 2006). Callons Begriff der »Übersetzung« umfasst vier Elemente. Die »Problematisierung« bezeichnet den Prozess, in dem ein*e Akteur*in ein Problem so definiert, »dass andere es als ihr Problem akzeptieren« können (Belliger & Krieger 2006, S. 40). Der Übersetzungsprozess kann eine Anpassung der Problemdefinition erforderlich machen, so dass die potenziellen Partner*innen durch die Lösung des Problems der*des Übersetzenden ihre eigenen Probleme lösen können. Diesen Prozess beschreibt Callon als »Interessement«, weil der*die übersetzende Akteur*in die potenziellen Partner*innen für Funktionen, Identitäten oder auch Rollen im vorgeschlagenen Lösungsweg zu interessieren versucht. Der Begriff des »Enrolment« beschreibt die tatsächliche Übernahme der angebotenen Rollen im Netzwerk durch die Partner*innen. Das

Netzwerk wird daraufhin weiter gefestigt durch den Prozess der ›Mobilisierung‹, der im weitesten Sinne die Entstehung und Pflege von Tauschbeziehungen zwischen den Netzwerkpartner*innen umfasst (Belliger & Krieger 2006, S. 40–41). Im folgenden Abschnitt beschränken wir uns auf die Darstellung der ›Problematisierung‹ und das ›Enrolment‹ in der Übung, um zu zeigen, wie einerseits die Problemdefinition Rollen für die Gesundheitsämter im Grippezszenario festlegte und andererseits im ›Enrolment‹ Akteur*innen auf die Ausgestaltung des Szenarios einwirken.

3. Das Grippezszenario

Das Grippezszenario wollen wir hier als ›Problematisierung‹ untersuchen. Wie wir im folgenden Abschnitt zeigen werden, definiert es maßgeblich drei Probleme: Erstens, ein unabänderlicher Verlauf der Pandemie; zweitens, die Gesundheitsversorgung einer Masse von Erkrankten; und drittens, eine verängstigte bzw. ›panische‹ Öffentlichkeit (Hall & Wolf 2021). Aus diesen Problemdefinitionen folgten verengte Handlungsoptionen und eine marginalisierte Rolle für die Gesundheitsämter im Akteur-Netzwerk des Grippezszenarios.

3.1 Die Problemdefinition

Anhand einer historischen Rekonstruktion der deutschen Pandemieplanung wollen wir die Problemdefinition des Grippepandemieszenarios herausarbeiten. Verschiedenen Autor*innen zufolge erzeugte ein neuer Begriff von Infektionskrankheiten ab dem Ende der 1980er Jahre Anknüpfungspunkte für Sicherheitsstrateg*innen und Notfallplaner*innen. Dieser Begriff der neuen und vermehrt auftretenden Infektionskrankheiten (engl. *emerging (and re-emerging) infectious diseases*) bündelt Globalisierungsnarrative, vulnerable Körperbilder und sich wandelnde soziale und kulturelle Muster zu einem Bedrohungsszenario für die westlichen Industrienationen (Weir & Mykhalovskiy 2010, S. 29; Braun 2008; Collier & Lakoff 2008; King 2002, 2004).

In Deutschland befasste sich seit 1998 die zivilmilitärische »Arbeitsgruppe Seuchenschutz« mit dem Verfassen von Notfallplänen für Seuchenausbrüche und Grippepandemien. Sie bestand aus Mitarbeiter*innen des RKI,⁴ Infektiolog*innen aus

4 Das RKI ist die obere Bundesbehörde für Krankheitsüberwachung und -prävention im Geschäftsbereich des Bundesgesundheitsministeriums (BMG). Diese Struktur spiegelt sich im föderalen System Deutschlands auf der Länderebene. Hier sind die Landesgesundheitsämter als Landesoberbehörde dem jeweiligen Ministerium mit dem Ressort Gesundheit nachgeordnet. Die Kreisgesundheitsämter stellen in dieser Hierarchie die unterste Landesbehörde dar. Da Katastrophenschutz und somit Pandemieplanung Landessache ist, musste der Pan-

Krankenhäusern mit Isolierstationen sowie dem medizinischen Dienst der Bundeswehr (Fock et al. 1999; Fock 1999; Fock et al. 2001). Aus dieser Initiative entwickelte das RKI seinen Nationalen Pandemieplan. Die Bundesländer und Kommunen griffen den Plan parallel zu seiner Entstehung auf und übersetzten ihn in ihre eigenen Planungen (Amt für Gesundheit 2012; GMK 2016; RKI 2007, 2016; Stadtgesundheitsamt Frankfurt a.M. 2008).

Aus heutiger Sicht überraschend ist, dass all diesen Plänen ein immer gleicher, unabänderlicher Verlauf der pandemischen Wellen wie auch der entsprechenden menschlichen Reaktions- und Verhaltensweisen zugrunde liegt. Dieser Verlauf wird in den Pandemieplänen folgendermaßen imaginiert: Jede Welle spielt sich innerhalb von ca. acht Wochen ab. Zum vierwöchigen Höhepunkt der Welle erkranken zwei Drittel aller Infizierten (bspw. Stadtgesundheitsamt Frankfurt a.M. 2008, S. 9–10). Die Pandemiewellen sind damit den saisonalen Grippewellen nachempfunden. Die Anzahl der Infizierten gibt den Schweregrad des Szenarios wieder. Leicht, Mittel und Schwer heißt, dass sich den Plänen zufolge 15, 30 oder 50 Prozent der Bevölkerung infizieren.

Mit dem Meltzer-Modell – benannt nach dem Gesundheitsökonom Martin Meltzer von den US-amerikanischen Centers for Disease Control and Prevention (CDC) – unterfüttert das Szenario die Schweregrade mit konkreten Zahlen für Arztkonsultationen, Krankenhauseinlieferungen und Todesfälle (Meltzer et al. 1999). Die Zahlen verleihen dem Szenario eine narrative Dichte und richten die Aufmerksamkeit auf die primäre Gesundheitsversorgung. Hierbei ist anzumerken, dass Meltzer et al. (1999) weder die Erkrankungsraten noch andere epidemiologische Daten simulierten. Die klinischen Erkrankungs- und Todesraten übernahmen sie aus früheren Influenzaepidemien und -pandemien (Meltzer et al. 1999, S. 660). Die Gesamtinfektionsraten (inklusive asymptomatisch Infizierter) waren Annahmen, um konkrete Zahlen berechnen zu können, wobei das 50-Prozent-Szenario erst im deutschen Kontext auftauchte und an die bislang verheerendste Grippepandemie von 1918–20 angelehnt war (Fock et al. 2001, S. 971).

Das Meltzer-Modell wurde im Kontext der deutschen Grippepandemiepläne zu einer Technologie für Pandemieplaner*innen auf Kreis-, Landes- oder Bundesebene, um die jeweilige Belastung der primären Gesundheitsversorgung (Arztkonsultationen und Krankenhauseinweisungen) sowie den Bedarf an Impfstoffen, Medikamenten und Schutzausrüstung zu berechnen. Tabelle 1 zeigt beispielhaft, wie dieses Modell in der LÜKEX 2007, die wir im nächsten Abschnitt näher diskutieren werden, mit dem Szenario »Influenza-Pandemie« wirksam wurde. Hier erscheinen die Infizierten, schwer Erkrankten und Toten als ein statistisch unabänderlicher Fakt,

demieplan auf nationaler Ebene von der Gesundheitsministerkonferenz der Länder (GMK) beschlossen werden.

weil weder die Pläne, noch das Szenario der LÜKEX 2007 den Folgen der Influenza-pandemie, Fall- und Sterbezahlen bei erfolgreichen Maßnahmen gegenüberstellen.

Tabelle 1: Das Meltzer-Modell in der LÜKEX 2007⁵

Lükex 2007 Influenza-Pandemie		
Modell-Rechnung: Auswirkungen einer Pandemie in Deutschland		
Erkrankungsrate – 15 % der Bevölkerung	Konsultationen	6.500.000
	Krankenhauseinweisungen	190.000
	Tote	51.000
Erkrankungsrate * 30 % der Bevölkerungen * Planungsannahme für LÜKEX 2007	Konsultationen	13.000.000
	Krankenhauseinweisungen	370.000
	Tote	102.000
Erkrankungsrate – 50 % der Bevölkerung	Konsultationen	22.000.000
	Krankenhauseinweisungen	620.000
	Tote	172.000
Saisonale Influenza	Konsultationen	ca. 2–4.000.000
	Krankenhauseinweisungen	ca. 20.000
	Tote	ca. 10.000

Der projizierte, unabänderliche Verlauf des Szenarios zusammen mit der zivil-militärischen Ausrichtung der ursprünglichen Planungsgruppe hatte vor allem drei Konsequenzen für die wahrgenommenen Handlungsoptionen in Pandemien:

3.1.1 Der unabänderliche Verlauf der Pandemie

Die erste Folge war eine unabänderliche Temporalität der Pandemie. Die Pläne unterteilen den Pandemieverlauf in vier Phasen: (a) vor der Welle, (b) während der Welle, (c) Höhepunkt der Welle und (d) nach der Welle. Hieran schließen die drei zentralen Strategien von ›Eindämmung‹, ›Schutz‹ und ›Folgenminderung‹ des nationalen Grippepandemieplans an (GMK 2016). Bei den geringen Infektionszahlen vor der Welle gilt es, das Influenzavirus einzudämmen (GMK 2016, S. 30). Rigorose KPNV,

5 Tabelle adaptiert nach Wagner 2009, S. 524.

Isolation und Quarantäne sind in der Eindämmungsphase angezeigt. Bei ansteigenden Fallzahlen sollen in der Schutzphase die vulnerablen Gruppen und Einrichtungen geschützt werden. Die KPNV soll in dieser Phase nur noch solange durchgeführt werden, wie sie von den Gesundheitsämtern mit ihren personellen Ressourcen zu bewältigen ist. Zum Höhepunkt der Welle sieht die Strategie zur Folgenminderung u.a. arbeitsorganisatorische Maßnahmen, Besuchsregelungen und kohortierte Behandlung von Erkrankten vor, um die Überlastung der medizinischen Infrastruktur zu verhindern (GMK 2016, S. 39–42). Die Maßnahmen der Quarantäne und KPNV erachten die Pläne dann als undurchführbar. Im Frankfurter Pandemieplan von 2008 heißt es hierzu: »Quarantänemaßnahmen sind angesichts einer steigenden Zahl von Erkrankten nicht mehr praktikabel, da ein großer Teil der Bevölkerung die Definition der Kontaktperson erfüllt.« (Stadtgesundheitsamt Frankfurt a.M. 2008, S. 29) Entsprechend schilderten Mitarbeitende von Gesundheitsämtern in unseren Interviews die KPNV während der Grippepandemie von 2009/2010 als Maßnahme, deren Durchführbarkeit sich als zeitlich eng begrenzt darstellte. So erläuterte der Amtsleiter von Gesundheitsamt 5:

»[KPNV] ist eigentlich unsere Routine-Aufgabe. Nur in dieser Menge ist das natürlich so extrem, wie wir es nur bei der Schweinegrippe am Anfang hatten. Da war das genauso. Da hatten wir auch die Ersten, die zurückkamen, dann kamen immer mehr, dann kamen immer mehr, dann kamen bis zu 80 Telefonate für eine Person am Tag. Dann haben wir gemerkt: Das geht so überhaupt nicht. Wir können ja nicht nur telefonieren. Ich muss ja noch was anderes machen. Und dann hat man nach und nach sortiert. [...] Wobei das bei der Schweinegrippe ja ein relativ überschaubarer Zeitraum war. Das hat sich steil aufgeschaukelt. Dann hat man gesehen: Jetzt haben wir die Kontrolle verloren. Und dann haben wir ja sofort aufgehört. Dann haben wir die ganzen Faxe, die reinkamen, nur noch gestapelt und haben die gar nicht mehr angerufen. Wir haben die Kontaktpersonennachverfolgung nach relativ kurzer Zeit vollkommen eingestellt. Wie viele Wochen waren das? Vielleicht sechs Wochen oder so. Und dann haben wir gesagt: Nein, das brauchen wir gar nicht mehr anrufen, weil das ist sowieso klar, was die haben.« (Amtsleiter, Gesundheitsamt 5)

Dieses Vorgehen stellte der Virologe Christian Drosten⁶ in seinem Podcast »Coronavirus-Update« im Norddeutschen Rundfunk als den »Lehrbuchfall für Pandemie-Kontrolle« dar: »Man kann das nicht aufhalten. Man muss das letztendlich ein bisschen laufen lassen«, sagte Drosten in Bezug auf die projizierten Grippepandemien

6 Christian Drosten gehörte zum Entdeckerkreis des ersten SARS-Coronavirus, welches die SARS-Pandemie von 2002/2003 auslöste. Seit 2017 leitet er das Institut für Virologie am traditionsreichen Berliner Universitätsklinikum Charité. In der COVID-19-Pandemie war er beteiligt an der Entwicklung des ersten Diagnosetestkits.

(Hennig & Drosten 2021, S. 6). Der unabänderliche Verlauf der Pandemie macht dieser Vorstellung zufolge eine ›Durchseuchung‹ der Bevölkerung unvermeidbar.

3.1.2 Die Engführung auf die medizinische Versorgung

Die angenommene Unabänderlichkeit des Pandemieverlaufs sowie der zivilmilitärische Hintergrund der ursprünglichen Planungsgruppe um Fock et al. (2001) rückte Krankenhäuser und Rettungsdienste und deren Ausstattung sowie Einsatzbereitschaft in den Fokus der Interventionen. Die Pläne auf kommunaler Ebene geben üblicherweise detailliert Auskunft über Zahlen von Behandlungsplätzen und notwendigen Vorräten an Schutzausrüstung (Amt für Gesundheit 2012, S. 41; Stadtgesundheitsamt Frankfurt a.M. 2008, S. 46, 50). Nicht die Verhinderung von Erkrankungen, sondern die Versorgung von Patient*innen steht im Zentrum der Pläne. Der Grund hierfür liegt unter anderem in der wahrgenommenen Möglichkeit einer pharmakologischen Prophylaxe mittels antiviraler Medikamente und einer schnellen Anpassung der Impfstoffe. So kontrastierte der Amtsleiter von Gesundheitsamt 14 die Maßnahmen im Pandemieplan mit den aktuellen Maßnahmen während der COVID-19-Pandemie:

»Während wir die Influenzapläne operativ in Richtung dieser Gegenmaßnahmen ausgerichtet hatten und einfach bei einer Influenzapandemie wir auch davon ausgegangen sind, dass wir sehr schnell eine riesengroße Anzahl von Erkrankten haben, wir aber die Möglichkeit haben, eben über Prophylaxen und Impfungen das Ganze zu unterbrechen, ist natürlich diese Kontaktpersonennachverfolgung und Quarantänisierung und diese Containment-Maßnahmen nachgeordnet gewesen gegenüber dem, was wir eigentlich halt an Gegenmaßnahmen gemacht hätten.«
(Amtsleiter, Gesundheitsamt 14)

Die Festlegung auf einen sehr gut erforschten Erregertyp, die Grippeviren, rückte das Grippezenario in die simulative Logik Samimian-Darashs: Der Erwartungsraum der epidemiologischen Eckdaten des pandemischen Virus ist bekannt und wird von den Plänen lediglich im Sinne der Bereitschaft der Primärversorgung behandelt. Pharmakologische Therapien, Prophylaxen und sogar Impfstoffe, so die Annahme, sind grundsätzlich erforscht, erprobt und verfügbar oder können schnell angepasst werden. Der Fall, dass ein Erreger nicht von den bekannten Therapien abgedeckt sein könnte, war zwar denkbar, gelangte aber nicht als konkretes Szenario mit einer Lösungsstrategie in die Pandemiepläne.

Diese Problematik pharmakologischer Maßnahmen war jedoch nicht die einzige Schwachstelle der Pandemiepläne. Krankenhauseskalationsmodelle sahen eine Kohortierung von Krankenhäusern vor. Das heißt, die Pläne legten genau fest, welche Krankenhäuser die Grippepatient*innen primär aufnehmen sollten, und ab wann Grippepatient*innen in weitere Krankenhäuser zu leiten waren (Hessisches Sozialministerium 2007, S. 76, 83). Die Pläne regulierten also auf der operativen

Ebene Patientenströme. Der Amtsleiter von Gesundheitsamt 5 wies in diesem Zusammenhang auf ein weiteres Problem – die Personalverknappung – hin:

»Also wir haben uns überlegt, wie wir mit den Kommunen zusammenarbeiten können, wenn massenhaft kranke Menschen in die Arztpraxen strömen und die Krankenhäuser überfluten und haben versucht, mit den Kommunen zu regeln, wie man das dann regeln kann, also wenn die Ärzte selber krank werden, wenn praktisch ein Zelt aufgebaut werden muss, und so weiter. Die Überlegungen jetzt, einzelne nachzuverfolgen ist in den Pandemieplänen gar nicht drin, weil die Pandemiepläne erst dann anfangen, wenn die Kontaktpersonenverfolgung gar nicht mehr möglich ist. Dann fangen die Pandemiepläne an.« (Amtsleiter, Gesundheitsamt 5)

Der Amtsleiter beschreibt hier das Aufstellen von Fieberambulanzen in Zelten, um Grippepatient*innen von anderen Patient*innen beim Eingang zum Krankenhaus abzusondern oder sie gegebenenfalls auch gänzlich in Zelten zu behandeln, wenn die Krankenhäuser voll sind. Das Problem der Pandemiepläne konnte nicht die KPNV oder gar die Bereitstellung des hierfür notwendigen Personals sein, weil sie erst für den Zeitraum planten, nachdem die KPNV schon eingestellt war.

3.1.3 Der Personalmangel

Mit steigenden Fallzahlen wird zwangsläufig irgendwann auch das medizinische Personal krank. Hieraus leitet sich das dritte Problem des Szenarios ab: der Personalmangel. Es gibt zu wenig Personal aufgrund der Erkrankungen. Aber die Pläne gehen weiter und schreiben der Bevölkerung einen allgemeinen Unwillen zu, auszuhelfen oder überhaupt in der Pandemie zur Arbeit zu gehen. In diesem Zusammenhang stellen sich Pandemieplaner*innen die Bevölkerung als panische Masse vor (Hall & Wolf 2021). Die zeitliche Verdichtung von Infektion, Erkrankung und Tod auf bloß vier Wochen ist eine furchtbare Vorstellung mit klaren psychosozialen Folgen. Das Szenario geht also davon aus, dass Menschen aus Angst vor Ansteckung ihrem Beruf fernbleiben und aus Sorge um ihre Gesundheit, wie in der eingangs dargestellten szenariobasierten Tabletop-Übung, massenhaft die Notaufnahmen verstopfen. Panik führt in diesen Szenarien zu einem Mangel an Menschen an den richtigen Orten und einem Überschuss von Menschen an den falschen Orten. Diese Annahme dient als projizierter Mechanismus der Selbstregulation und lässt einen umfangreichen Lockdown als unnötig erscheinen, weil – so heißt es im Frankfurter Pandemieplan – »[w]ährend der Pandemiephase [...] viele Bürger aus Angst vor Ansteckung Massenveranstaltungen freiwillig meiden« werden. Außerdem sei eine Kontrolle ohnehin unmöglich (Stadtgesundheitsamt Frankfurt a.M. 2008, S. 25).

Die Grippepandemiepläne buchstabieren den Verlauf der Pandemie, die Zahl der Infizierten, schwer Erkrankten und Toten, aber auch die genauen Behandlungskapazitäten und die zu erwartenden Reaktionen der Bevölkerung bis ins kleinste

Detail aus. Sie überließen nichts dem Zufall, außer dass möglicherweise ein anderes Atemwegsvirus als ein Influenzavirus einmal pandemisch werden könnte.

3.2 Die Übung als ›Enrolment‹

Das Akteur-Netzwerk aus Mitarbeiter*innen des RKI, Infektiolog*innen aus Krankenhäusern mit Isolierstationen, sowie dem medizinischen Dienst der Bundeswehr legte die Grundlage der Pandemiepläne mit einem Fokus auf die operativen Einsatzkräfte (Krankenhäuser und Rettungsdienste). Das Meltzer-Modell erlaubte ihnen die möglichen Unsicherheiten der Zukunft bis ins kleinste Detail derartig auszubuchstabieren, dass Grippepandemien an sich keine Überraschungen mehr be-reithielten. Diese simulative Logik versuchte die LÜKEX 2007 mit dem Titel »Influenza-Pandemie« aufzubrechen. Bei der LÜKEX handelt es sich um ein Übungskonzept des Bundesamtes für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) im Geschäftsbereich des Bundesinnenministeriums (BMI), das mit Übungszyklen arbeitet. Die Übung selbst stellt dabei zwar den Höhepunkt des zweijährigen Übungszyklus dar. Ihr geht aber eine fast anderthalbjährige Vorbereitungsphase voraus, welche der Auswertungsbericht der LÜKEX 2013 »Außergewöhnliche biologische Bedrohungslagen« als ›Herzstück‹ der Übung bezeichnet (BBK 2014, S. 7). In dieser Phase lädt die Projektgruppe am BBK Expert*innen oder Vertreter*innen von Fachorganisationen zu den jeweiligen Übungsaspekten auf Themenworkshops ein. Der Anspruch der Netzwerkbildung wird dabei in den verschiedenen Auswertungsberichten der Übungszyklen explizit hervorgehoben. So heißt es im Auswertungsbericht der LÜKEX 2007:

»Im Rahmen der Übungsvorbereitung lernten sich [...] Vertreter der unterschiedlichen Institutionen und Behörden neu kennen bzw. bereits bestehende Kontakte konnten intensiviert werden. Neben einem bereichsübergreifenden, fachlichen Erfahrungs- und Informationsaustausch wurden Netzwerke ›kurzer Drähte‹ geknüpft, die über die Übung hinaus bei der weiteren Krisenbewältigung und Pandemieplanung sicherlich erfolgreich zum Tragen kommen werden.« (BBK 2008, S. 10)

Angesichts von rund 2.000 teilnehmenden Personen an der LÜKEX 2013 und den rund 3.000 Teilnehmenden an der LÜKEX 2007 wird der Grad der durch die Übung erzeugten Vernetzung deutlich. Neben verschiedenen Behörden auf Bundes- und Landesebene bindet die Übung auch immer den öffentlichen Sektor, und hier vor allem die Betreiberfirmen kritischer Infrastrukturen, mit ein. Für die Erstellung des Übungsdrehbuchs der LÜKEX 2007 organisierte das BBK thematische Arbeitskreise, unter anderen zu den Themen »medizinische Versorgung, Grundversorgung der Bevölkerung, Luft- und Straßenverkehr« (BBK 2008, S. 6). In den Arbeitskreisen führte das BBK »relevante Institutionen, Behörden und Verbände der freien Wirt-

schaft [zusammen] und [bündelte] die Expertise von Vertretern spezieller Bereiche« (BBK 2008, S. 6). Das Übungsdrehbuch vollzog die Pandemie entlang einzelner Ereignisse, mit denen die übenden Krisen- und Verwaltungsstäbe der teilnehmenden Organisationen und Verwaltungen konfrontiert wurden. Innerhalb des durch das Grippezenario festgelegten Problemrahmens generierte die Übungsleitung spontan auch neue, unerwartete Ereignisse im Sinne einer szenaristischen Logik.

Diese Offenheit des Drehbuchs ist jedoch in zweierlei Hinsicht einzuschränken. Der oben beschriebene Problemrahmen des Grippezenarios legte fest, wer zum Drehbuchschreiben eingeladen wurde und welche Problemfelder im Drehbuch behandelt wurden (Personalmangel, Sicherung der öffentlichen Ordnung und medizinischen Grundversorgung, Versorgung mit Therapeutika und Impfstoffen). Der Auswertungsbericht erkennt diesen Einfluss der Vorauswahl des Kreises von Drehbuchschreiber*innen an:

»Kritisch bleibt auch anzumerken, dass kein Bundesverband der Sozialdienste und Pflegeberufe in die Übungsvorbereitungen einbezogen wurde, so dass die Übungsanteile zur Sicherstellung der Pflege im ambulanten wie stationären Bereich alleine auf der Fachkompetenz der Bundes- und Länderärztekammern basierten. Dagegen brachten sich die einbezogenen Institutionen im Bereich der pharmazeutischen Versorgung mit großem Engagement insbesondere in die Vorbereitung der Übung ein, was teilweise dazu führte, dass diese Problematik im Verhältnis zur Sicherstellung der ambulanten und stationären Versorgung über einen angemessenen Stellenwert hinaus in der Übungsdurchführung dominierte.« (BBK 2008, S. 8)

Die Einbeziehung anderer Drehbuchschreiber*innen hätte jedoch vermutlich keine Änderung des Problemrahmens oder gar der Strategie im Umgang mit der Influenzapandemie in der Übung erbracht. Die Offenheit des Drehbuchs wurde also nicht nur von der Vorauswahl der Drehbuchschreiber*innen, sondern auch dadurch eingeschränkt, wie der Amtsleiter von Gesundheitsamt 5 oben anmerkt, dass die »Pandemiepläne erst dann anfangen, wenn die Kontaktpersonenverfolgung gar nicht mehr möglich ist.« Den Gesundheitsämtern kam in dieser Konstellation nur die Rolle der Koordination der operativen Einsatzkräfte zu. So merkt der Auswertungsbericht der LÜKEX 2007 an: »Für den Bereich der Pandemieplanung sollten die Bundes- und Landesgesundheitsbehörden noch intensiver auf den privat organisierten Gesundheitsbereich zugehen.« (BBK 2008, S. 13) Wie wenig die Kreisgesundheitsämter einbezogen waren, wird auch daran deutlich, dass sich unter den Übungsteilnehmer*innen, die der Auswertungsbericht auf zehn Seiten aufzählt, nur vier Gesundheitsämter finden. Diese geringe Zahl wird noch dadurch verschärft, dass der Bericht an keiner Stelle erwähnt, welche Rolle den Gesundheitsämtern in der Übung zukam (BBK 2008). Sie waren beteiligte »Nicht-Akteure«.

4. Strategiewechsel in der COVID-19-Pandemie

Die COVID-19-Pandemie dient uns hier als Kontrastfolie, vor der sich die zu eng gefassten Annahmen und Handlungsoptionen des Grippezenarios abheben. Diese ›blinden Flecken‹ wollen wir im Folgenden anhand unserer teilnehmenden Beobachtungen und Interviews mit Gesundheitsämtern darstellen. Wir beginnen mit dem Grad der wissenschaftlichen Ungewissheit über den Erreger, diskutieren, wie in der COVID-19-Pandemie der unabänderliche Verlauf in seiner Intensität durch die Alternativstrategie der Infektionseindämmung (Kontaktbeschränkungen und KPNV) in Frage gestellt wurde, und wie sich das Problem des Personalmangels des Grippezenarios im Lockdown während der COVID-19-Pandemie für die Gesundheitsämter auflöste. Wir schließen mit den organisatorischen Folgeproblemen, welche der für die KPNV erforderliche Personalzuwachs mit sich brachte.

4.1 Der Grad der wissenschaftlichen Ungewissheit

Während der Erregertyp im Grippezenario – die Influenzaviren – sowie die Interventionsmöglichkeiten relativ gut beschrieben sind (RKI 2007, S. 13ff.; RKI 2016, S. 11–38; Stadtgesundheitsamt der Stadt Frankfurt a.M. 2008, S. 18; Amt für Gesundheit Frankfurt a.M., S. 10) war SARS-CoV-2 im Dezember 2019, als es erstmals in der chinesischen Stadt Wuhan entdeckt wurde, noch völlig unbekannt. Der Bericht einer WHO-Kommission, die bereits im Februar 2020 China besuchte, betonte, dass SARS-CoV-2 weder mit SARS-CoV-1 von 2002/03 noch mit den bekannten Grippeviren vergleichbar sei, so dass etablierte Szenarien und Bekämpfungsstrategien an ihre Grenzen stießen (WHO 2020, S. 18).

Diese starke Abgrenzung zu den beiden bekannten Virentypen war jedoch noch bis März in Deutschland unter Expert*innen umstritten. Am 02.03.2020 besuchte Kevin Hall eine Podiumsdiskussion des Frankfurter House of Pharma. Dort trat die Frankfurter Virologin Sandra Ciesek auf, die später zusammen mit Christian Drosten den Podcast »Coronavirus-Update« im NDR moderieren und einem Laienpublikum die Pandemie erklären sollte. Während sie später zum Handeln aufrief (Hennig, Ciesek & Kluge 2020) relativierte sie auf dem Podium die erwartbare Gefahr von COVID-19 gegenüber einer Grippe. Die hohen Fatalitäten in China erklärte sie damals damit, dass in China nur symptomatische Fälle getestet wurden. Dieser Vergleich mit Grippe hielt sich noch etwa eine Woche, bevor Bund und Länder in der zweiten Märzhälfte weitreichende Kontaktbeschränkungen in Form des sogenannten ›Lock-Downs‹ verhängten (Bartsch et al. 2020). Die Podiumsdiskussion und das Umschwenken auf die Strategie der Infektionseindämmung binnen weniger Tage zeigen den hohen Grad der wissenschaftlichen Ungewissheit, der selbst unter renommierten Wissenschaftler*innen vorherrschte.

4.2 Abflachung der Infektionswelle

Am Anfang der COVID-19-Pandemie gab es weder flächendeckende diagnostische Tests, um infizierte Personen zu entdecken, noch waren die genauen Modalitäten der Übertragung des Virus bekannt. Zudem waren noch keine Impfstoffe oder Medikamente vorhanden. Daher war die Bevölkerung der Krankheit zu Beginn der Pandemie praktisch ausgeliefert. Bei schweren Verläufen mussten sie sogar künstlich beatmet werden. Auch in der COVID-19-Pandemie trat also die medizinische Grundversorgung ins Zentrum der Überlegungen, aber in modulierter Form. Weil die Beatmungsplätze und Intensivbetten begrenzt waren, musste die Welle abgeflacht werden (Bartsch et al. 2020; Deutsche Forschungsgemeinschaft, DFG et al. 2020, S. 3, Drosten & Martini 2020). Eine unkontrollierte Ausbreitung des Virus im Sinne eines Laufen-Lassens bzw. der ›Durchseuchung‹ der Bevölkerung war folglich inakzeptabel. Es etablierte sich stattdessen eine doppelsträngige Pandemiestrategie, die mehr oder weniger umfangreiche Lockdown-Maßnahmen und eine umfassende sowie zeitlich erst einmal unbegrenzte KPNV der Gesundheitsämter kombinierte (Mezes & Opitz 2020, S. 391–392). Entsprechend hob die am 05.03.2020 veröffentlichte *Ergänzung zum Nationalen Pandemieplan – COVID-19 – neuartige Coronaviruserkrankung* des RKI die Trennung zwischen den Phasen ›Eindämmung‹, ›Schutz‹ und ›Folgenminderung‹ aus dem Grippepandemieplan auf. Entgegen der ursprünglichen Pandemieplanung seien neben variablen Maßnahmen der Kontaktreduktion die Fallermittlung, die Fallisolation sowie das Kontaktpersonenmanagement während der gesamten Epidemie essentiell und seien folglich ununterbrochen durchzuführen (RKI 2020, S. 7).

Zahlreiche Simulationen machten verschiedene Möglichkeiten zur Abflachung der Infektionswelle zu ihrem Gegenstand. Ausgehend von der gegenwärtigen Fallentwicklung stellten sie dem ›Laufen-Lassen‹ die Wirkung verschiedener kontakt-einschränkender Maßnahmen entgegen. Die Simulation des Epidemiologen Neil Ferguson vom britischen Imperial College in London erhielt Mitte März große mediale Aufmerksamkeit, weil sie die britische Regierung zum Richtungswechsel in ihrem Coronamanagement von der ›Durchseuchung‹ zu Kontaktbeschränkungen veranlasste (Adams 2020; Anderson 2021). Zu diesem Zeitpunkt war in Deutschland der Strategiewechsel schon durch den COVID-19-Pandemieplan sowie den Beschluss umfangreicher Lockdown-Maßnahmen am 16. März eingeleitet worden. Neben anderen Faktoren spielte für die Entscheidungen zum Strategiewechsel vermutlich auch der oben erwähnte Bericht der WHO-Kommission, an dem auch das RKI teilnahm (WHO 2020, S. 24), eine Rolle. So schildert der Bericht Chinas beispiellosen Gebrauch rigoroser nicht-pharmakologischer Eindämmungsmaßnahmen, die von Hygiene- und Abstandsregeln, über spezifische Lockdown-Maßnahmen, bis hin zu einer umfassenden KPNV inklusive der Isolation von Patient*innen und Quarantäne von Kontaktpersonen reichten. Dabei betrieb China bereits im Februar 2020 eine

akribische und personalintensive Fallermittlung und KPNV: Allein in Wuhan übernahmen damals 1.800 epidemiologische Teams von mindestens fünf Personen die Nachverfolgung von 10.000 Fällen täglich (WHO 2020, S. 8).

Mit dem Strategiewechsel hin zur unbegrenzten Infektionseindämmung und KPNV erhielten die 375 deutschen Gesundheitsämter *die* zentrale Rolle in der Eindämmung der Pandemie. Galt der erste Lockdown im März noch ausschließlich der Entlastung der medizinischen Primärversorgung, so wurde die Wiederaufnahme der Lockdown-Maßnahmen im Herbst 2020 insbesondere mit der Notwendigkeit begründet, die Gesundheitsämter vor einer Überforderung zu bewahren und sie zu einer effektiven KPNV zu befähigen (Hennig, Ciesek, Kluge 2020; DFG et al. 2020, S. 3). Diese Aufgabe konnten die von Unterfinanzierung und Personalknappheit betroffenen kommunalen Gesundheitsämter (Said et al. 2021, S. 1) jedoch personell mit ihrer Stammebelegschaft nicht bewältigen. Durch ihre zentrale Rolle in der Eindämmung waren die Gesundheitsämter also mit der Herausforderung konfrontiert, einen massiven Personalaufbau sowie einen Umbau ihrer Infektionsschutzbereiche und speziell ihrer KPNV voranzutreiben.

4.3 Der Auf- und Umbau der Gesundheitsämter

Das Grippezszenario operierte unter der Annahme einer grundsätzlichen Reduktion von Personal in allen Bereichen wegen Krankheit und Angst bzw. Verunsicherung seitens der Mitarbeiter*innen und der Allgemeinbevölkerung. Gerade die Suche nach neuen Mitarbeiter*innen wäre diesem Szenario zufolge also äußerst schwer geworden. Demgegenüber führten die umfangreichen Lockdown-Maßnahmen zu Anfang der COVID-19-Pandemie dazu, dass viele Menschen plötzlich ihre Arbeit verloren oder ihre beruflichen und anderen Vorhaben verändern oder unterbrechen mussten. Die Gesundheitsämter konnten auf dieses breite Reservoir zugreifen (eine Art pandemischer »Reservearmee«; Marx, 1962, S. 664). So erweiterten die Ämter ihr Personal nicht durch unbefristete Neueinstellungen, sondern gerade durch Einstellung von befristeten verwaltungsexternen Mitarbeiter*innen und den temporären Rückgriff auf Personal aus anderen Zweigen der Verwaltung (kommunalen Behörden, Landes- oder Bundesstellen) oder aus der Bundeswehr. Diese massive, temporäre Veränderung der Personalstruktur der Ämter war in keinem Szenario vorhergesehen und in keiner Planung vorbereitet worden. Die Gesundheitsämter, mit denen wir im Rahmen unserer Studie sprachen, erzählten von einer Versechs- bis Versiebenfachung ihres Personals. Diese Personalaufstockung ging einher mit organisatorischen Folgeproblemen hinsichtlich der Einarbeitung und der Arbeitsorganisation, die wir hier kurz anhand einer ethnographischen Vignette aus Kevin Halls teilnehmender Beobachtung in einem deutschen Gesundheitsamt verdeutlichen wollen:

Zu Beginn seiner teilnehmenden Beobachtung als Contact Tracer im Dezember 2020 musste Kevin Hall erst einmal eingearbeitet werden. Hierzu wurde ihm eine erfahrene Contact Tracerin zur Seite gestellt, die im August 2020 in dem Amt angefangen hatte. Am ersten Tag hörte Hall ihr nur bei den Telefonaten zu, ließ sich die Meldesoftware SurvNet, die Bedienung des Telefonapparates sowie die allgemeine Gesprächsführung mit der vermeintlichen Kontaktperson erläutern. Am zweiten Tag sollte sich Hall in die relevanten Rechtsverordnungen einlesen. Am dritten Tag konnte er unter Aufsicht mit der KPNV beginnen. Seine Betreuerin schilderte ein anderes Tempo zu Beginn ihrer Tätigkeit im August 2020. Damals schossen die Fallzahlen in die Höhe und sie habe schon am ersten Tag ihrer Arbeit direkt telefonieren müssen. Pro Telefonat habe sie gerade einmal fünf Minuten Zeit gehabt. Mittlerweile verteilte sich die Arbeit aber auf mehr Schultern, so dass mehr Zeit für die Einarbeitung und die Telefonate war. Das Amt war von 20 Personen erst auf 80 im September und dann auf 120 im Dezember angewachsen. Contact Tracer sammelten in dieser Zeit schnell Erfahrungen. Der stellvertretende Teamleiter der KPNV hatte erst einen Monat vor Hall angefangen und galt schon als erfahren. Ein so schneller Erwerb von Expertise war nur möglich durch den ständigen Austausch innerhalb des Teams und die Beschränkung auf einen Bereich. Hall musste nur die Tätigkeit der KPNV im privaten Bereich erlernen. Fallermittlung, KPNV in verschiedenen medizinischen Einrichtungstypen oder auch Schulen und Kitas blieben anderen Teams vorbehalten, die ähnlich spezialisiert waren. Schon nach zwei Wochen sollte Hall dann die Einarbeitung von neuem Personal übernehmen. Das Personal »altert schnell«, scherzte der Teamleiter bei der Übertragung dieser Aufgabe.

Diese Vignette zeigt, wie das Amt Spezialist*innen ausbildete, die erst durch Erfahrung und den Einsatz in anderen Teams nach und nach zu Generalist*innen im COVID-19-Management wurden. Trotz dieser zunächst relativ schnellen Einarbeitungszeit erwähnten mehrere Amtsleiter*innen in Interviews, dass sie sich eine Mindestverweildauer und eine Mindestarbeitszeit der Neuanfänger wünschten (zwischen drei bis sechs Monaten bei mindestens 20 Stunden pro Woche). Die Einarbeitung wurde als eine Investition angesehen, der eine Art Grenzkostenrechnung zugrunde lag, da sie unter Einsatz erfahrenen Personals stattfand.

Mit dem Personalzuwachs nahm auch der Aufwand der arbeitsorganisatorischen Koordination zu. So schilderten kleinere Ämter in unseren Interviews, dass sie nur ein »universales Corona-Team« hatten, das alle Aufgaben erfüllte, während größere Ämter von einer entsprechend ausdifferenzierteren Arbeitsaufteilung zwischen mehreren Teams berichteten. Das Gesundheitsamt der Stadt Nürnberg etwa adaptierte für die organisatorische Ausdifferenzierung seiner rund 400 Mitarbeitenden das Fließbandmodell (Zimmermann et al. 2021). Demgegenüber erinnert die Teamstruktur im Amt von Hall mit seinen elf Teams an die Plattformorganisation von IT-Start-Ups (Ciborra 1996), die je nach Arbeitsaufkommen eine schnelle Umbildung und Umschichtung zwischen den Teams ermöglicht.

5. Schluss: Die ›blinden Flecken‹ der Pandemieplanung

Zusammenfassend lässt sich festhalten: Das vorpandemische Grippezszenario brachte verschiedene Akteure mit einem Fokus auf die operative Einsatzplanung und Patientenversorgung zusammen. Sie gestalteten das Szenario entlang einer simulativen Logik (Samimian-Darash 2021) aus. Pandemie wurde darin als Grippepandemie imaginiert. Dieses Grippezszenario projizierte einen unabänderlichen pandemischen Verlauf, eine sequenzielle Abfolge von Maßnahmen, starre Strukturen der Gesundheitsämter und Bürger*innen, die vor Angst oder aufgrund von Erkrankung zu Hause bleiben würden. Mithin begannen die Pandemiepläne zeitlich erst dort mit einer Detailbeschreibung der Aufgaben der Gesundheitsämter, wo die KPNV schon eingestellt worden war.

Die COVID-19-Pandemie stürzte dieses alte Szenario in die Krise: Angesichts des hohen Bedrohungspotenzials war ein Laufen-Lassen inakzeptabel. Zugleich zeigten mehrere asiatische Länder, dass es eine Alternative zur ›Durchseuchung‹ der Bevölkerung gab. Dies offenbarte die zu eng gefassten Handlungsalternativen des Grippezszenarios und führte zu einer Kehrtwende in der deutschen Strategie zur Pandemiekontrolle. In der COVID-19-Pandemie etablierte sich also eine neue und vergleichsweise strikte Strategie der Infektionseindämmung, die entgegen der alten Pandemieplanung auf eine Kombination von mehr oder weniger umfangreichen Lockdown-Maßnahmen mit einer zeitlich unbegrenzten KPNV setzte. Im Rahmen dieser Strategie eröffnete das angehaltene gesellschaftliche Leben im Lockdown vorher nicht antizipierte Möglichkeiten eines Personalaufbaus in den Gesundheitsämtern. Die Integration des neuen Personals erforderte organisatorische Umstrukturierungen in Form eines flexiblen Experimentierens mit verschiedenen mehr oder weniger arbeitsteiligen Arbeits- und Organisationsformen.

In unserer Gegenüberstellung des Grippezszenarios und des faktischen Umgangs mit der COVID-19-Pandemie haben wir am Beispiel der KPNV gezeigt, wie selektive Sichtweisen der Planung, Übung und Szenariobildung die alltägliche lokale Krisenbekämpfung und deren Gegebenheiten und Gelegenheiten prägten. Dabei führte die Engführung der Pandemieplanung auf das Grippezszenario dazu, dass die Notwendigkeit und die Möglichkeiten einer unbegrenzten Infektionseindämmung durch Lockdown-Maßnahmen und zeitlich unbegrenzte KPNV nicht in Betracht gezogen wurden. Die zentrale Rolle, welche Gesundheitsämter in der Infektionseindämmung direkt spielen könnten und in der COVID-19-Pandemie spielten, wurde übersehen. Dieses ›Übersehen‹ der zentralen Rolle sowie Belange und Bedürfnisse der Gesundheitsämter verstehen wir als Folge einer grundsätzlichen Schwäche einer auf Gesundheitssicherheit und Preparedness abstellenden Krisen- und Pandemievorbereitung, für welche die Vernachlässigung lokaler Grundlagen, Bedingtheiten und Situiertheiten nicht untypisch bzw. gar charakteristisch ist (Mezes & Opitz 2020, S. 398–399). Die hier vorgestellten Ergebnisse lassen uns

vermuten, dass sich die COVID-19-Pandemie – ähnlich paradigmatisch wie die große Grippepandemie von 1918–20 (Fock et al. 2001, S. 971) – in die Ausarbeitung von künftigen Pandemieszenarien, -übungen und -plänen einschreiben wird. Auf welche Weise dies geschehen wird, ist jedoch noch nicht absehbar. Wie sich in den fortlaufenden Änderungen der RKI-Richtlinien zur KPNV zeigt (RKI 2021), herrscht auch weiterhin ein großes Maß an wissenschaftlicher Ungewissheit. Gleichzeitig ist der Strategiewechsel zur Infektionseindämmung nicht irreversibel. Unter dem Eindruck steigender Impfquoten und erwarteter geringerer Krankheitsfolgen wurde die KPNV an den Gesundheitsämtern wieder sukzessive reduziert. So sind zur Zeit der Fertigstellung des Textes – im Februar 2022 während der fünften Infektionswelle (Omikronwelle) – große Bereiche der KPNV ausgesetzt oder gar eingestellt und den selbstverantwortlichen Bürger*innen überlassen. Trotzdem hat der Fokus auf ›das Lokale‹, d.h. auf die kommunalen Gesundheitsämter als zentrale Akteure der KPNV, die Handlungsspielräume der Prävention, wie auch jene der Bekämpfung von Infektionskrankheiten erweitert.

Literatur

- Adam, David (2020): »Modelling the Pandemic. The simulations driving the world's response to COVID-19«, in: *Nature* 580 (7803) 16. April 2020, S. 316–318.
- Aligica, Paul Dragos (2004): »The challenge of the future and the institutionalization of interdisciplinarity: notes on Herman Kahn's legacy«, in: *Futures* 36 (1), S. 67–83.
- Amt für Gesundheit Frankfurt a.M. (2012): *Kommunaler Influenzapidemieplan. Update 2012*. Frankfurt a.M.: Stadt Frankfurt a.M..
- Anderson, Warwick (2021): »The model crisis, or how to have critical promiscuity in the time of COVID-19«, in: *Social Studies of Science* 51 (2), S. 167–188.
- Bartsch, Matthias, Annette Bruhns, Jürgen Dahlkamp, Michael Fröhlingsdorf, Hubert Gude, Dietmar Hipp, Julia Jüttner, Veit Medick, Lydia Rosenfelder, Jonas Schaible, Cornelia Schmergal, Ansgar Siemens, Lukas Stern, Steffen Winter (2020): »Geisterland«, in: *DER SPIEGEL* vom 14.03.2020, S. 28.
- BBK (Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe) (2008): *Auswertungsbericht der dritten länderübergreifenden Krisenmanagementübung »LÜKEX 2007« der Projektgruppe LÜKEX*. https://www.bbk.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Mediathek/Publikationen/LUEKEX/luekex07-auswertungsbericht.pdf?__blob=publicationFile&v=7 (Zugriff vom 05.09.2021).
- BBK (2014): *Auswertungsbericht LÜKEX 13. Außergewöhnliche biologische Bedrohungslagen*. Bonn: BBK.
- Belliger, Andréa, David J. Krieger (2006): »Einführung in die Akteur-Netzwerk-Theorie«, in: *ANThology. Ein einführendes Handbuch zur Akteur-Netzwerk-Theorie*. Hg. von Andréa Belliger und David J. Krieger. Bielefeld: transcript, S. 13–50.

- Bonita, Ruth, Robert Beaglehole und Tord Kjellström (2006): *Basic Epidemiology*. 2. Auflage. Genf: World Health Organization.
- Braun, Bruce (2007): »Biopolitics and the Molecularization of Life«, in: *Cultural Geographies* 14 (1), S. 6–28.
- Bundesministerium des Innern, Bundesministerium für Gesundheit (2007): Kurzfassung des Auswertungsberichts der dritten länderübergreifenden Krisenmanagementübung »LÜKEX 2007«. www.bbk.bund.de/SharedDocs/Downloads/BBK/DE/Downloads/Luekex/LUEKEX07_Auswertungsbericht.html (Zugriff vom 04.03.2021).
- Cabinet Office (2015): *National Risk Register of Civil Emergencies. 2015 edition*. London: Cabinet Office.
- Caduff, Carlo (2015): *The Pandemic Perhaps. Dramatic Events in a Public Culture of Danger*. Oakland, CA: University of California Press.
- Callon, Michel (2006): »Die Sozio-Logik der Übersetzung. Auseinandersetzungen und Verhandlungen zur Bestimmung von Problematischem und Unproblematischem«, in: *ANThology. Ein einführendes Handbuch zur Akteur-Netzwerk-Theorie*. Hg. von Andréa Belliger und David J. Krieger. Bielefeld: transcript, S. 51–74.
- Ciborra, Claudio U. (1996): »The Platform Organization. Recombining Strategies, Structures, and Surprises«, in: *Organization Science* 7 (2), S. 103–118.
- Collier, Stephen J. und Andrew Lakoff (2008): »The Problem of Securing Health«, in: *Biosecurity Interventions. Global Health & Security in Question*. Hg. von Andrew Lakoff und Stephen J. Collier. New York: Columbia University Press.
- Cooper, Melinda (2006): »Pre-empting Emergence: The Biological Turn in the War on Terror«, in: *Theory, Culture and Society* 23 (4), S. 113–135.
- de Waal, Alex (2021): *New Pandemics, Old Politics. Two Hundred Years of War on Disease and its Alternatives*. Cambridge, UK: Polity.
- Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG), Fraunhofer-Gesellschaft, Helmholtz-Gemeinschaft, Leibniz-Gemeinschaft, Max-Planck-Gesellschaft, Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina (2020): Gemeinsame Erklärung der Präsidentin der Deutschen Forschungsgemeinschaft und der Präsidenten der Fraunhofer-Gesellschaft, der Helmholtz-Gemeinschaft, der Leibniz-Gemeinschaft, der Max-Planck-Gesellschaft und der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina. Coronavirus-Pandemie: Es ist ernst. Online: https://www.leopoldina.org/uploads/tx_leopublication/2020_Gemeinsame_Erklärung_zur_Coronavirus-Pandemie.pdf (Zugriff: 23.04.2021)
- Deutscher Bundestag 2013. Bericht zur Risikoanalyse im Bevölkerungsschutz 2012. <https://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/17/120/1712051.pdf> (Zugriff vom 27.03.2020).
- Drosten, Christian, Anja Martini (2020): Coronavirus-Update. Folge 09. Stand 09.03.2020. <https://www.ndr.de/nachrichten/info/coronaskript116.pdf> (Zugriff: 03.02.2022).

- Fock, Rüdiger (1999): »... und wenn sie kommt?« Editorial«, in: *Bundesgesundheitsblatt* 42 (10), S. 751–752.
- Fock, Rüdiger, Angela Wirtz, Margarete Peters, Ernst-Jürgen Finke, Ulrich Koch, Dieter Scholz, Matthias Niedrig, H. Bußmann, Gerhard Fell und Heinz Bergmann (1999): »Management und Kontrolle lebensbedrohender hochkontagiöser Infektionskrankheiten«, in: *Bundesgesundheitsblatt* 42 (5), S. 389–401.
- Fock, Rüdiger, Heinz Bergmann, Gerhard Fell, H. Bußmann, Ernst-Jürgen Finke, Ulrich Koch, Matthias Niedrig, Margarete Peters, Dieter Scholz und Angela Wirtz (2001): »Management und Kontrolle einer Influenzapandemie. Konzeptionelle Überlegungen für einen deutschen Influenzapandemieplan«, in: *Bundesgesundheitsblatt* 44 (10), S. 969–980.
- Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 07.02.2009: Wenn die Große Grippe kommt – Klinikexperten: Krankenhäuser sind unzureichend auf Pandemie vorbereitet. Rhein-Main & Hessen – Frankfurt S. 48.
- Gesundheitsministerkonferenz der Länder (GMK) Hg. (2016): *Nationaler Pandemieplan Teil I. Strukturen und Maßnahmen*. Berlin: GMK.
- Hall, Kevin (2021): *Viren im Blick. Überwachung und Sichtbarkeit der Influenza in Deutschland*. Frankfurt a.M.: Campus.
- Hall, Kevin, Meike Wolf (2021): »Whose crisis? Pandemic flu, ›communication disasters‹ and the struggle for hegemony«, in: *Health* 25 (3), S. 322–338.
- Hennig, Korinna, Christian Drosten (2021): Coronavirus-Update. Folge 74. Stand 02.02.2021. <https://www.ndr.de/nachrichten/info/coronaskript266.pdf> (Zugriff: 02.03.2021)
- Hennig, Korinna, Sandra Ciesek, Stefan Kluge (2020): Coronavirus-Update. Folge 61. Stand 20.10.2020. <https://www.ndr.de/nachrichten/info/coronaskript236.pdf> (Zugriff: 03.02.2022)
- Hessisches Sozialministerium (HSM) (2007): *Krankenhaus-Einsatzplan für interne und externe Gefahrenlagen*. Stand 01.05.2007. Sonderschutzplan 3 im Aufgabenbereich 5 – Sanitätswesen – des Konzeptes Katastrophenschutz in Hessen. Wiesbaden: Hessisches Sozialministerium. https://innen.hessen.de/sites/innen.hessen.de/files/2021-09/sonderschutzplan_ab_5_plan_3_khep_hessen_2007.pdf (Zugriff: 03.02.2022)
- Kahn, Herman, Anthony J. Wiener (1967): *The Year 2000: A Framework for Speculation on the Next Thirty-Three Years*. New York: Macmillan.
- King, Nicholas B. (2002): »Security, Disease, Commerce: Ideologies of Postcolonial Global Health«, in: *Social Studies of Science* 32 (5–6), S. 763–789.
- King, Nicholas B. (2004): »The scale politics of emerging diseases«, in: *OSIRIS* 19, S. 62–76.
- Koselleck, Reinhart (1976): *Kritik und Krise. Eine Studie zur Pathogenese der bürgerlichen Welt*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

- Koselleck, Reinhart (2006): »Einige Fragen and die Begriffsgeschichte von ›Krise‹«, in: *Begriffsgeschichten. Studien zur Semantik und Pragmatik der politischen und sozialen Sprache*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, S. 203–217.
- Lakoff, Andrew (2008): »The generic biothreat, or, how we became unprepared«, in: *Cultural Anthropology* 23 (3), S. 399–428.
- Marx, Karl (1962): *Das Kapital. Kritik der politischen Ökonomie. Erster Band. Buch I: Der Produktionsprozeß des Kapitals*. MEW Bd. 23. Berlin: Dietz.
- Meltzer, Martin I., Nancy J. Cox, Keiji Fukuda (1999): »The economic impact of pandemic influenza in the United States: priorities for intervention«, in: *Emerging Infectious Diseases* 5 (5), S. 659–72.
- Mezes, Carolin, Sven Opitz (2020): »Die (un)vorbereitete Pandemie und die Grenzen der Preparedness. Zur Biopolitik um COVID-19«, in: *Leviathan* 48 (3), S. 381–406.
- Opitz, Sven, Ute Tellmann (2011): »Katastrophale Szenarien: Gegenwärtige Zukunft in Recht und Ökonomie«, in: *Sichtbarkeitsregime. Überwachung, Sicherheit und Privatheit im 21. Jahrhundert*. Hg. von Leon Hemple, Susanne Krasmann und Ulrich Bröckling. Wiesbaden: VS-Verlag, S. 27–52.
- Robert Koch-Institut (RKI) (2007): *Nationaler Pandemieplan Teil III. Wissenschaftliche Zusammenhänge der Pandemieplanung in Deutschland. Ein Bericht der Expertengruppe ›Influenza-Pandemieplanung‹ am Robert Koch-Institut*. Hg. von Udo Buchholz, Silke Buda, Walter Haas, Gérard Krause, Sabine Reiter und Irina Zuschneid. 2. aktualisierte Fassung. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Robert Koch-Institut (2015): *Infektionsschutz und Infektionsepidemiologie. Fachwörter – Definitionen – Interpretationen*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Robert Koch-Institut (2016): *Nationaler Pandemieplan Teil II – Wissenschaftliche Grundlagen*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Robert Koch-Institut (2020): *Ergänzung zum Nationalen Pandemieplan – COVID-19 – neuartige Coronaviruserkrankungen. Vorbereitungen auf Maßnahmen in Deutschland Version 1.0 (Stand 04.03.2020)*. Berlin: Robert Koch-Institut. Online: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Ergaenzung_Pandemieplan_Covid.html (Zugriff: 10.02.2022).
- Robert Koch-Institut (2021): Kontaktpersonen-Nachverfolgung (KP-N) bei SARS-CoV-2-Infektionen, Stand: 14.1.2022. Online: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Kontaktperson/Management.html?sessionid=BD54BEF70501469BA2B9E257D319E2A8.internet091?nn=13490888#doc13516162bodyText20 (Zugriff: 22.01.2022).
- Said, Dunya, Simon Brinkwirth, Angelina Taylor, Robby Markwarth, Tim Eckmanns (2021): The Containment Scouts: First Insights into an Initiative to Increase the Public Health Workforce for Contact Tracing during the COVID-19 Pandemic in Germany, in: *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2021, 18, 9325. <https://doi.org/10.3390/ijerph18179325> (Zugriff: 04.02.2022).

- Samimian-Darash, Limor (2021): »Governing the future through scenaristic and simulative modalities of imagination«, in: *Anthropological Theory*, online first: <https://doi.org/10.1177/14634996211014116> (Zugriff: 04.02.2022).
- Stadtgesundheitsamt der Stadt Frankfurt a.M. (2008): *Kommunaler Influenzapandemieplan Frankfurt a.M.*. Frankfurt a.M.: Stadt Frankfurt a.M..
- Weir, Lorna, Eric Mykhalovskiy (2010): *Global Public Health Vigilance. Creating a World on Alert*. London und New York: Routledge.
- World Health Organization (WHO) (1999): *Influenza Pandemic Plan. The Role of WHO and Guidelines for National and Regional Planning*. April 1999. Genf: World Health Organization.
- World Health Organization (2020): Report of the WHO-China Joint Mission of Coronavirus Disease 2019 (Covid-19). 16.–24. Februar 2020. Online: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-joint-mission-on-covid-19-final-report.pdf> (Zugriff: 14.10.2020).
- Zimmermann, Roland, Ina Zimmermann, Philipp Bornschlegel, Katja Günter (2021): »Wellenreiten im Gesundheitsamt – Digitaler Wandel im Corona-Containment«, in: *HDM Praxis der Wirtschaftsinformatik* 58, S. 712–738.

