

SCHWERPUNKT ZUR CORONA-PANDEMIE

Carolin Mezes und Sven Opitz

Die (un)vorbereitete Pandemie und die Grenzen der *Preparedness*

Zur Biopolitik um COVID-19

1. Im Paradox der Vorbereitung

»Wir waren auf die Krise insgesamt nicht richtig vorbereitet. Wir müssen stärker unser Gesundheitssystem, unser staatliches Handeln organisieren.«¹
»Niemand ist auf diesen Tsunami vorbereitet.«²

»Man ist immer im Nachhinein froh, wenn man bestimmte Dinge noch besser gemacht hätte. Aber wir müssen auch realistischerweise uns allen eingestehen: Haben wir wirklich in dem Ausmaß damit gerechnet?«³

Schaut man sich die öffentlichen Verlautbarungen während der ersten Phase des COVID-19-Ausbruchs in Europa an einem nahezu beliebigen Tag an, stößt man regelmäßig auf das Motiv der mangelnden Vorbereitung. Der Tenor lautet, dass ein derart katastrophales Ereignis zwar kaum zu antizipieren gewesen sei, die aktuelle Krise aber zugleich Defizite bei den bestehenden Notfallvorkehrungen offenbare. Dieser Befund entbehrt nicht einer gewissen Ironie. Denn tatsächlich hat man im Bereich der globalen Gesundheitssicherheit nicht nur seit Jahrzehnten mit einer solchen Pandemie gerechnet. Vielmehr wurde der weltweite Infektionsschutz fest an ein administratives Paradigma gebunden, welches das Credo der Vorbereitung im Namen trägt: »Preparedness«.

Die *Preparedness*-Planung setzt voraus, dass sich eine bestimmte Art katastrophischer Ereignisse nicht verhindern lässt und man sich deshalb auf sie einstellen muss: Es gilt, Verwaltungsabläufe im Krisenmanagement einzuüben, Schwachstellen sogenannter kritischer Infrastrukturen vorzubauen und Engpässe bei der Versorgung mit lebenswichtigen Gütern auszuräumen. Egal, ob man sich die Leitlinien von internationalen Organisationen wie der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ansieht oder die Maßnahmen von nationalen Behörden wie dem Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK), die Ausrichtung von *Public Private Partnerships* wie der Coalition for Epidemic Preparedness Innovation (CEPI) oder die Publikationen in Fachzeitschriften wie *The Lancet* oder *Emerging Infectious Diseases* – die Programmatik des »Vorbereitet-Seins« ist Konsens und Mantra der Expert*innen im Bereich der Gesundheitssicherheit seit über zwei Dekaden.

1 Bernd Lange, Abgeordneter der SPD im Europäischen Parlament, im *Deutschlandfunk* am 27. März 2020.

2 Brigitte Klinkert, Präsidentin des Departements Oberrhein im Elsass, in der *Frankfurter Allgemeinen Zeitung* vom 27. März 2020.

3 Peter Dabrock, Vorsitzender des Ethikrats, im *Deutschlandfunk* am 27. März 2020.

Der vorliegende Artikel setzt an dem Paradox an, dass wir uns seit langem in der Vorbereitung auf ein Ereignis üben, das uns nun scheinbar unvorbereitet trifft. Wir möchten fragen, welches Licht die Bewältigung der Corona-Krise auf die *Preparedness*-Politik wirft: Wie kommt diese Rationalität der Sicherheit aktuell zum Tragen, welche Ambivalenzen treten zutage, und wie verändert sie sich in der Notlage? Um diese Fragen zu behandeln, verfahren wir in vier Teilschritten. Im zweiten Abschnitt demonstrieren wir, wie die Logik der *Preparedness* mit imaginativen Wissenstechniken verknüpft ist: Über Jahre hinweg wurde eine Reihe von Pandemie-Szenarien entwickelt, die teilweise frappierende Übereinstimmungen mit der COVID-19-Krise aufweisen. Nicht zuletzt haben die Szenarien und Übungen immer wieder die Verletzlichkeit der Gesundheitsinfrastruktur hervorgehoben. Wie wir im dritten Abschnitt darlegen, hat sich diese Infrastrukturorientierung im Nachgang der Ebola-Krise in Westafrika noch verstärkt und ein Set evaluativer Techniken des Messens von *Preparedness*-Lücken auf den Plan gerufen. Im vierten und fünften Abschnitt werden vor diesem Hintergrund jene Grenzen der *Preparedness* herausgearbeitet, die in der Reaktion auf COVID-19 hervortreten. An den Strategien der »Abflachung der Kurve« und dem Problem der mangelnden Bevorratung mit Schutzausrüstung führen wir vor, wie die Sorge um die individuellen Körper und die Maßnahmen zum Schutz der Bevölkerung letztlich auf den Schutz der Gesundheitsinfrastrukturen zielen. Wir zeigen, dass die Rationalität der *Preparedness* im Verlauf der Krise durch Praktiken der Improvisation ergänzt werden musste, weil die Sicherheitserwägungen im Vorfeld von anderen gesellschaftlichen Teilbereichslogiken durchkreuzt und relativiert worden waren.

2. *Preparedness* und Krisensimulation: Die Erwartung des Unerwartbaren?

Wer sich auf Gefahren und Bedrohungen einstellt, rechnet grundsätzlich mit der Zukunft. Dies geschieht allerdings nicht immer auf die gleiche Weise. Im Umgang mit Gesundheitsgefahren existieren verschiedene antizipatorische Ausgriffe. Institutionell wie auch individuell fest etabliert sind Praktiken der Prävention: Gefahren werden in vermeidbare Risiken überführt, deren Schadenseintritt durch risikominimierendes Verhalten ausgeräumt werden soll.⁴ Auch Praktiken der *Preparedness* richten sich auf zukünftige Gefahren, die aber gerade nicht als verhinderbar gelten. Man geht davon aus, dass schwere Schadensereignisse wie Wirbelstürme, Hochwasserlagen, Großunfälle oder eben Pandemien eintreten werden – früher oder später, in der einen oder anderen Form. Durch die Ergreifung vorbereitender Maßnahmen gilt es, dafür Sorge zu tragen, dass die zukünftige Krisensituation möglichst geordnet und mit möglichst geringen Verlusten überlebt wird.⁵

4 Vgl. Lanza 2017.

5 Vgl. Lakoff 2007.

Die gouvernementale Spezifik der *Preparedness*-Planung ist eng mit der »Versichertheitlichung« der globalen Gesundheit verknüpft.⁶ Dieser Prozess setzt Ende der 1980er Jahre unter dem Eindruck von AIDS mit dem Entstehen einer neuartigen Bedrohungsfigur ein: der Figur der *Emerging Infectious Diseases* (EID). Das EID-Konzept bringt zum Ausdruck, dass man es nicht länger mit bekannten Krankheiten zu tun hat. Stattdessen rechnet man mit Ereignissen der Emergenz, beispielsweise im Fall der Vogelgrippe durch die zoonotische Übertragung des Erregers vom Tier auf den Menschen oder wie im Fall von SARS-CoV-2 durch die Mutation von Corona-Viren. Das EID-Konzept hebt somit ein unbestimmtes pandemisches Potenzial hervor, das in der »Latenz der Krankheit« lauert.⁷ Erst in einem zukünftigen Ausbruch wird sich zeigen, wie tödlich eine Krankheit ist, wie sie sich überträgt, welche Symptome sie ausbildet und welche Medikamente entwickelt werden könnten. Auf diese Weise umschreibt die Figur der EID eine potenziell katastrophische Zukunft, die in unvorhersehbarer Weise ereignishaft in die Gegenwart einbricht.⁸

Zur Vorbereitung auf ein derart bedrohliches Ereignis bedarf es besonderer Wissenstechniken, die über den Bereich der probabilistischen Kalkulation von Risiken hinausgehen. Die zukünftige Krankheit liegt in der Gegenwart nicht als eine bereits konturierte Entität vor, deren statistische Regelmäßigkeit sich errechnen und mit der sich planen ließe. Um an die Grenze des Unbekannten zu gelangen, werden stattdessen Verfahren des szenario-basierten »Enactment«⁹ in Anschlag gebracht. Übungen, Planspiele, Katastrophenmodelle oder Simulationen sind »Techniken des ›Staging‹ von Ereignissen, um Szenarien des ›was-wäre-wenn‹ zu erproben [...] und Reaktionen auf Notfälle einzuüben«.¹⁰ Alle diese Techniken zeichnen sich durch ein Moment des Imaginativen und Spekulativen aus.¹¹ Insofern man Erfahrungen mit einem Ereignis gewinnen will, das einen Bruch gegenüber der Vergangenheit markiert, wäre es geradezu fahrlässig, es aus einer bestehenden Verteilung abzuleiten. Der Appell, »das Unerwartete zu erwarten«, zielt über das Wahrscheinliche hinaus und soll einen erweiterten Sinn für Eventualitäten generieren. Dabei wird Wissen über potenzielle Verletzlichkeiten erzeugt, etwa über mangelnde Response-Kapazitäten, Lücken in Notfallprotokollen, Koordinationsprobleme zwischen Krisenbewältigungsagenturen, Engpässe und fehlende Ressourcen.¹² Die Verfahren des *Enactment* und der Szenariobildung dienen fol-

6 Elbe 2010; Weir 2015.

7 Sanford et al. 2016, S. 4.

8 Cooper 2006; Opitz, Tellmann 2015.

9 Collier 2008; Collier, Lakoff 2015.

10 Adey, Anderson 2012, S. 100; Übersetzung C.M./S.O.

11 de Goede 2008; Opitz 2017.

12 Den englischen Begriff der »Response« – wie in *emergency response* oder *response capabilities* – übernehmen wir im Folgenden. Er bezeichnet die »Reaktion« beziehungsweise die »Antwort« auf ein Ausbruchsgeschehen oder ein Notfallereignis und findet sich auch in den Dokumenten zum Beispiel der Notstandsplaner am BBK. Im Praxis-

lich als Planungswerkzeuge, welche das Kontingenzbewusstsein mit imaginativen Mitteln verstärken, um auf unvorhersehbare Notlagen besser vorbereitet zu sein.

Spätestens im Anschluss an den SARS-Ausbruch von 2002/2003 setzte sich das Paradigma der *Preparedness* flächendeckend durch.¹³ Die Krise beförderte die ins Stocken geratene Neuformulierung der Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV), die seit 2005 alle Mitgliedsländer der WHO verpflichten, grundlegende Kapazitäten in ihren Gesundheitsinfrastrukturen zur Einhegung eines globalen Gesundheitsnotfalls vorzuhalten. Parallel fanden szenario-basierte Techniken weltweit breite Anwendung. Statt bewaffneter Konflikte gilt es, Krankheitsausbrüche zu simulieren: »germ games, not war games« lautet beispielsweise Bill Gates' Direktive.¹⁴

Eine solche Krisensimulationsübung wurde am 19. und 20. Mai 2017 in Berlin von den nationalen Gesundheitsministern auf dem G20-Gipfel abgehalten. Sie sah das Auftreten einer schweren, bis dato unbekannten Atemwegserkrankung vor, die mit dem Akronym MARS (für Mountain Associated Respiratory Disease) abgekürzt¹⁵ wurde und Assoziationen mit dem Middle Eastern Respiratory Syndrome (MERS) weckte.¹⁶ In dramatisch inszenierten News-Clips und Zeitungsberichten erhielten die Spieler ein laufendes Update der Lage: von steigenden Todeszahlen und den überlasteten Gesundheitsinfrastrukturen bis zur grenzüberschreitenden Verbreitung der Fälle und der Ausrufung des internationalen Gesundheitsnotstands durch die WHO. Nur zwei Jahre später beim Treffen der G20-Minister im japanischen Okayama ging es in dem Land, das 2020 die Olympischen Spiele ausrichten sollte, um die Frage, wie man mit dem Auftreten einer neuen Viruserkrankung im Vorfeld eines Großereignisses umgeht.¹⁷ Auch »infodemische« Dynamiken von Falschmeldungen über Social Media wurden hier als Bestandteil der Gesundheitssicherheit behandelt.¹⁸

Vor dem Hintergrund von COVID-19 besonders interessant ist eine Reihe von Szenarien, die sich an der SARS-Pandemie orientieren. Nur ein Jahr nach der mit 3.000 Teilnehmenden großangelegten (und von der Vogelgrippe inspirierten) länderübergreifenden Krisenmanagementübung LÜKEX¹⁹ stufte das parteiübergreifende Zukunftsforum Öffentliche Sicherheit (ZOES) das »Seuchengeschehen« als »Schlüsselszenario« im Bereich der Bevölkerungssicherheit ein.²⁰ Die Planer*innen gingen von einem neuartigen Corona-Virus aus, das im Unterschied

feld werden Anglizismen durchaus selbstverständlich genutzt, was nicht zuletzt der anglo-amerikanischen Genealogie des Projekts Global Health Security geschuldet ist.

13 David, Le Dévédec 2019; Lakoff 2017; Sanford et al. 2016.

14 TED Talks 2015.

15 BMG 2017 a.

16 Vgl. BMG 2017 a, BMG 2017 b.

17 Vgl. GHP 2019.

18 Vgl. Mezes 2020 a; Opitz 2014.

19 Vgl. BBK 2008.

20 ZOES 2008, S. 13.

zum realen SARS-CoV-1 »schon vor dem Auftreten von Symptomen ansteckend wirkt«.²¹ In dem Szenario spitzt sich die Lage so zu, dass »eine Quarantäne von Kontaktpersonen, Isolierung von Patienten und andere Maßnahmen des Seuchenschutzes, wie Schließung von Schulen oder Verbot von Massenveranstaltungen, sinnvoll wären«.²²

Vier Jahre später enthält auch der Bericht der Bundesregierung zur Risikoanalyse im Bevölkerungsschutz das Szenario einer Pandemie durch einen modifizierten SARS-Erreger (»Modi-SARS«), der sich erneut dadurch auszeichnet, dass er bereits präsymptomatisch übertragbar ist.²³ Alle anderen Merkmale des SARS-Ausbruchs von 2002/2003 werden identisch übernommen – angefangen beim zoonotischen Überspringen von einem Wildtier auf einem Markt in Ostasien über die verkehrsbedingte globale Verbreitung bis hin zu einer Hospitalisierungsdauer von drei Wochen. Es wird der vergleichsweise lang andauernde Zeitraum der Pandemie hervorgehoben, in dem kein Impfstoff verfügbar ist, das Gesundheitssystem unter größter Belastung operiert und es an Schutzausrüstung aufgrund unterbrochener Lieferketten mangelt.²⁴ In dieser Situation soll das Ereignis durch Infektionsschutzmaßnahmen »verlangsam und begrenzt«²⁵ werden, doch die Krisenkommunikation wird in dem Szenario durch »widersprüchliche Aussagen von verschiedenen Behörden« beeinträchtigt.²⁶ Insgesamt schätzt der Bericht das Auftreten eines solchen Ereignisses als »bedingt wahrscheinlich« ein.²⁷

Rekapituliert man diese Pandemieszenarien, stellt sich ein fast schon unheimlicher Effekt ein: COVID-19 erscheint als eine Art Wiedergänger der imaginativen Entwürfe der Notstandsplaner – als Ereignis, welches in seiner katastrophischen Manifestation unvertraut und allzu vertraut zugleich ist. Auch wenn keines der Szenarien die aktuelle Pandemie identisch vorweggenommen hat und die meisten einen noch schwereren Verlauf skizzieren, zeigen die vielen Übereinstimmungen im Nachgang einen bemerkenswerten Realitätsüberschuss an. Und das, obwohl die Szenario-Planer immer wieder darauf hingewiesen haben, dass sie keine Voraussagen anstellen. Die Szenarien sollten vielmehr einen Möglichkeitsraum aufschließen, der Anknüpfungspunkte für nötige Maßnahmen der Vorbereitung sichtbar macht. Deswegen ist es fast schon ironisch, dass diese Szenarien mit ihren wiederkehrenden Motiven rückblickend den Eindruck von Prognosen erwecken.

Einerseits konnte man im Frühjahr 2020 also erleben, wie COVID-19 die Gesellschaft in vielerlei Hinsicht unvorbereitet traf. Andererseits zeigt der Blick in die jüngste Geschichte der Gesundheitssicherheit, dass COVID-19 jenen Visionen von Emerging Infectious Diseases sehr nahekommt, mit der der *Preparedness*-

21 Ebd., S. 40.

22 Ebd., S. 42.

23 Vgl. Deutscher Bundestag 2013.

24 Ebd., S. 6, 72 f.

25 Ebd., S. 61.

26 Ebd., S. 67.

27 Ebd., S. 56.

Apparat seit zwei Dekaden erstaunlich detailgetreu rechnet. Wenn wir dennoch unvorbereitet waren, dann liegt das folglich nicht daran, dass uns unsere Zukunftstechniken auf falsche Fährten geführt hätten. Im Gegenteil: Eine Krise, wie sie sich seit Ende 2019 um COVID-19 entfaltet, stand seit über zwei Jahrzehnten im Mittelpunkt der Erwartungen.

3. *Preparedness evaluieren, globale Sicherheitslücken schließen*

COVID-19 als eine Art Wiedergänger der Zukunftsszenarien zu beschreiben ist interessanterweise selbst eine Wiederholung. Vor allem nach der Ebola-Krise in Westafrika 2014-2016 kam es zu ähnlichen Erklärungen wie den eingangs zitierten: »Niemand habe sich vorstellen können«, dass der Ausbruch ein derart desastroses Ausmaß annehmen würde. Andrew Lakoff äußerte sich demgegenüber überrascht, *dass* man über das Ausmaß der Krise überrascht war, obwohl doch mittels einer Vielzahl an Übungen und Krisenszenarien, die noch dazu oftmals Ausbrüche eines Ebola-Virus imaginierten, eine intensive Reflexion auf einen möglichen gefährlichen Ausbruch längst stattgefunden hatte.²⁸ In der Gesamtschau stellten die Verheerungen der Ebola-Krise die Architektur des globalen Infektionsschutzparadigmas infrage. Neben den vielen Toten, den schweren wirtschaftlichen Ausfällen sowie den entstandenen Lücken in der Schulbildung schockierte vor allem die Überbelastung der lokalen Gesundheits- und Verwaltungssysteme, die nicht nur die Versorgungsschwierigkeiten bei den Ebola-Infektionen selbst, sondern auch den weitgehenden Zusammenbruch aller übrigen Gesundheitsversorgung betraf.²⁹

Es gehörte zu den vielbeschworenen Lektionen (»lessons learned«) der Ebola-Krise, dass es einer gesteigerten Aufmerksamkeit für die Funktionsfähigkeit von Gesundheitssystemen bedarf.³⁰ Angela Merkel zufolge »[entscheidet] die Leistungsfähigkeit eines Gesundheitssystems auf der Welt [...] über die Gesundheit anderer Länder, genauso wie über Sicherheit und Stabilität«.³¹ Die Versicherheitlichung des weltumspannenden Verletzlichkeitsraums der globalen Gesundheit wird so mit der Versicherheitlichung nationaler Gesundheitsinfrastrukturen kurzgeschlossen. Dieser Infrastructuralismus ist bezeichnend für die zeitgenössische Biopolitik vitaler Systeme, die »nicht unmittelbar auf den Körper des Einzelnen oder

28 Lakoff 2017, S. 142; vgl. Lachenal 2014.

29 Abdulla, Rashid 2017.

30 Die WHO pflegt eine eigene Seite, die sich den »lessons learned« aus der Ebola-Krise widmet: www.who.int/about/evaluation/evaluation/en/ (Zugriff vom 16.06.2020); für Beiträge, die die Ebola-Krise mit COVID-19 verbinden, vgl. www.un.org/en/coronavirus/learning-past-un-draws-lessons-ebola-other-crises-fight-covid-19 (Zugriff vom 16.06.2020); bzgl. Lehren aus der Vogelgrippe, die allgemein als »überschätzte« Pandemie gilt, vgl. Fineberg 2014.

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

der Gattung, sondern auf die Gewährleistungen der technischen und ökologischen Bedingungen des Lebens« abstellt.³²

Staatliche Programme zum Schutz »kritischer Infrastruktur« sind der sichtbarste Ausdruck dieses Wandels biopolitischer Rationalität.³³ Sie konzentrieren sich auf Versorgungsnetzwerke wie Transport, Kommunikation, Elektrizität oder Wasser. Es gilt, »Versorgungssicherheit im Sinne einer Ausfallsicherheit« herzustellen, also die Versorgung der Bevölkerung sowie abhängiger anderer Systeme zu sichern, indem ein Ausfall abgedeckt wird.³⁴ Eine zentrale Lektion des Ebola-Ausbruchs in Westafrika bestand darin, dass es massiver Anstrengungen bedarf, um die Gesundheitssysteme international in einer Weise widerstandsfähig zu gestalten, dass Infektionsereignisse eingehoben werden können. Mit globaler Gesundheitssicherheit ist Infrastrukturausbau für den Notfall gemeint, und Gesundheitssysteme werden dabei als kritische Infrastrukturen begriffen.³⁵

Neben den Wissenstechniken des imaginativen *Enactments* wurden seit der Ebola-Krise zunehmend Verfahren der Evaluation in Anschlag gebracht, um Schwachstellen der *Preparedness* aufzuzeigen. Zentral ist hier das aufwändige Verfahren der sogenannten Joint External Evaluations (JEE).³⁶ Diese Evaluierung, die von der WHO angeleitet und auf Wunsch eines Mitgliedslands durchgeführt wird, dient dazu, die Umsetzung der Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV) zu fördern. Die Evaluierung soll messbar machen, wie weit die IGV in den Mitgliedsländern der WHO tatsächlich implementiert sind. Damit überführt die JEE das völkerrechtliche Dokument der IGV in ein auf nationaler Ebene anwendbares *Preparedness*-Protokoll.³⁷ Über eine detaillierte Eruierung von »Lücken« in den nationalen Infrastrukturen des Gesundheitsschutzes sollen innerhalb des globalen Zusammenhangs pandemischer Gefährdung Verletzlichkeiten reduziert werden. Neben der Produktion von objektiven und standardisierten Daten über den Stand der nationalen Vorbereitung geht es in diesen evaluativen Techniken also immer auch darum, die Schließung der ermittelten *Preparedness*-Lücken zu operationalisieren.

Während die JEE primär über die nationale Entwicklung informieren sollen, existieren darüber hinaus Verfahren, die auf Vergleiche abzielen, etwa durch ein Ranking in einem *Preparedness*-Index oder durch Farbmarkierungen auf Weltkarten, die Verletzlichkeiten anzeigen. Auf der Karte der NGO Prevent Epidemics (die unter anderem Daten aus den JEE weiterverarbeitet) ist der *Preparedness*-Status von Ländern des Globalen Südens mit den Warnfarben rot und gelb markiert,

32 Folkers 2017, S. 223; vgl. Lakoff, Collier 2010; Collier, Lakoff 2015.

33 Vgl. Brasset, Vaughan-Williams 2015.

34 BMI 2009, S. 3.

35 In der von der Ebola-Krise unabhängig bestehenden deutschen Strategie zum Schutz kritischer Infrastrukturen gelten Gesundheitssysteme ausdrücklich als »unverzichtbare sozioökonomische Dienstleistungsinfrastruktur«; ebd. S. 4.

36 WHO 2018.

37 Opitz im Erscheinen.

im »grünen Bereich« befinden sich vor allem Länder des Globalen Nordens.³⁸ Ein ähnliches Bild zeichnen auch Karten des Global Preparedness Monitoring Boards, einer Einrichtung der WHO und der Weltbank.³⁹ Als Donald Trump im Februar 2020 in einer Pressekonferenz verkündete, die USA seien bei der pandemischen Vorbereitung weltweit »rated number one« und zum Beweis den Ausdruck einer bunten Karte präsentierte, bezog er sich auf Teile des Global Health Security Index.⁴⁰

Nicht nur angesichts der dramatischen Entwicklung der Corona-Pandemie in Regionen der USA stellt sich jedoch die Frage, wie belastbar und nützlich diese Daten letztlich sind – nach der Krise werden womöglich die Evaluierungsverfahren selbst einer Evaluierung unterzogen werden. Nichtsdestotrotz ist der Befund interessant, den verschiedene Evaluierungen und Rankings teilen. Im Report des Global Health Security Index für 2019 heißt es etwa, dass die nationale Gesundheitssicherheit weltweit schwach sei, dass kein Land vollständig vorbereitet sei und alle Länder wichtige Lücken zu schließen hätten.⁴¹ Die WHO warf ihren Mitgliedsländern bei einem Sondertreffen der G20 schwere Versäumnisse bei der Pandemie-Vorsorge vor und hielt fest, dass »die meisten Staaten nur schlecht bis mittelmäßig auf Epidemien vorbereitet« sind.⁴² Zwar wird Deutschlands *Preparedness* im Global Health Security Index relativ hoch gerankt (auf Platz 16 von 195 im »overall score«), und auch die Ergebnisse der JEE von 2019 werden voraussichtlich »im grünen Bereich« liegen. Dennoch zeigen sich in der Bewältigung der COVID-19-Pandemie auch in Deutschland Grenzen der *Preparedness*, denen wir uns in den folgenden Abschnitten zuwenden.

4. Hammer und Tanz: COVID-19 und der Schutz von Gesundheitsinfrastrukturen

Schon im Rahmen der oben vorgestellten imaginativen Verfahren wurden die Gesundheitsinfrastrukturen als Schwachstellen des Infektionsschutzes markiert. In dem an SARS angelehnten Szenario des Zukunftsforums Öffentliche Sicherheit heißt es: »Das Gesundheitswesen wäre völlig überfordert. Die vorhandenen Ressourcen sind auf ein normales Schadensaufkommen und lokale Schadensereignisse zugeschnitten. Eine solche Krise könnte nicht einmal ansatzweise bewältigt werden.«⁴³ In der Auswertung des »Modi-SARS«-Szenario wurde auf Probleme hingewiesen, die auch am Anfang der SARS-CoV-2-Pandemie diskutiert wurden: Pro-

38 Prevent Epidemics 2020.

39 WHO, Global Preparedness Monitoring Board 2019.

40 Zum Ranking siehe Nuclear Threat Initiative 2019, S. 13; das Pressebild findet sich etwa bei Brueck 2020; für eine kritische Einschätzung zu den Kapazitäten der USA vgl. Fidler 2020.

41 Nuclear Threat Initiative 2019, S. 9.

42 Vgl. Becker 2020.

43 ZOES 2008, S. 41 f.

bleme des Managements von Krankenhauskapazitäten, der *Triage* von Patient*innen sowie des drohenden Ausfalls der Krankenversorgung für Teile der Bevölkerung.⁴⁴

Es überrascht deshalb nicht, dass das Ausbruchsmanagement in Deutschland bis Redaktionsschluss im Juli 2020 ausdrücklich auf die Sicherung infrastruktureller Kapazitäten abstellt. Die Strategien lassen sich im Wesentlichen anhand von zwei Slogans zusammenfassen: »flatten the curve« und »hammer and dance«. Die frühe Phase der Reaktion auf die Pandemie war durch den Imperativ bestimmt, mittels weitreichender Einschränkungen des öffentlichen Lebens die Kurve (der statistischen Darstellung der Infektionszahlen) abzuflachen. Diese Maßnahmen übernahmen die Funktion des »Holzhammers«⁴⁵, also eines tiefgreifenden Einschnitts ins Infektionsgeschehen, während die in der Öffentlichkeit als Exit-Maßnahmen diskutierten Lockerungen die Phase des langen »Tanzes« mit der Pandemie einläuteten. In der Kommunikation der Bundesregierung sind dabei die Kapazitätsgrenzen der Gesundheitsinfrastrukturen zentral. So erläuterte die Bundeskanzlerin zu Beginn der Pandemie:

»[D]ie Ratschläge und Empfehlungen, wie man vorgehen soll, orientieren sich immer an der Frage, wie wir sicherstellen, dass unser Gesundheitssystem in der Zeit, in der wir uns mit diesem Virus auseinandersetzen müssen, nicht überlastet wird. Es geht also darum, Zeit zu gewinnen.«⁴⁶

Aufgrund der Mitte März anberaumten Maßnahmen hatte sich gut einen Monat später tatsächlich ein Rückgang des Infektionsgeschehens in der erhofften Verflachung der Kurve niedergeschlagen. Die Kanzlerin musste vor diesem Hintergrund die Notwendigkeit der Beibehaltung der Kontaktsperrre bis Mai plausibel machen:

»Die Kurve ist also flacher geworden, es gilt aber nach wie vor: Sie muss so sein, dass sie unser Gesundheitssystem nicht überfordert. Wir haben Modellbetrachtungen gemacht. Wir sind jetzt ungefähr bei einem Reproduktionsfaktor von 1,0, also: Einer steckt einen an. [...] Schon wenn wir annehmen, dass jeder 1,1 Menschen ansteckt, wären wir im Oktober wieder an der Leistungsgrenze unseres Gesundheitssystems mit den angenommenen Intensivbetten angelangt. Wenn wir von einem Wert von 1,2 ausgehen, [...], kämen wir schon im Juli an die Belastungsgrenze unseres Gesundheitssystems. Bei einem Wert von 1,3 [...] wären wir schon im Juni an der Belastungsgrenze unseres Gesundheitssystems.«⁴⁷

Die hier zur Plausibilisierung bemühte epidemiologische Maßzahl R (R_0 beziehungsweise R_t) gibt an, wie viele Menschen im Mittel durch eine infizierte Person angesteckt werden. Sie ist die wesentliche Kennzahl der politischen Krisenarith-

44 Deutscher Bundestag 2013, S. 65.

45 BMI 2020, S. 8.

46 Pressekonferenz am 11. März 2020; www.bundesregierung.de/breg-de/aktuelles/pressekonferenz-von-bundeskanzlerin-merkel-bundesgesundheitsminister-spahn-und-rki-chef-wieler-1729940 (Zugriff vom 20.05.2020).

47 Pressekonferenz am 12. April 2020; www.bundeskanzlerin.de/bkin-de/aktuelles/pressekonferenz-von-bundeskanzlerin-merkel-bundesminister-scholz-ministerpraesident-soeder-und-dem-ersten-buergermeister-tschentscher-im-anschluss-an-das-gespraech-mit-den-regierungschefinnen-und-regierungschefs-der-laender-1744310 (Zugriff vom 20.05.2020).

metik. Mit ihr lässt sich der Bevölkerung vorrechnen, wie sich Distanzmaßnahmen und Lockdown im zeitlichen Verlauf zu den Kapazitäten der Versorgungssysteme verhalten. Auch die interdisziplinäre Studie »Das gemeinsame Interesse von Gesundheit und Wirtschaft. Eine Szenarienrechnung zur Eindämmung der Coronapandemie« des Helmholtz-Zentrums und Ifo-Instituts modelliert verschiedene Pandemieverläufe über die Reproduktionszahl R_t . Dort heißt es: »Wir zeigen für jedes R_t auf, welche wirtschaftlichen Kosten damit voraussichtlich verbunden wären und mit wie viel zusätzlichen COVID-19-Toten bei diesen unterschiedlichen Wegen zu rechnen ist.«⁴⁸

R_t birgt in dieser Form das Versprechen, auf die Kapazitätsgrenzen der bestehenden Strukturen hin zu rechnen – inklusive des Wirtschaftssystems. Entsprechend naheliegend scheint es, »die Reproduktionszahl R_t als politische Zielgröße zu sehen.«⁴⁹ Sie ist damit ein zentrales Instrument der Biopolitik des pandemischen Notstands, die den Schutz individueller Körper, die Bevölkerung als zu versorgendes Kollektiv und die Sicherheit ihrer vitalen Versorgungssysteme verbindet. Wie wir im Folgenden darlegen, markieren die deutschen Strategien des Ausbruchsmangements dabei in mindestens dreierlei Hinsicht Grenzen der *Preparedness*: *erstens* die Kapazitätsgrenzen der (intensiv)medizinischen Versorgung, *zweitens* die Kapazitätsgrenzen des öffentlichen Gesundheitsdienstes und *drittens* die Kapazitätsgrenzen des ko-dependenden Wirtschaftssystems.

Zur Problematisierung der Kapazitätsgrenzen der medizinischen Versorgung

Die Strategien der Abflachung der Infektionskurve beziehungsweise des »Hammer und Tanz« sahen vor, mittels sozialer Distanzierungsmaßnahmen und Verboten im öffentlichen Leben die Infektionszahlen zu senken, und zwar ausdrücklich, um die Kapazitäten des Gesundheitssystems vor Überlastung zu schützen. Hier treten der (intensiv)medizinisch zu versorgende Körper und die medizinischen Versorgungskapazitäten in ein spezifisches Verhältnis: Im Kontext von COVID-19 erleben wir, dass die Maßnahmen der Quarantäne, des Kontaktverbots oder des Sicherheitsabstands auf die Funktionalität der Infrastruktur ausgerichtet sind. Wenn beispielsweise Besuche in Pflegeheimen untersagt werden, Psychotherapien nur noch per Videoübertragung fortgesetzt werden oder Schwangere ohne Begleitpersonen in die Geburt gehen müssen, erleben Einzelne sich ausgerechnet über das Gebot der Distanz als Teil eines kollektiven Bevölkerungskörpers.⁵⁰ Letztlich wird der Individualkörper zu einem Medium des Schutzes der Gesundheitsinfrastruktur. Die durch Separierung der Körper erzielte Unterbrechung des Übertragungsgehehens sichert das Funktionieren des Gesundheitssystems, sodass dort vor allem schwer Erkrankte versorgt werden können. In der pandemischen Biopolitik vitaler Systeme wird menschliches Leben also einerseits als eine »Komponente der

48 Dorn et al. 2020, S. 3.

49 Ebd.

50 Zu neuen Formen der Solidarität in der Corona-Krise vgl. Bonacker 2020.

Infrastruktur«⁵¹ betrachtet. Andererseits bleibt der Schutz der Gesundheitsinfrastrukturen auf die moralische Grundsetzung ausgerichtet, jedes Leben schützen zu müssen.

In der öffentlichen Debatte manifestiert sich diese biopolitische Scharnierstelle in der dramatischen Szene der intensivmedizinischen *Triage*. Die *Triage* war der diskursive Kristallisierungspunkt einer Situation, zu der es nicht kommen durfte: Eine knappheftsbedingte Selektion von Patient*innen galt es um jeden Preis zu verhindern, für jede infizierte Person sollte das Maximum an intensivmedizinischer Versorgung bereitstehen. Insbesondere sollte es nicht an Beatmungsgeräten mangeln, die in vielen der schweren Fälle von COVID-19 ein wesentlicher Bestandteil der vitalen Infrastruktur werden. Ein Strategiepapier des Bundesinnenministeriums spricht in diesem Sinne davon, »Betten und Sauerstoffkapazität« hochzufahren.⁵² Angesichts dieser Fürsorge für die materiellen Bedingungen des Atmens bleibt festzuhalten, dass die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung anderweitig eingeschränkt wurde: Der medizinische Notfallbetrieb erzwang eine Verschiebung von anderen Behandlungen und setzte so eine Priorisierung in der Krankenversorgung durch, welche in Form der *Triage* vermieden werden sollte.

Zur Problematisierung der Kapazitäten des öffentlichen Gesundheitsdienstes

Jene Gesundheitsbehörden, die mit »Preparedness und Response«⁵³ befasst sind, haben lange vor COVID-19 eine Reihe an Dokumenten ausgearbeitet, die Maßnahmenpakete aufschlüsseln, Abläufe vorzeichnen und Zuständigkeiten für den Notfall verteilen – etwa den Nationalen Pandemieplan, das sogenannte Rahmenkonzept für epidemisch bedeutsame Lagen oder auch das Infektionsschutzgesetz.⁵⁴ Im Laufe der Corona-Pandemie kam es sowohl zur Aktivierung als auch zur Aktualisierung dieser Pläne. Beispielweise hat der ursprünglich auf eine Influenza-Pandemie hin entwickelte Pandemieplan ein COVID-19-spezifisches Update erhalten.⁵⁵ Unter anderem verschwammen die im Plan projizierten Phasen des Ausbruchsmanagements in der COVID-19-Lage. Gegenüber dem klassischen Dreischritt aus Eindämmung-Schutz-Folgenminderung dominierte beim Management der Corona-Pandemie die zweiphasige Strategie des »Hammer und Tanz«.⁵⁶ Diese wird in einer Mitte März vom Bundesinnenministerium angeforderten Studie beziehungsweise dem dabei entstandenen Strategiepapier »Wie wir Covid-19 unter Kontrolle bekommen« unter den verschiedenen vorgerechneten Strategien als »die einzige gangbare Option«⁵⁷ dargestellt. »Sie erfordert (i) die schnellstmöglich umgesetzte, strikte Unterdrückung der Neuansteckungen [...] und] (ii) schließt

51 Folkers 2017, S. 257.

52 BMI 2020, S. 16.

53 Vgl. RKI o. J.

54 RKI 2017; RKI 2019.

55 RKI 2020.

56 Pueyo 2020.

57 BMI 2020.

ein umfassendes und konsequentes System des individuellen Testens und Isolierens der identifizierten Fälle an.«⁵⁸

Die Trias *test*, *trace* und *isolate* gilt als »Rückgrat« jeglichen Ausbruchsmanagements.⁵⁹ Um diese Abläufe sicherstellen zu können, bedarf es der Vorhaltung infrastruktureller Kapazitäten. Entsprechende *Preparedness*-Versäumnisse wurden während der Pandemie international in unterschiedlicher Deutlichkeit sichtbar: Südkorea gilt bis dato als Vorbild beim Testen und der Nachverfolgung von Kontakten,⁶⁰ England hat zwar gute Labore, aber zu wenig Test-Kits,⁶¹ und einige Länder verfügten zu Beginn der Pandemie weder über ausreichend Laborkapazitäten noch über Testmaterialien. Im deutschen Strategiepapier wird ausdrücklich erläutert, dass die volkswirtschaftlich kostenintensive Phase des »Holzhammers« deswegen nicht umgangen werden kann, weil die nötigen Testkapazitäten *erst aufgebaut* werden müssen.⁶² Auch die Deutsche Gesellschaft für Epidemiologie erinnerte daran, dass die Zahl der Infektionen nicht nur gedrückt werden muss, um intensivmedizinische Kapazitäten nicht zu überlasten. Eine flache Kurve sei auch nötig, um »die Gesundheitsbehörden in die Lage zu versetzen, durch Nachverfolgung, Isolations- und Quarantänemaßnahmen die weitere Ausbreitung des Virus unter Kontrolle zu halten«.⁶³

Gesundheitsämter sind die für die Infektionseindämmung strategisch unverzichtbaren »centers of calculation«.⁶⁴ Sie konnten jedoch aufgrund der hohen Infektionszahlen ihrer Funktion nur nach einer deutlichen Aufstockung ihrer Kapazitäten nachkommen. Diese Ad-hoc-*Preparedness*-Maßnahmen der Aufstockung betrafen beispielsweise die Produktion und Lieferung von Diagnostik-Kits für das *Testen* sowie die notfallmäßige Rekrutierung von bis zu 500 sogenannten »Containment-Scouts« für die *Kontaktverfolgung* und die telefonische Betreuung der häuslichen *Isolation* von Infizierten. Der Versuch, mithilfe des »Holzhammer«-Einsatzes Zeit zu gewinnen, zielte somit darauf ab, in die akute Reaktion weitere *Preparedness*-Phasen einzubauen. Man verschaffte sich also Zeit, um sich vorzubereiten – weil man noch nicht hinreichend vorbereitet war. Die *emergency response* stützte sich zwar auf die Vorbereitung, setzte sie aber selbst noch fort.

Zu den Kapazitätsgrenzen nichtmedizinischer Versorgungssysteme

Die COVID-19-Pandemie ist der paradigmatische Fall eines im Feld der globalen Gesundheitssicherheit lange befürchteten Infektionsgeschehens, das den Welthandel massiv beeinträchtigt und großen wirtschaftlichen Schaden anrichtet. Nicht nur das unbekannte Virus, auch die mangelnden Kapazitäten der internationalen

58 Ebd., S. 8.

59 Vgl. dazu die Empfehlungen der WHO: Lacina 2020.

60 BMI 2020, S. 1.

61 Vgl. Devlin 2020.

62 BMI 2020, S. 8.

63 Deutsche Gesellschaft für Epidemiologie 2020, S. 4.

64 Latour 1987.

Notfallinfrastrukturen sowie die Maßnahmen des Ausbruchsmanagements selbst erzeugten Kaskadeneffekte in voneinander abhängigen Systemen. Dieser Zusammenhang wird in der bereits zitierten Studie *Das gemeinsame Interesse von Gesundheit und Wirtschaft* deutlich problematisiert. Ihrem Titel entsprechend möchte sie die Ko-Abhängigkeit der beiden belasteten Systeme unterstreichen.⁶⁵ Über verschiedene Szenarien der Reproduktionszahl R wird vorgerechnet, dass eine zu schnelle Rücknahme der Lockdown-Maßnahmen auch für die Wirtschaft langfristig nicht dienlich sei. Ungefähr bei einer Reproduktionszahl von 0,75 ließe sich ein »goldener Mittelweg«⁶⁶ zwischen der Belastung der Gesundheitsstrukturen und der noch ausreichend zügigen Erholung der Wirtschaft finden.

In dem Strategiepapier des Innenministeriums wird betont, dass zugunsten des Schutzes der Gesundheitsstrukturen wirtschaftliche Ausfälle etwa in der Größenordnung der Finanzkrise von 2008 in Kauf genommen werden müssen. Die dort angestellten Szenarien verweisen letztlich auf einen *worst case*, der um jeden Preis vermieden werden muss, weil er einen wirtschaftlichen Zusammenbruch bedeuten würde, dessen Folgen »kaum absehbar« wären.⁶⁷ Zur Beschreibung dieses *worst case* wird das Bild des atomaren Super-GAUs bemüht: Wenn die Lockdown-Maßnahmen zum Schutz des Gesundheitssystems nicht greifen oder zu zaghaft umgesetzt würden, könnte »im Sinne einer ›Kernschmelze‹ das gesamte System in Frage gestellt werden«.⁶⁸ Das Gesundheitssystem erscheint hier auch deswegen als kritische Infrastruktur, weil über dessen Ausfall vermittelt der Systemumsturz droht. Und insofern sich die Biopolitik der Pandemie um die Aufrechterhaltung der materiellen Bedingungen der Versorgung der Bevölkerung sorgt, wird auch die Versorgungsfunktion des nun eingeschränkten Wirtschaftslebens zum Schutzzugut.

5. Banale Redundanzen: Das Anlegen von Schutzvorräten

Ein Teilespekt der Infrastruktursicherung hat sich im Frühjahr 2020 als besonders kritisch erwiesen: die Bevorratung mit Schutzgütern, vor allem Gesichtsmasken. Auch wenn das Anlegen von Vorräten ein geradezu archaischer Akt ist, kommt diesem in den aktuellen *Preparedness*-Politiken eine besondere Bedeutung zu. Der Schutzvorrat dient weder der Bewahrung des Vergangenen (wie das Archiv) noch der laufenden Distribution (wie das Warenlager), sondern ist auf die Kontingenzen der Zukunft ausgerichtet.⁶⁹ In der Sprache der Resilienz – der »lingua franca der Preparedness«⁷⁰ – ausgedrückt, geht es um die Schaffung von Redundanzen im System, die dabei helfen, Schocks abzufedern und existenzielle Situationen durchzustehen. Die Bevorratung mit generischen Dingen des Notfallschutzes dient

65 Dorn et al. 2020.

66 Drosten 2020, S. 4.

67 BMI 2020, S. 11.

68 Ebd., S. 14.

69 Folkers 2019, S. 495; Wolff 2020.

70 Duffield 2012, S. 480.

als Puffer, der in einer zukünftigen Krise Anpassungsspielräume für unvorhergesehene Lagen eröffnet.

Dass die Verfügbarkeit von Schutzausrüstungen eine Schwachstelle bei der Bewältigung internationaler Gesundheitsnotstände bildet, war nicht zuletzt eine Lektion des Ebola-Ausbruchs von 2014-2016 in Westafrika.⁷¹ Auch im Globalen Norden haben die oben vorgestellten *Preparedness*-Übungen die Schutzmaterialien als Vulnerabilitätspunkt markiert. Im Auswertungsbericht der LÜKEX-Pandemie-Simulation heißt es: »In Bezug auf die Bereitstellung von Schutzausrüstung für die Bevölkerung [...] zeigte sich Handlungsbedarf bei der Bedarfs- und der Ressourcenermittlung.«⁷² Das »Modi-SARS«-Szenario von 2012 geht noch einen Schritt weiter. Es problematisiert nicht nur das administrative Wissen über die Bestände, sondern entwirft eine Mangelsituation: »Arzneimittel, Medizinprodukte, persönliche Schutzausrüstung und Desinfektionsmittel werden verstärkt nachgefragt. Da Krankenhäuser, Arztpraxen und Behörden in der Regel auf schnelle Nachlieferungen angewiesen sind, die Industrie die Nachfrage jedoch nicht mehr vollständig bedienen kann, entstehen Engpässe.«⁷³

Die mangelnde Verfügbarkeit von Schutzmasken, aber auch Handschuhen und Desinfektionsmitteln im Frühjahr 2020 wirkt wie eine nachträgliche Bestätigung dieser Verletzlichkeitsprojektionen. Etwa ab Mitte März mehrten sich die Meldungen, dass FFP-Masken sowie zertifizierte Mund-Nasen-Schutz-Masken (MNS) in ausreichendem Umfang gänzlich fehlen oder ihr Einsatz aufgrund von Engpässen strikt rationiert wird.⁷⁴ Die Nachfrage in der Krise war beachtlich: Der monatliche Bedarf in Kliniken wurde auf 17 Millionen FFP2-Masken und 45 Millionen MNS geschätzt; eine Übersicht der Bedarfsmeldungen der Kassenärztlichen Vereinigung belief sich Ende März auf 47 Millionen FFP2-Masken und 115 Millionen MNS bei niedergelassenen Ärzten.⁷⁵

Diese Zahlen helfen dabei, die Größenordnung jener 300.000 Masken und Schutzbrillen einzuschätzen, welche das Beschaffungsamt der Bundeswehr Mitte März organisiert hat.⁷⁶ Bereits am 4. März hatte der Krisenstab der Bundesregierung einen Exportstopp für Masken und andere medizinische Schutzkleidung verhängt – eine Maßnahme, die allerdings nur im Falle eines vorhandenen Bestands an Vorräten wirkungsvoll ist. Für Normalverbraucher*innen waren Schutzmasken schon seit Februar Mangelware. Noch kurz vor der Einführung der bundesweiten Maskenpflicht am 27. April gab der Großhandel bekannt, sie seien nur »begrenzt lieferfähig« beziehungsweise »weitestgehend ausverkauft«.⁷⁷ In den

71 Vgl. Pallister-Wilkins 2016.

72 BBK 2008, S. 45.

73 Deutscher Bundestag 2013, S. 7.

74 Vgl. Beisel et al. 2020; Geinitz, Mihm 2020; »In Deutschland fehlt Schutzmaterial«, in *Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung* vom 29. März 2020, S. 1; Blech et al. 2020.

75 Vgl. »Kampf gegen Corona. Ambulanten Ärzten fehlen Millionen von Schutzkleidungen«, in *Redaktionsnetzwerk Deutschland* vom 31. März 2020.

76 Vgl. Bundesministerium der Verteidigung 2020.

77 Bender et al. 2020, S. 1.

Regularien zur Maskenpflicht wurde daher neben der Verwendung selbstgenähter Fabrikate auch der Gebrauch von Tüchern oder Schals anerkannt – was wiederum zur scharfen Kritik von Funktionsträgern im Gesundheitssystem führte.⁷⁸ Angesichts dieser Mangelsituation gewinnt man den Eindruck, dass das über Jahre fest installierte *Preparedness*-Skript zwar gestartet, aber nicht zu Ende ausgeführt wurde. Die vulnerablen Angriffsflächen im Bereich der Schutzausrüstung waren längst mit hohem Übungs- und Evaluationsaufwand mehrfach markiert, ohne dass das System durch eine entsprechende Bevorratung mit einem Puffer ausgestattet worden wäre.

Diese Episode führt zudem vor Augen, dass Sicherheitslogiken auf die Verfügbarkeit ganz alltäglicher Materialien angewiesen sind.⁷⁹ Im Nachgang der H1N1-Pandemie von 2009 stand die Bevorratung mit antiviralen Medikamenten im Fokus.⁸⁰ Gegenüber solchen forschungsintensiven Arzneimitteln ist eine Schutzmaske ein »low-tech«-Produkt: vergleichsweise einfach herzustellen, günstig und relativ gut haltbar. Man könnte angesichts der Lage zu Beginn der Corona-Krise daher fast von einer Banalität des Mangels sprechen. Zugleich stehen Masken in einem komplexen Verhältnis zur Infrastruktur. Einerseits bilden sie eine elementare Schutzschicht *innerhalb* des Gesundheitssystems. Dessen fortgesetztes Operieren bedarf der Einsatzfähigkeit des ohnehin knappen Personals. *Personal safety* und *health security*, persönlicher Schutz und Gesundheitssicherheit, sind hier verkoppelt: Vermittelt über den Schutz der Sorge leistenden Körper hängt die kritische Infrastruktur am Vlies des MNS sowie am Partikelschutz der FFP-Filter. Andererseits bilden Masken auch im öffentlichen Leben eine Schutzschicht für das Gesundheitssystem, die *außerhalb* der kritischen Infrastruktur eingezogen wird. Als Stoff-Element der Gesundheitssicherheit sollen sie den öffentlichen wie privaten Verkehr absichern und dadurch überhaupt erst aus der Stasis des Lockdown befreien. In diesen Punkten ähnelt ihre strategische Bedeutung jener von antiviralen Wirkstoffen und Impfungen: Sie ermöglichen die »Sicherung der Zirkulation« von Körpern.⁸¹ Aufgrund der zu geringen Bevorratung konnte diese Funktion in den ersten Krisenmonaten nicht erfüllt werden.

Die mangelnde Verfügbarkeit von Schutzmasken zu Beginn des Ausbruchs verweist auf drei Bruchstellen des *Preparedness*-Regimes. Erstens, das Verhältnis zwischen individueller und kollektiver Verantwortung: Die klassisch-liberale Maßnahme zur Vorbereitung auf Knappheitseignisse besteht in der Responsibi-

78 So beklagt der Vorstandsvorsitzende des Weltärztekibunds Montgomery am 27. April 2020 in einem Interview im *Deutschlandfunk* die Einführung einer »gesetzliche[n] Maskenpflicht für eine nicht funktionierende Maske«; www.deutschlandfunk.de/weltaerztepräsident-montgomery-pflicht-für-nicht.694.de.html?dram:article_id=475525 (Zugriff vom 14.05.2020).

79 Aradau 2010; Wolf, Hall 2018.

80 Elbe et al. 2014; Keck 2017. Tatsächlich wurde das in großer Menge angeschaffte und gelagerte Medikament Tamiflu während der sogenannten Schweinegrippe kaum eingesetzt, weil die Pandemie letztlich milder verlief als zunächst befürchtet.

81 Elbe et al. 2014, S. 442.

lisierung des Einzelnen. Diese Logik verkörpert sich in der Checkliste jener Notvorräte, die das BBK den Bürger*innen an die Hand gibt.⁸² Die Liste legt den Schwerpunkt auf Lebensmittelvorräte und erwähnt Schutzkleidung nur pauschal. In Bezug auf Masken hat seit dem Jahreswechsel 2019/2020 allerdings eine massive individuelle Beschaffungsaktivität stattgefunden: Auf der Basis der Absatzzahlen in Apotheken gehen Marktforscher davon aus, dass Ende März mehr als sieben Millionen Masken in Privathaushalten lagerten.⁸³ Auch im Bereich der Schutzmaterialien hatte also mit dem »Hamsterkäufer« – gewissermaßen als kleinem Bruder des »Prepper« – eine Figur ihren Auftritt, bei der sich die Tugend der Vorsorge durch eine Übersteigerung der Vorbereitungsaktivität in ihr rücksichtsloses Pendant verkehrt.⁸⁴

Die Problematisierung individueller Selbstvorsorge wirkte sich unmittelbar auf die politischen Empfehlungen zur Verwendung von Masken aus. Bis in den April hinein wurde die Ablehnung einer Maskenpflicht noch mit einem Verknappungsargument begründet: Sie würde zu einem Mangel dort führen, wo die Masken dringender benötigt würden – nämlich in Kliniken, Arztpraxen und der Pflege. Dieser Konflikt wurde erst entschärft, als die Definition dessen erweitert worden war, was im öffentlichen Leben als Maske zählt. Insgesamt zeigte sich in der ersten Phase der COVID-19-Krise somit ein gespanntes Verhältnis zwischen der Resilienzsteigerung infrastruktureller Kollektivität und der Responsibilisierung des Einzelnen.

Zweitens verweist der Mangel an vorbereitender Bevorratung auf die Bruchstelle zwischen privatem und öffentlichem Sektor. Da die heute als kritisch erachteten Infrastrukturen bereits seit den 1980er Jahren in zunehmendem Maße (teil)privatisiert wurden, ist die öffentliche Politik bei der Sicherung von Versorgungsleistungen auf die Mitwirkung nichtöffentlicher Akteure angewiesen. Der Staat hat die Daseinsvorsorge nicht mehr vollständig in eigener Hand, sondern muss Unternehmen in eine Gewährleistungsverantwortung bringen.⁸⁵ Dieser Knackpunkt ist den *Preparedness*-Planern am BBK wohlbekannt: In der sogenannten »Neuen Strategie« – dem Rahmenprogramm des deutschen Bevölkerungsschutzes – wird dargelegt, dass bei einem »Massenanfall von [...] Erkrankten« die »Relevanz von Notfalldepots« sowie der Bedarf an Betten und Personal hoch seien, die Einführung betriebswirtschaftlicher Krankenhausfinanzierungssysteme jedoch zum Abbau »überschüssiger« Kapazitäten führe.⁸⁶

82 Siehe www.bbk.bund.de/SharedDocs/Downloads/BBK/DE/Publikationen/Broschueren_Flyer/Buergerinformationen_A4/Checkliste_Ratgeber.pdf?__blob=publicationFile (Zugriff vom 15.05.2020).

83 »Masken braucht das Land«, in *Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung* vom 29. März 2020, S. 3.

84 Vgl. Bröckling 2020.

85 Zur Genealogie der Daseinsvorsorge vgl. Folkers 2017, S. 229 ff.

86 BBK 2010, S. 39, 56, 83.

Vor diesem Hintergrund erweist sich das banale Objekt der Maske als komplexes politisches Ding,⁸⁷ in dem sich unterschiedliche gesellschaftliche Rationalitäten brechen: das auf einen ungewissen Katastrophenfall ausgerichtete Sicherheitskalkül der Vorbereitung einerseits und die auf den Normalbetrieb ausgerichteten Kriterien ökonomischer Rentabilität andererseits. Zwar gibt es Versuche, Rationalitäten der *Preparedness* über Programme des *Business Continuity Management* in privaten Unternehmen zu verankern.⁸⁸ Als Einsicht der Corona-Krise zeichnet sich jedoch ab, dass die langfristige Schaffung von Redundanzen in Krankenhäusern und Arztpraxen aus betriebswirtschaftlichen Gründen ausgeblieben war. In einem Marktumfeld, das während der Pandemie von eklatanten Engpässen und Preissteigerungen bestimmt war, fiel die Aufgabe der Beschaffung letztlich der Bundesregierung zu. Ob dieses Einspringen des Staates dauerhaft zu einer Neuverteilung des Öffentlichen und Privaten im Bereich der zivilen Sicherheit führt, bleibt abzuwarten.

Drittens zeigt sich angesichts des Mangels an Schutzausrüstung auch eine geökonomische Bruchstelle. Bereits vor der Krise wurde jede zweite Maske der Welt in China hergestellt, Ende Februar 2020 war die Produktion auf eine Stückzahl von über 100 Millionen pro Tag gestiegen. Entsprechend hängt die Versorgung an der Stabilität der Lieferkette, die von administrativen Fiktionen und nationalen Eigeninteressen beim Zugriff auf vitale Güter bedroht wird. Damit tritt die Bedeutung der »supply chain security« und ihr gespanntes Verhältnis zur territorialen Grenzsicherung hervor.⁸⁹ Zur Problemminimierung fordert ein Artikel im *New England Medical Journal* eine engere Zusammenarbeit mit IT-Firmen, um die Logistik der Lieferkette in Echtzeit sowohl auf Verfügbarkeiten als auch Bedarfsprojektionen hin zu überwachen.⁹⁰ Erst wenn man allerdings nach den Gründen für die knappe Bevorratung fragt, geraten die Prämissen jener Form der Wertschöpfung in den Blick, die über die Lieferkette selbst verlaufen soll. Alles, was nicht *just in time* in Bewegung ist, steht gemäß dieser Logik im Verdacht, unökonomisch zu sein; das Vorratslager erscheint als Hort toten Kapitals. Die Erfahrungen der COVID-19-Krise könnten dagegen eine Revision jenes Inventars an »kritischen Dingen« einleiten, die aus der weltweiten Zirkulation herausgenommen und in Lagerstätten immobilisiert werden.

In der öffentlichen Wahrnehmung verkörperte der Mangel an Masken Anfang April einen Mangel an *Preparedness*: »Schon jetzt ist klar: die Bundesregierung war nicht vorbereitet.«⁹¹ Dieses Urteil beruht auf der Annahme, dass die Vorbereitung anhand der Technik der Bevorratung hätte erfolgen müssen. Anstelle einer solchen antizipatorischen Aufstockung der Bestände wurden die Maßnahmen

87 Vgl. Latour 2005.

88 Vgl. auch Hinweise im Nationalen Pandemieplan; RKI 2017.

89 Vgl. Cowen 2014, S. 53 ff.

90 Vgl. Ranney et al. 2020.

91 »Der Stoff der Krise«, in *Der Spiegel* vom 4. April 2020, S. 35.

jedoch im Ereignisraum der akuten Notlage ergriffen.⁹² Zum einen setzte die Bundesregierung während des Lockdowns Förderprogramme auf, um die inländische Herstellung von Masken anzukurbeln. Neben der Erhöhung der Kapazitäten in Firmen, die auf Medizinprodukte spezialisiert sind, wurden Anreize geschaffen, damit branchenfremde Unternehmen ihre Produktion umstellen. Zum anderen hat sich die Bundesregierung in die Aushandlung von Verträgen, die logistische Abwicklung sowie die Sicherung von Lieferwegen eingeschaltet, um globale Materialflüsse nach Deutschland zu leiten. Damit erfolgte die Vorbereitung *auf* die Krisensituation *in* der Krisensituation, das Vorbereitungs-Handeln zog sich auf das Intervall einer *In-situ-Preparedness* zusammen. Anfang Mai schien das Intervall des Engpasses überbrückt: Gemäß einer Übersicht des Gesundheitsministeriums wurden an das medizinische Personal bis zum 4. Mai 120 Millionen Schutzmasken verteilt, weitere 306 Millionen Exemplare seien noch nicht ausgeliefert, aber »gesichert«.⁹³ Auch für den privaten Gebrauch war der Mund-Nasen-Schutz als Atembarriere erhältlich.

6. Lessons Learned?

Seit 20 Jahren herrscht Einigkeit darüber, dass *Preparedness* das leitende Prinzip im Bereich der Gesundheitssicherheit sein soll. Es handelt sich um eine biopolitische Strategie, die auf die Regierung des (beziehungsweise mittels des) projizierten Notfalls setzt. Dabei werden frühere Sparmaßnahmen und Strukturreformen in Gesundheitssystemen nun als globales Sicherheitsproblem neu verhandelt: Kapazitäts- und Infrastrukturausbau werden hinsichtlich eines Notfalls, nicht des Normalbetriebs eingefordert.⁹⁴ Während der Aufstieg des *Preparedness*-Paradigmas in der Literatur mit der Konjunktur neoliberaler Regierungsweisen in Verbindung gebracht wird, beleuchtet die COVID-19-Krise nun die Grenzen dieser Regierungslogik und ihre Interferenz mit anderen sozialen Prozessen.

Alle hier diskutierten *Response*-Maßnahmen zeigen, dass für *Preparedness* sowohl Kosten als auch Verantwortung übernommen werden müssen. Als Logik einer »sorgenden Sicherheit«⁹⁵ ist die Vorbereitung darauf angewiesen, dass jemand für sie Sorge trägt. Somit wird deutlich, dass, anders als in zentralen Arbeiten der *Security Studies* angenommen, ein Thema auch durch seine »Versicherheitlichung« nicht immer absolute Vorfahrt genießt.⁹⁶ Vielmehr bricht sich die konkrete Ausgestaltung der *Preparedness*-Politiken an Marktmechanismen, sie ist anfällig für Austeritätsvorgaben, und sie stößt an die Eigenlogiken organisato-

92 Vgl. Anderson 2016.

93 Vgl. »Corona-Krise: Bund verteilt bisher mehr als 120 Millionen Schutzmasken«, in *Redaktionsnetzwerk Deutschland* vom 6. Mai 2020.

94 Vgl. zuletzt David, Le Dévédec 2019; zur Versicherheitlichung von Strukturangepasungsprogrammen vgl. Mezes 2020 b.

95 Vgl. das Themenheft von Folkers, Langenohl 2020.

96 Wæver 1995.

rischer Kontexte. COVID-19 hält die Lektion bereit, dass Politiken der Vorbereitung von Regierungsweisen durchkreuzt werden, mit denen sie aufs Undurchdringlichste verwoben sind.

Wir möchten deswegen über die für das Projekt der Global Health Security typische Rhetorik der »lessons learned« hinausgehen. Obwohl die Corona-Pandemie sowohl die Notwendigkeit als auch die Friktionen der Vorbereitung deutlich vor Augen führt, wirft sie ebenfalls die Frage nach der Versorgung jenseits des Notfalls auf. Wenn etwa in *Preparedness*-Evaluierungen zwar Meldesysteme und Laborkapazitäten abgefragt werden, jedoch nicht, ob Krankenhäuser über fließendes Wasser und hygienische Abwassersysteme verfügen, dann zeigt dies eine grundlegende Begrenztheit der sorgenden Logik der globalen Gesundheitssicherheit. Zwar soll die Verwundbarkeit für Pandemien gemindert werden. Dabei gerät jedoch allzu oft aus dem Blick, dass diese situiert und bedingt ist. So zeitigen das SARS-CoV-2 Virus beziehungsweise die Lockdown-Maßnahmen in Ländern des Globalen Südens in vielerlei Hinsicht schwerere Konsequenzen als im Globalen Norden.⁹⁷

Aber nicht nur hinsichtlich einer globalen Nord-Süd-Differenz wird die Reflexion auf die Situiertheit und Bedingtheit von Verletzlichkeit relevant. Eine erste Studie in Deutschland gibt Hinweise darauf, dass arbeitslose Menschen mit größerer Wahrscheinlichkeit mit einer schweren COVID-19-Infektion im Krankenhaus behandelt werden müssen.⁹⁸ Auch in den dramatischen Ausbrüchen unter den vorwiegend migrantischen Arbeiter*innen in deutschen Schlachtbetrieben manifestiert sich eine mehrdimensionale – intersektionale – soziale Ungleichheit.⁹⁹ Besonders drastisch sehen wir auf den griechischen Inseln, dass für die »Gesundheitssicherheit« von Geflüchteten kaum gesorgt wird, weder im Modus der *Preparedness* noch im Modus einer Ad-hoc-*Preparedness*.

In den USA und auch im Vereinigten Königreich zeigt sich wiederum, dass auffällig viele Schwarze Menschen an COVID-19 sterben, einer Erkrankung, die maßgeblich die Lunge befällt und in schweren Verläufen zum Ersticken führt.¹⁰⁰ *Black Scholarship* und die Reflexion zur Schwarzen Erfahrung sprechen lange schon über Bedingungen beziehungsweise die Unmöglichkeit des freien Atmens für Schwarze Menschen.¹⁰¹ Um rassistische Polizeigewalt anzuprangern, mobili-

97 Vgl. Caduff 2020.

98 Dragano et al. 2020.

99 Vgl. zum Corona-Ausbruch in Deutschlands größter Schlachterei: »Das Elend der Tönnies-Arbeiter«, in *Redaktionsnetzwerk Deutschland* vom 23. Juni 2020.

100 Presseberichte zur Situation in UK: www.theguardian.com/world/2020/may/07/black-people-four-times-more-likely-to-die-from-covid-19-ons-finds (Zugriff vom 16.06.2020); zu den USA: www.theguardian.com/world/2020/may/20/black-america-death-rate-covid-19-coronavirus (Zugriff vom 16.06.2020); für Chicago, wo 70 der ersten 100 Corona Toten Schwarze waren: <https://features.propublica.org/chicago-first-deaths/covid-coronavirus-took-black-lives-first/> (Zugriff vom 26.06.2020); zur Instrumentalisierung einer »Urangst« vor einem qualvollen Erstickungstod vgl. BMI 2020, S. 13.

101 Beispielsweise Crawley 2017; Fanon 2008 [1952].

siert die *Black Lives Matter*-Bewegung im Slogan *I can't breathe* die letzten Worte von Eric Garner und nun auch George Floyd, die 2014 und 2020 von Polizisten erstickt wurden. Vanessa Thompson analysiert am Fall der Ende März 2020 in London in Hausisolation an COVID-19 verstorbenen Kayla Williams, wie schon weit vor einer Aufnahme ins Krankenhaus rassistische und vergeschlechtlichte Formen der *Triage* zur medizinischen Ungleichbehandlung von Schwarzen Körpern führen.¹⁰² Weniger sichtbare Formen des Erstickens – wie Rassismus, strukturelle Gewalt und systemische Ungleichheit – tragen maßgeblich zur gesundheitlichen Verletzlichkeit von bestimmten Bevölkerungsgruppen bei.¹⁰³

Es hätte weder der Corona-Pandemie bedurft noch der Tode von Floyd und Williams, um diese »Lektion zu lernen«. Dass nun so triviale Objekte wie Masken zu »matters of concern«¹⁰⁴ geworden sind, öffnet sie für die politische Frage, wie wir uns jenseits der Krise um die materiellen Bedingungen und die Infrastrukturierung des Atmens sorgen wollen. Es geht also weniger darum, ihr Figurieren in Kalkülen der Gesundheitssicherheit grundsätzlich zu kritisieren. Vielmehr gilt es, den politischen Effekt ihres Kritisch-Werdens auszuleuchten und von den Grenzen der *Preparedness* ausgehend darüber nachzudenken, was »Gesundheitssicherheit« sonst noch heißen könnte.

Literatur

- Abdullah, Ibrahim; Rashid, Ismail 2017. »Understanding West Africa's Ebola Epidemic«, in *Understanding West Africa's Ebola Epidemic. Towards a Political Economy*, hrsg. v. Abdullah, Ibrahim; Rashid, Ismail, S. 1-18. London: Zed Books.
- Adey, Peter; Anderson, Ben 2012. »Anticipating Emergencies. Technologies of Preparedness and the Matter of Security«, in *Security Dialogue* 43, 2, S. 99-117.
- Anderson, Ben 2016. »Governing Emergencies. The Politics of Delay and the Logic of Response«, in *Transactions of the Institute of British Geographers* 41, 1, S. 14-26.
- Aradau, Claudia 2010. »Security that Matters. Critical Infrastructure and Objects of Protection«, in *Security Dialogue* 41, 5, S. 491-514.
- BBK (Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe) 2008. *Auswertungsbericht der dritten länderübergreifenden Krisenmanagementübung »LÜKEX 2007« der Projektgruppe LÜKEX*. www.bbk.bund.de/SharedDocs/Downloads/BBK/DE/Downloads/Luekex/LUEKEX07_Auswertungsbericht_lang.pdf?__blob=publicationFile (Zugriff vom 20.05.2020).
- BBK (Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe) 2010. *Neue Strategie zum Schutz der Bevölkerung in Deutschland*. Wissenschaftsforum, Band 4. Bonn.
- Becker, Markus 2020. »WHO wirft Regierungen schwere Versäumnisse vor«, in *Spiegel online* vom 18. April 2020. www.spiegel.de/politik/ausland/corona-krise-who-wirft-regierungen-schwere-versaemnisse-vor-a-7b45f98c-b6f2-4a93-845b-690ade8e53d4 (Zugriff vom 20.05.2020).
- Beisel, Karoline M.; Deuber, Lea; Dörries, Bernd; Ludwig, Kristina; Meiler, Oliver; Hulverscheidt, Claus 2020. »Die Masken fallen«, in *Süddeutsche Zeitung* vom 17. März 2020, S. 7.

102 Thompson 2020.

103 Vgl. Benjamin 2016, S. 147.

104 Latour 2007.

- Bender, Justus; Fritzen, Florentine; Pergande, Frank 2020. »Masken werden knapp. Großhändler und Apotheken beklagen leere Lager, Bundesregierung versorgt Ärzte«, in *Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung* vom 26. April 2020, S. 1.
- Benjamin, Ruha 2016. »Catching Our Breath. Critical Race STS and the Carceral Imagination«, in *Engaging Science, Technology, and Society* 2, S. 145-156.
- Blech, Jörg et al. 2020. »Der Stoff der Krise«, in *Der Spiegel* vom 4. April 2020, S. 34-38.
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) 2017 a. *G20 Emergency Simulation Exercise Videos*. www.youtube.com/playlist?list=PL6W8NUmiDIpx4xZsdn3nuuUrH9W4rNWZZ (Zugriff vom 20.05.2020).
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) 2017 b. *Paket zur G20 Krisensimulationsübung*. www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/internationale-gesundheitspolitik/g20-gesundheit/g20-krisensimulationsuebung.html (Zugriff vom 20.05.2020).
- BMI (Bundesministerium des Innern) 2009. *Nationale Strategie zum Schutz Kritischer Infrastrukturen (KRITIS-Strategie)*. www.bmi.bund.de/SharedDocs/downloads/DE/publikationen/themen/bevoelkerungsschutz/kritis.html (Zugriff vom 20.05.2020).
- BMI (Bundesministerium des Innern) 2020. *Wie wir COVID-19 unter Kontrolle bekommen*. www.bmi.bund.de/SharedDocs/downloads/DE/veroeffentlichungen/2020/corona/szenarien/papier-covid-19.html (Zugriff vom 20.05.2020).
- BMI (Bundesministerium des Innern)/BMG (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 20.05.2020).
- Bonacker, Thorsten 2020. »Solidarität als Sicherheitsformel«, in *Soziopolis* vom 8. April 2020. www.sozipolis.de/beobachten/gesellschaft/artikel/solidaritaet-als-sicherheitsformel/ (Zugriff vom 20.05.2020).
- Brassett, James; Vaughan-Williams, Nick 2015. »Security and the Performative Politics of Resilience. Critical Infrastructure Protection and Humanitarian Emergency Preparedness«, in *Security Dialogue* 46, 1, S. 32-50.
- Bröckling, Ulrich 2020. »Optimierung, Preparedness, Priorisierung«, in *Soziopolis* vom 13. April 2020. <https://soziopolis.de/beobachten/gesellschaft/artikel/optimierung-preparedness-priorisierung/> (Zugriff vom 20.05.2020).
- Brueck, Hillary 2020. »Trump Held up a Map Showing the US Is the Best Prepared Country in the World for a Pandemic, but only for the Rich, Influential, and Fully Insured«, in *Business Insider* vom 27. Februar 2020.
- Bundesministerium der Verteidigung 2020. *Corona-Pandemie: Bundeswehr beschafft medizinisches Material im großen Stil*. Meldung vom 18. März 2020. www.bmvg.de/de/aktuelles/corona-pandemie-bundeswehr-beschafft-medizinisches-material-224904 (Zugriff vom 13.05.2020).
- Caduff, Carlo 2020. *What Went Wrong. Corona and the World After the Full Stop*. Vorveröffentlicht unter <https://kcl.academia.edu/CarloCaduff>.
- Chatham House 2016. *Global Health and Security. Combating Infectious Diseases*. www.youtube.com/watch?v=vV5oUOapFGfY (Zugriff vom 20.05.2020).
- Collier, Stephen J. 2008. »Enacting Catastrophe. Preparedness, Insurance, Budgetary Rationalization«, in *Economy and Society* 37, 2, S. 224-250.
- Collier, Stephen J.; Lakoff, Andrew 2015. »Vital Systems Security. Reflexive Biopolitics and the Government of Emergency«, in *Theory, Culture & Society* 32, 2, S. 19-51.
- Cooper, Melinda 2006. »Pre-empting Emergence. The Biological Turn in the War on Terror«, in *Theory, Culture & Society* 23, 4, S. 113-135.
- Cowen, Deborah 2014. *The Deadly Life of Logistics. Mapping Violence in Global Trade*. Minneapolis, London: University of Minnesota Press.
- Crawley, Aston T. 2017. *Blackpentecostal Breath. The Aesthetics of Possibility*. New York: Fordham University Press.
- David, Pierre-Marie; Le Dévédec, Nicolas 2019. »Preparedness for the Next Epidemic. Health and Political Issues of an Emerging Paradigm«, in *Critical Public Health* 29, 3, S. 363-369.
- de Goede, Marieke 2008. »Beyond Risk. Premediation and the Post-9/11 Security Imagination«, in *Security Dialogue* 39, 2-3, S. 155-176.

- Deutsche Gesellschaft für Epidemiologie 2020. *2. Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Epidemiologie (DGEpi) zur Verbreitung des neuen Coronavirus (SARS-CoV-2)*. www.dgepi.de/assets/2.Stellungnahme_SARS-CoV-2_DGEpi_20200427.pdf (Zugriff vom 20.05.2020).
- Deutscher Bundestag 2013. *Bericht zur Risikoanalyse im Bevölkerungsschutz 2012*. <https://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/17/120/1712051.pdf> (Zugriff vom 20.05.2020).
- Devlin, Hannah 2020. »Why Has the UK Lagged Behind in Testing for the Coronavirus?«, in *The Guardian* vom 3. April 2020. www.theguardian.com/science/2020/apr/03/why-has-the-uk-lagged-behind-in-testing-for-the-coronavirus (Zugriff vom 20.05.2020).
- Dorn, Florian et al. 2020. *Das gemeinsame Interesse von Gesundheit und Wirtschaft. Eine Szenarienrechnung zur Eindämmung der Corona-Pandemie*. ifo Schnelldienst digital 1, 6. München: ifo Institut.
- Dragani, Nico; Rupprecht, Christoph J.; Dortmann, Olga; Scheider, Maria; Wahrendorf, Morton 2020. *Higher Risk of COVID-19 Hospitalization for Unemployed: An Analysis of 1,298,416 Health Insured Individuals in Germany*. Pre-Print. <https://doi.org/10.1101/2020.06.17.20133918>
- Drosten, Christian 2020. *Der Tanz mit dem Tiger*. Coronavirus-Update Folge 41. www.ndr.de/nachrichten/info/coronaskript196.pdf (Zugriff vom 20.05.2020).
- Duffield, Mark 2012. »Challenging Environments. Danger, Resilience and the Aid Industry«, in *Security Dialogue* 43, 5, S. 475-492.
- Elbe, Stefan 2010. *Security and Global Health. Towards the Medicalization of Insecurity*. Cambridge: Polity Press.
- Elbe, Stefan; Roemer-Mahler, Anne; Long, Christopher 2014. »Securing Circulation Pharmaceutically. Antiviral Stockpiling and Pandemic Preparedness in the European Union«, in *Security Dialogue* 45, 5, S. 440-457.
- Fanon, Frantz 2008 [1952]. *Black Skin, White Masks*. London: Pluto Press.
- Fidler, David 2020. *A Twenty Year Failure*. www.thinkglobalhealth.org/article/coronavirus-twenty-year-failure (Zugriff vom 20.05.2020).
- Fineberg, Harvey V. 2014. »Pandemic Preparedness and Response – Lessons from the H1N1 Influenza of 2009«, in *The New England Journal of Medicine* 370, S. 1335-1342.
- Folkers, Andreas 2017. *Das Sicherheitsdispositiv der Resilienz*. Frankfurt a. M.: Campus.
- Folkers, Andreas 2019. »Freezing Time, Preparing for the Future: The Stockpile as a Temporal Matter of Security«, in *Security Dialogue* 50, 6, S. 493-511.
- Folkers, Andreas; Langenohl, Andreas 2020. »Was ist sorgende Sicherheit? Einleitung zum Themenheft: ›Ambivalenzen sorgender Sicherheit. Ökonomie, Politik, Ethik‹«, in *Behemoth. A Journal on Civilization* 02/2020 (im Erscheinen).
- Geinitz, Christian; Mihm, Andreas 2020. »Deutsches Gesundheitssystem. Patient stabil, Prognose düster«, in *Frankfurter Allgemeine Zeitung* vom 21. März 2020, S. 19.
- GHP (Global Health & Pharma) 2019. *Public Health Emergency During Mass Gathering Simulation Exercise. G20 Okayama Health Ministers' Meeting, October 20, 2019*. www.ghp.m.u-tokyo.ac.jp/wp-content/uploads/2020/01/G20-Okayama-HMM-Simulation-Exercise-Guide.pdf (Zugriff vom 15.04.2020).
- Keck, Frédéric 2017. »Stockpiling as a Technique of Preparedness. Conserving the Past for an Unpredictable Future«, in *Cryopolitics. Frozen Life in a Melting World*, hrsg. v. Radin, Joanna; Kowal, Emma, S. 117-142. Cambridge, London: MIT Press.
- Lachenal, Guillaume 2014. *Ebola 2014. Chronicle of a Well-prepared Disaster*. <http://somatosphere.net/2014/chronicle-of-a-well-prepared-disaster.html> (Zugriff vom 20.05.2020).
- Lacina, Linda 2020. *WHO Coronavirus Briefing. Isolation, Testing and Tracing Comprise the »Backbone« of Response*. www.weforum.org/agenda/2020/03/testing-tracing-backbone-with-coronavirus-wednesdays-briefing/ (Zugriff vom 20.05.2020).
- Lakoff, Andrew 2007. »Preparing for the Next Emergency«, in *Public Culture* 19, 2, S. 247-271.
- Lakoff, Andrew 2017. *Unprepared. Global Health in a Time of Emergency*. Oakland: University of California Press.
- Lakoff, Andrew; Collier, Stephen J. 2010. »Infrastructure and Event. The Political Technology of Preparedness«, in *Political Matter. Technoscience, Democracy, and Public Life*, hrsg. v. Braun, Bruce; Whatmore, Sarah, S. 243-266. Minneapolis: University of Minnesota Press.

- Latour, Bruno 1987. *Science in Action. How to Follow Scientists and Engineers Through Society*. Massachusetts: Harvard University Press.
- Latour, Bruno 2005. *Von der Realpolitik zur Dingpolitik oder Wie man Dinge öffentlich macht*. Berlin: Merve.
- Latour, Bruno 2007. *Elenz der Kritik: Vom Krieg um Fakten zu den Dingen von Belang*. Zürich, Berlin: Diaphanes.
- Leanza, Matthias 2017. *Die Zeit der Prävention. Eine Genealogie*. Weilerswist: Velbrück Wissenschaft.
- Mezes, Carolin 2020 a. »(Nicht-)Wissen und (Un-)Sicherheit in der Pandemie«, in *Soziopolis* vom 20. Mai 2020. [www.sozipolis.de/beobachten/gesellschaft/artikel/nicht-wissen-und-u-n-sicherheit-in-der-pandemie/](http://www.sozipolis.de/beobachten/gesellschaft/artikel/nicht-wissen-und-un-sicherheit-in-der-pandemie/) (Zugriff vom 21.05.2020).
- Mezes, Carolin 2020 b. »Ambivalenzen der Sorge von Global Health Security. Das Problem der Response-ability«, in *Bebemoth. A Journal on Civilization* 02/2020 (im Erscheinen).
- Nuclear Threat Initiative 2019. *Global Health Security Index. Building Collective Action and Accountability*. [www.ghsindex.org/wp-content/uploads/2020/04/2019-Global-Health-Secu-rity-Index.pdf](http://www.ghsindex.org/wp-content/uploads/2020/04/2019-Global-Health-Security-Index.pdf) (Zugriff vom 20.05.2020).
- Opitz, Sven 2014. »Zur Soziologie der Affekte. Resonanzen epidemischer Angst«, in *Kultursoziologie im 21. Jahrhundert*, hrsg. v. Fischer, Joachim; Moebius, Stephan, S. 267-281. Wiesbaden: Springer VS.
- Opitz, Sven 2016. »Regulating Epidemic Space. The Nomos of Global Circulation«, in *Journal of International Relations and Development* 19, 2, S. 263-284.
- Opitz, Sven 2017. »Simulating the World. The Digital Enactment of Pandemics as a Mode of Global Self-observation«, in *European Journal of Social Theory* 20, 3, S. 392-416.
- Opitz, Sven 2020. »Luftsicherheitszonen und Atmosphären des Selbst«, in *Soziopolis* vom 6. Mai 2020. www.sozipolis.de/beobachten/gesellschaft/artikel/luftsicherheitszonen-und-atmosphaeren-des-selbst/ (Zugriff vom 20.05.2020).
- Opitz, Sven im Erscheinen. *Protocols of Pandemic Preparedness: Soft Emergency Law in the Administration of Global Health Security*. Manuskript.
- Opitz, Sven; Tellmann, Ute 2015. »Future Emergencies. Temporal Politics in Law and Economy«, in *Theory, Culture & Society* 32, 2, S. 107-129.
- Pallister-Wilkins, Polly 2016. »Personal Protective Equipment in the Humanitarian Governance of Ebola. Between Individual Patient Care and Global Biosecurity«, in *Third World Quarterly* 37, 3, S. 507-523.
- Prevent Epidemics 2020. *Readyscore Map*. <https://preventepidemics.org/map/> (Zugriff vom 14.05.2020).
- Pueyo, Tomas 2020. *The Hammer and the Dance*. [https://medium.com/@tomaspueyo/coronavi-rus-the-hammer-and-the-dance-be9337092b56](https://medium.com/@tomaspueyo/coronavirus-the-hammer-and-the-dance-be9337092b56) (Zugriff vom 20.05.2020).
- Ranney, Megan L.; Griffith, Valerie; Jha, Ashish K. 2020. »Critical Supply Shortages – The Need for Ventilators and Personal Protective Equipment During the Covid-19 Pandemic«, in *New England Journal of Medicine* 382, e41, 2, S. 1-3.
- RKI (Robert Koch-Institut) 2017. *Nationaler Pandemieplan Teil I – Strukturen und Maßnahmen*. [https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/187/28Zz7BQWW2582iZMQ.pdf?sequen=1&isAllowed=y](https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/187/28Zz7BQWW2582iZMQ.pdf?sequenc=1&isAllowed=y) (Zugriff vom 20.05.2020).
- RKI (Robert Koch-Institut) 2019. *Epidemisch bedeutsame Lagen erkennen, bewerten und gemeinsam erfolgreich bewältigen*. www.rki.de/DE/Content/Infekt/Preparedness_Response/Rahmenkonzept_Epidemische_bedeutsame_Lagen.pdf?__blob=publicationFile (Zugriff vom 20.05.2020).
- RKI (Robert Koch-Institut) 2020. *Ergänzung zum Nationalen Pandemieplan – COVID-19 – neuartige Coronaviruserkrankung*. [www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronaviru-s/Ergaenzung_Pandemieplan_Covid.pdf?__blob=publicationFile](http://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Ergaenzung_Pandemieplan_Covid.pdf?__blob=publicationFile) (Zugriff vom 20.05.2020).
- RKI (Robert Koch-Institut) o. J. *Preparedness and Response*. www.rki.de/DE/Content/Infekt/Preparedness_Response/Preparedness_Response_node.html (Zugriff vom 16.05.2020).
- Sanford, Sarah; Polzer, Jessica; McDonough, Peggy 2016. »Preparedness as a Technology of (In)Security. Pandemic Influenza Planning and the Global Biopolitics of Emerging Infectious Disease«, in *Social Theory & Health* 14, 1, S. 18-43.

- Suthar, Amitabh B.; Allen, Lisa G.; Cifuentes, Sara; Dye, Christopher; Nagata, Jason M. 2018. »Lessons Learnt from Implementation of the International Health Regulations: A Systematic Review«, in *Bulletin of the World Health Organization* 96, S. 110-121.
- TED Talks 2015. *The Next Outbreak? We're Not Ready.* Bill Gates. www.youtube.com/watch?v=6Af6b_wyiwl (Zugriff vom 20.05.2020).
- Thompson, Vanessa 2020. *When »I cant breathe« Becomes Pandemic. Why Black Feminism Matters Now.* www.youtube.com/watch?v=lkLpkLCYF74 (Zugriff vom 20.05.2020).
- Wæver, Ole 1995. »Securitization and Desecuritization«, in *On Security*, hrsg. v. Lipschutz, Ronnie D., S. 46-86. New York: Columbia University Press.
- Weir, Lorna 2015. »Inventing Global Health Security, 1994-2005«, in *Routledge Handbook of Global Health Security*, hrsg. v. Rushton, Simon; Youde, Jeremy R., S. 18-31. London, New York: Routledge.
- WHO (World Health Organization) 2018. *Joint External Evaluation Tool.* Second Edition. www.who.int/ihr/publications/WHO_HSE_GCR_2018_2/en/ (Zugriff vom 20.05.2020).
- WHO (World Health Organization)/Global Preparedness Monitoring Board 2019. *A World at Risk. Annual Report on Global Preparedness for Health Emergencies.* https://apps.who.int/gpmb/annual_report.html (Zugriff vom 20.05.2020).
- Wolf, Meike; Hall, Kevin 2018. »Cyborg Preparedness. Incorporating Knowing and Caring Bodies into Emergency Infrastructures«, in *Medical Anthropology* 37, 6, S. 486-498.
- Wolff, Leon 2020. »The Past Shall Not Begin: Frozen Seeds, Extended Presents and the Politics of Reversibility«, in *Security Dialogue*, S. 1-17. <https://doi.org/10.1177/0967010620912961>.
- ZOES (Grünbuch des Zukunftsforums Öffentliche Sicherheit) 2008. *Risiken und Herausforderungen für die öffentliche Sicherheit in Deutschland. Szenarien und Leitfragen.* Bonn: Behörden Spiegel-Gruppe Berlin/Bonn.

Zusammenfassung: Der politische Umgang mit COVID-19 ist durch ein Paradox gekennzeichnet: Zwar gilt *Preparedness* seit gut 20 Jahren als das zentrale Paradigma im Bereich der Gesundheitssicherheit, dennoch scheint uns die Pandemie »unvorbereitet« zu treffen. Der vorliegende Beitrag setzt an diesem Paradox an, um zu untersuchen, was sich im Licht der aktuellen Krise über die Funktionsweise der Sicherheitsrationalität des »Vorbereitet-Seins« aussagen lässt – über ihre Mechanismen, Versprechen und Bruchstellen. Wir zeigen, dass *Preparedness* auf dem Einsatz szenario-basierter Wissenstechniken beruht, anhand derer in der Vergangenheit Ereignisse imaginiert wurden, die dem COVID-19-Ausbruch durchaus ähneln. Zudem haben sich zuletzt evaluative Verfahren zur Durchsetzung von *Preparedness* etabliert. In beiden Fällen wurde insbesondere die Belastbarkeit der Gesundheitsinfrastrukturen als wesentliches Sicherheitsproblem angesehen. Dieser Infrastructuralismus einer Biopolitik vitaler Systeme kennzeichnet auch die Maßnahmen zur Bewältigung der COVID-19-Pandemie. Wir arbeiten die Grenzen der *Preparedness*-Politik an zwei zentralen Aspekten des Ausbruchsmanagements in Deutschland heraus: der Strategie der »Abflachung der Kurve« sowie dem Problem der mangelnden Bevorratung mit Schutzmasken. In beiden Fällen wird deutlich, dass die Sicherheitspraktik der *Preparedness* anfällig ist für eine Überformung durch andere Systemlogiken, dass die Vorbereitung während des SARS-CoV-2 Ausbruchs mittels Improvisation fortgesetzt werden muss und als technokratisches Projekt der Regierung über den Notfall andere Versorgungsstrategien nicht ersetzen kann.

Stichworte: *Preparedness*, Biopolitik, COVID-19, Pandemie, *Global Health Security*, antizipatorisches Wissen, Sicherheit, Infrastruktur

The Pandemic (Un)Prepared and the Limits of Preparedness. On the Biopolitics of COVID-19

Summary: The political response to COVID-19 exhibits a paradox: Although »preparedness« is the main governmental paradigm in the field of (global) health security, the pandemic has hit societies »unprepared« in many respects. This article investigates what this paradox reveals about the biopolitics of preparedness – its mechanisms, its promises and its ruptures. As we show, preparedness relies on imaginative knowledge-techniques that, over the last decades, produced pandemic scenarios surprisingly similar to the actual COVID-19-outbreak. Furthermore, evaluative knowledge techniques were established to control the implementation of preparedness measures. Both technologies have rendered the capacities of health infrastructures as an important security issue. This infrastructuralism of vital systems also characterizes the pandemic response to Corona. We analyze the limits of preparedness by looking at two key elements of the German pandemic response: the strategy of »flattening the curve« and the stockpiling of protective equipment, especially face masks. Both cases show that the security rationale of preparedness reverted to practices of situational improvisation during the outbreak, that it is easily overpowered by other societal logics, and that – as a technocratic project of governing through emergency – it is not able to compensate other forms of care and provision.

Keywords: preparedness, biopolitics, COVID-19, pandemic, global health security, anticipatory knowledge, security, infrastructure

Autor*innen

Carolin Mezes
Institut für Soziologie
Philipps-Universität Marburg
Ketzerbach 11
35037 Marburg
Deutschland
carolin.mezes@uni-marburg.de

Sven Opitz
Institut für Soziologie
Philipps-Universität Marburg
Ketzerbach 11
35037 Marburg
Deutschland
sven.opitz@staff.uni-marburg.de