



Katastrophenforschungsstelle



Gesundheitlicher Bevölkerungsschutz: Der Zivil- und Katastrophenschutz an der Schnittstelle zum Öffentlichen Gesund- heitsdienst in der Bewältigung der SARS- CoV-2-Pandemie

KFS Working Paper Nr. 23

Cordula Dittmer, Dr.
Daniel F. Lorenz

©2022 KFS

Für den Inhalt des Dokuments sind allein die Autor*innen verantwortlich. Jede kommerzielle Nutzung der Dokumente, auch von Teilen und Auszügen, ist ohne vorherige Zustimmung und Absprache mit den Autor*innen ausdrücklich verboten.

Zitierweise: Dittmer, Cordula; Lorenz, Daniel F. (2022): Gesundheitlicher Bevölkerungsschutz: Der Zivil- und Katastrophenschutz an der Schnittstelle zum Öffentlichen Gesundheitsdienst in der Bewältigung der SARS-CoV-2-Pandemie. Katastrophenforschungsstelle Berlin.

KFS Working Paper Nr. 23. Berlin: KFS. Online verfügbar unter: <http://www.polsoz.fu-berlin.de/ethnologie/forschung/arbeitsstellen/katastrophenforschung/publikationen/index.html>

DOI: <http://dx.doi.org/10.17169/refubium-33384>

Katastrophenforschungsstelle (KFS)
Freie Universität Berlin
FB Politik- und Sozialwissenschaften
Carl-Heinrich-Becker-Weg 6-10
12165 Berlin

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung.....	II
Abstract	II
1. Einleitung.....	1
2. Rechtliche, administrative und sozio-historische Grundlagen des gesundheitlichen Bevölkerungsschutzes in Pandemielagen vor SARS-CoV-2.....	3
3. Phasen der Pandemiebewältigung aus Sicht der Katastrophenforschung	8
3.1. Pandemie als <i>slow-onset disaster</i>	8
3.2. Weiterentwicklung des LIDPAR-Modells als Analysetool für die Bewältigung der Pandemie	13
4. Analyse der Pandemiebewältigung durch den Zivil- und Katastrophenschutz.....	17
5. Resilienz und Einsatzbereitschaft der Organisationen	23
6. Herausforderungen für den Öffentlichen Gesundheitsdienst in der Pandemiebewältigung...	25
7. Strukturelle, rechtliche und organisatorische Veränderungen des Feldes „Gesundheitlicher Bevölkerungsschutz“	27
8. Lessons Learned	30
Anhang	40
Anhang 1: Fallstudie: Die DRK-Quarantäneeinrichtung in Germersheim.....	40
Anhang 2: Überblick über geführte Interviews	50
Literaturverzeichnis.....	53
Impressum	66

Zusammenfassung

Der Zivil- und Katastrophenschutz spielt eine zentrale Rolle in der Umsetzung von Maßnahmen im Rahmen des gesundheitlichen Bevölkerungsschutzes, insbesondere in der Unterstützungsfunktion des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD). Im vorliegenden Working Paper werden die Ergebnisse des Forschungsvorhabens „BePal: Gesundheitlicher Bevölkerungsschutz durch den Zivil- und Katastrophenschutz in Pandemielagen am Beispiel SARS-CoV-2“ (Laufzeit: Juni 2020 bis Mai 2021, Fördermittelgeber: Bundesministerium für Bildung und Forschung) vorgestellt, in dem die Rolle, Kapazitäten und Potenziale der Organisationen des Zivil- und Katastrophenschutzes im Kontext des gesundheitlichen Bevölkerungsschutzes im Zuge der SARS-CoV-2-Pandemie für den Zeitraum von Februar 2020 bis Mai 2021 untersucht wurden. Die Ergebnisse stammen aus einer umfassenden Medienanalyse sowie 30 Expert*inneninterviews mit Akteuren aus den Organisationen des Bevölkerungsschutzes, unteren Katastrophenschutzbehörden und dem ÖGD. Ergänzend wurden zwei Workshops (Oktober 2020 und Mai 2021) sowie zu Beginn der Pandemie eine Fallstudie zur Quarantäneeinrichtung in Germersheim durchgeführt. Die Fallstudie Germersheim ist im Anhang ausführlich dargestellt.

Schlüsselwörter: Gesundheitlicher Bevölkerungsschutz, Zivil- und Katastrophenschutz, SARS-CoV-2-Pandemie, Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD)

Abstract

Public health related civil protection has played a significant role in the management of the SARS-CoV-2 pandemic, especially in its support for the public health service. This working paper presents the results of the research project “BePal: Gesundheitlicher Bevölkerungsschutz durch den Zivil- und Katastrophenschutz in Pandemielagen am Beispiel SARS-CoV-2” (duration: June 2020 to May 2021, funded by the German Federal Ministry of Education and Research), in which the role, capacities and potentials of civil protection and disaster management organizations in the context of health-related population protection in the case of the SARS-CoV-2 pandemic were investigated for the period February 2020 to May 2021. The results stem from a comprehensive media analysis as well as 30 expert interviews with stakeholders from civil protection organizations, disaster management authorities, and the public health service. In addition, two workshops (October 2020 and May 2021) were organized and a case study on the quarantine facility in Germersheim was conducted at the beginning of the pandemic. The Germersheim case study can be read in detail in the appendix.

Keywords: public health related civil protection, civil protection, disaster management, SARS-CoV-2-pandemic, public health service

1. Einleitung

Die gesteigerte Anfälligkeit von Gesellschaften für Epidemien und Pandemien mit Katastrophenpotential durch Globalisierung, Klimawandel, hohe Mobilität oder veränderte Mensch-Tier-Interaktionen ist seit langem bekannt (Baekkeskov 2015; Davis 2006; Morse 1996; McNeill 1998; Snowden 2020; Zukunftsforum Öffentliche Sicherheit 2020). Jüngere Ereignisse in diesem Kontext sind bspw. die SARS-Pandemie (2002-2003) (Kleinman und Watson 2006; World Health Organization 2006), die H5N1-Pandemie (2006-2007, „Vogelgrippe“) und die H1N1-Pandemie (2009-2010, „Schweinegrippe“), die andernorts zu hohen Todeszahlen führten, während Deutschland in den letzten 50 Jahren weitestgehend von Epidemien und Pandemien verschont blieb.¹

Die SARS-CoV-2-Pandemie hat in Deutschland bislang über 118.000 Todesopfer gefordert (Januar 2022, Statista 2022) und ging zeitweilig mit einer erhöhten Übersterblichkeit einher (Statistisches Bundesamt 2021). Erstmals wurde in Deutschland am 25. März 2020 nach dem Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen – Infektionsschutzgesetz (IfSG) §5 eine „epidemische Lage von nationaler Tragweite“ festgestellt, die fast anderthalb Jahre Bestand hatte. Wenn auch die sekundären gesundheitlichen Folgen, bspw. durch Long-Covid-Erkrankungen, oder die sozialen, psychischen oder ökonomischen Folgen durch die Lockdown-Maßnahmen noch schwer zu beziffern sind, lässt sich für den gesundheitlichen Bevölkerungsschutz nach mehr als anderthalb Jahren eine erste Bilanz ziehen, vor welchen Herausforderungen die Akteure des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) und des Zivil- und Katastrophenschutzes standen.

Epidemien/Pandemien waren immer ein zentrales Szenario für den Zivil- und Katastrophenschutz, auch wenn es bis Februar 2020 keine relevanten bzw. umfassenden Einsätze für die Organisationen des Zivil- und Katastrophenschutzes im Rahmen einer Pandemiebewältigung gab und die Pandemiebewältigung im Feld des deutlich über den Zivil- und Katastrophenschutz hinausgehenden gesundheitlichen Bevölkerungsschutzes zu verorten ist. *Gesundheitlicher Bevölkerungsschutz* bezeichnet im Folgenden „die Gesamtheit der Maßnahmen zum Gesundheitsschutz der Bevölkerung bei unmittelbaren und erheblichen Gefahrenlagen“ (Deutscher Städte und Gemeindebund 2021, S. 33). Die konkrete Umsetzung außerhalb des Zivilschutzfalls ist auf Länder- und nachgeordneten Verwaltungsebenen angeordnet. Auf Bundesebene sind lediglich planerische oder gesetzgeberische Funktionen vorgesehen (Geier 2021).

Das vorliegende Working Paper ist das Resultat des Quick-Response-Forschungsprojekts „Gesundheitlicher Bevölkerungsschutz durch den Zivil- und Katastrophenschutz in Pandemielagen am Beispiel SARS-CoV-2 (BePal)“, welches von Juni 2020 bis Mai 2021 durchgeführt und von der Gesundheitsforschung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert wurde.² Es basiert auf einer umfassenden Medienanalyse sowie 30 Expert*inneninterviews mit Akteuren aus den Organisationen des Zivil- und Katastrophenschutzes, unteren Katastrophenschutzbehörden und dem

¹ Die letzte Pandemie die – sieht man von den gesellschaftlich als „normal“ wahrgenommenen Infektionskrankheiten ab – sowohl die BRD als auch die DDR empfindlich traf, war die „Hongkong-Grippe“, eine Influenza-Pandemie, die von 1968-1970 über 50.000 Menschen das Leben kostete und zu einer massiven Überlastung der Krankenhausstrukturen und der Krematorien führte (Witte 2011; Görmann 2020; Rengeling 2017).

² Es handelte sich um die BMBF-Förderlinie „Aufruf zur Erforschung von COVID-19 im Zuge des Ausbruchs von SARS-CoV-2 (Rapid-Response Modul)“, Teil der ELSA-Forschung (Förderkennzeichen 01KI2097). Assoziierte Partner des Projekts waren die Deutsche Gesellschaft für Katastrophenmedizin e.V. (DGKM), der Arbeiter-Samariter-Bund (ASB) Bundesverband e.V., der ASB Regionalverband Bad Windsheim (e.V.), der Deutsche Rotes Kreuz (DRK) Landesverband Schleswig-Holstein e.V. sowie die Firma Dräger Safety AG & Co KgaA.

Öffentlichen Gesundheitsdienst (siehe die Tabelle im Anhang). Ergänzend wurden zwei Workshops (Oktober 2020 und Mai 2021) sowie zu Beginn der Pandemie eine Fallstudie zur Quarantäneeinrichtung des Deutschen Roten Kreuzes (DRK) in Germersheim durchgeführt.

Wir werden im Folgenden zunächst die rechtlichen, administrativen und sozio-historischen Grundlagen des gesundheitlichen Bevölkerungsschutzes in Pandemielagen darstellen. Im nächsten Abschnitt folgt eine Phaseneinteilung des Pandemieverlaufs, die aus der sozialwissenschaftlichen Katastrophenforschung hergeleitet wurde und in die wir die Analyse einbetten. Wir folgen hier der Annahme, dass sich Pandemien als *slow-onset disaster* den bisher etablierten Bewältigungsmechanismen im Krisen- und Katastrophenmanagement entziehen (Dietrich und Knowles 2020) und daher neue Strukturen, Konzepte und Ansätze nötig sind, um diese Szenarien zu bewältigen (Dittmer und Lorenz 2022 i. E.; Fakhruddin et al. 2020; Yamori und Goltz 2021). Dies führte in der konkreten Bewältigung im Feld des Zivil- und Katastrophenschutzes dazu, dass dieser sich zwar einerseits für die Bewältigung zuständig wähnte und vielfach auch entsprechende Einheiten zum Einsatz kamen, andererseits jedoch gerade an den Schnittstellen zu den Akteuren des Gesundheitswesens Unsicherheit darüber herrschte, ob die Lage tatsächlich den Kriterien des Katastrophenfalls entsprach. Die empirische Analyse der Einbindung des Zivil- und Katastrophenschutzes in die Bewältigung wurde daher vor dem Hintergrund der Frage durchgeführt, ob und wenn ja, in welcher Form die Lage rechtlich oder handlungspraktisch als klassische Katastrophenlage behandelt wurde. Dazu wurde das Modell LIDPAR (Dombrowsky 1981, 1983) erweitert und auf die vier Akteursgruppen 1) Organisationen des Zivil- und Katastrophenschutzes, 2) Katastrophenschutzbehörden, 3) Öffentlicher Gesundheitsdienst und 4) Bevölkerung im zeitlichen Ablauf angewendet. Daran schließt eine empirische Analyse der Pandemiebewältigung für den Zeitraum Februar 2020 bis März 2021 aus der Perspektive des Zivil- und Katastrophenschutzes an. Ein besonderer Schwerpunkt ist der Funktions- und Einsatzfähigkeit der Organisationen des Zivil- und Katastrophenschutzes gewidmet. Schließlich werden einige spezifische Herausforderungen für den ÖGD sowie sich gegenwärtig abzeichnende strukturelle, rechtliche und organisatorische Weiterentwicklungen des Feldes „Gesundheitlicher Bevölkerungsschutz“ skizziert. Am Ende des Working Papers werden Lessons Learned und Empfehlungen formuliert.

2. Rechtliche, administrative und sozio-historische Grundlagen des gesundheitlichen Bevölkerungsschutzes in Pandemielagen vor SARS-CoV-2

Seit den frühen Jahren der Bundesrepublik sind Pandemien – damals vielfach noch unter dem Seuchenbegriff thematisiert – als potenzielle Gefährdungen von nationaler Bedeutung eng mit dem deutschen Zivil- und Katastrophenschutz verknüpft. Allerdings kam es aufgrund von historischen Veränderungen zu Bedeutungsverschiebungen des Themenfeldes und einer Differenzierung von Zuständigkeiten: Wurde das Themenfeld „Pandemie“ bis zum Ende des Kalten Krieges resp. die Jahrtausendwende umfassend noch zusammen mit ABC/CBRN-Gefahren unter dem Dach des Zivilschutzes verhandelt, entkoppelte sich dieses mit der auch international stattfindenden Ausdifferenzierung des Public Health-Sektors von den biologischen Gefahren, die nun stärker im Zivil- und Katastrophenschutz bzw. aufgrund des zunehmenden Abbaus von Zivilschutzkapazitäten v. a. im Katastrophenschutz angesiedelt wurden.

So befasste sich die 1951 gegründete Schutzkommission schon in den ersten beiden Jahrzehnten schwerpunktmäßig mit dem „Schutz vor Seuchen und Infektionskrankheiten“ (Scharmann 2001, S. 4). Auch ein Fachausschuss der Schutzkommission widmete sich in den Folgejahren der Thematik. Die „Gefahren durch [...] Erreger übertragbarer Krankheiten und biologische Kampfmittel“ (Schutzkommission beim Bundesminister des Innern 1996, S. 3) wurden zum „Kernbereich [...] des Zivilschutzes“ gerechnet. Alle vier veröffentlichten Gefahrenberichte (Schutzkommission beim Bundesminister des Innern 1996, 2001, 2006; Schutzkommission beim Bundesministerium des Innern 2011) in den Jahren 1996 bis 2011 thematisieren entsprechende Gefahren explizit und verweisen dabei auch deutlich auf gestiegene Anfälligkeiten von Gesellschaften aufgrund einer gesteigerten globalen Mobilität, industriellen Nutztierhaltung, Anwendung von Gentechnik usw. Im vierten Gefahrenbericht (Schutzkommission beim Bundesministerium des Innern 2011, S. 64) wird zudem die besondere gesellschaftliche Relevanz von Infektionskrankheiten betont: „Von allen Gefahrenarten ist nach Einschätzung der Schutzkommission die Angst vor Krankheiten und B-Katastrophen in der Bevölkerung die am einfachsten auflösbare und folgenreichste. Diese Angst war inzwischen an die Stelle der jahrzehntelang dominanten Angst vor einem nuklearen Krieg getreten.“ Als Folge dieser Analyse widmete sich die Schutzkommission nach eigenem Bekunden verstärkt Themen des gesundheitlichen Bevölkerungsschutzes.

1. Biologische Gefahren im Zivil- und Katastrophenschutz

Wurde die Pandemie in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts noch breit gedacht und zusammen mit den biologischen Gefahren konzeptualisiert, trennten sich diese Felder tendenziell, wenn auch nicht komplett, Anfang der 2000 Jahre in biologische Gefahren (Zivil- und Katastrophenschutz) und Pandemien/Epidemien (Public Health). Die biologische Gefahr nimmt im definierten Gefahrenkatalog der CBRN-Gefahren für den gesundheitlichen Bevölkerungsschutz eine besondere Rolle ein, da sie umfassende, alle gesellschaftlichen Bereiche betreffende Auswirkungen haben kann, wie z. B. auf die wirtschaftliche Entwicklung, kritische Infrastrukturen oder die öffentliche Sicherheit und Ordnung (Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe und Robert Koch-Institut 2007a). Seit den Terroranschlägen auf das World Trade Center am 11. September 2001 sowie den Anschlägen mit Milzbrandsporen in den USA 2001 (Guillemin 2011) und entsprechenden Initiativen zur Schaffung globaler Reaktionsmöglichkeiten durch die WHO und/oder die EU (Baekkeskov 2015) wurde das Thema biologische Gefahren unter Federführung des damals neu gegründeten Bundesamtes für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) intensiv bearbeitet (Bundesamt für Bevölkerungsschutz und

Katastrophenhilfe und Robert Koch-Institut 2007a, 2007b): In Arbeitsgruppen, interdisziplinären Expert*innennetzwerken (Dickmann et al. 2011) und internen Forschungsprojekten wurden biologische Gefahren im gesundheitlichen Bevölkerungsschutz beleuchtet (auch Uhlenhaut 2011; Schedlich und Helmerichs 2009; Schirrmeyer und Graeger 2007), wobei der Fokus aufgrund der Nähe zum Großereignis der Fußball-Weltmeisterschaft 2006 v. a. auf dem Szenario „bioterroristischer Anschlag“ lag (Broemme 2011).³

Die länder- und ressortübergreifende Krisenmanagementübung LÜKEX 2007 beübte den Fall einer Influenza-Pandemie, v. a. mit dem Fokus auf Sicherstellung kritischer Infrastrukturen und Versorgungsprozesse sowie der Koordination knapper Ressourcen; 2013 wurde erneut eine außergewöhnliche biologische Bedrohungslage als Szenario in LÜKEX umgesetzt.⁴ In der mittlerweile viel zitierten Risikoanalyse des Bundes von 2012 wurde das Szenario „Pandemie durch Virus, „Modi-SARS““ abgebildet (Deutscher Bundestag 2013). Darin wurde u. a. untersucht, mit welchen Auswirkungen zu rechnen ist und welcher Bewältigungsfähigkeiten es bedarf. Im Rahmen der zivilen Sicherheitsforschung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung wurden Mittel für v. a. technische Lösungen im Bereich der Detektion im Kontext „Schutz vor biologischen Gefahrenlagen und Pandemien“ ausgeschrieben. Mit der Ebolafieber-Epidemie (2014-2016), die sich vornehmlich in Westafrika abspielte, wurde dieses Thema auch für die Auslandskatastrophenhilfe konkret relevant, insbesondere für das DRK und die Bundesanstalt Technisches Hilfswerk (THW). Anfang 2016 wurde die „Rahmenkonzeption CBRN-Schutz“ (Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe 2016) veröffentlicht, in der zusammenfassend Aspekte zum „CBRN-Schutz für den Zivilschutz und die Katastrophenhilfe des Bundes“ (Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe 2016, S. 11) ausgeführt wurden. Auch in der „Konzeption Zivile Verteidigung“ (KZV) (Bundesministerium des Innern 2016) wird der CBRN-Schutz als wichtiger Teilaspekt der Zivilverteidigung und der zivilen Notfallvorsorge des Bundes bestätigt. In den jeweiligen Organisationen wurden organisationsinterne Pandemiepläne zur Aufrechterhaltung der Einsatzfähigkeit erstellt.

Dennoch wurden die Ressourcen und Fähigkeiten für den Einsatz in einem Pandemieszenario auf Seiten des Zivil- und Katastrophenschutzes in den letzten Jahrzehnten kaum aus-, sondern eher abgebaut. Dies gilt für den Bevölkerungsschutz allgemein, der in den letzten 30 Jahren in Deutschland tiefgreifenden Veränderungen unterworfen war: In den 1990er Jahren wurden Kapazitäten für die Bewältigung großflächiger Lagen in umfangreichem Maße abgebaut, da der Zivilschutz, der diese Vorhaltungen vielfach legitimierte, mit Ende des Kalten Kriegs zunehmend an Relevanz verlor (Diebel 2017). Dies betraf mit Bezug auf Pandemien v. a. Fähigkeiten und Kapazitäten im Bereich der ABC- bzw. CBRN-Gefahrenabwehr sowie katastrophenmedizinische Fähigkeiten zur Versorgung einer Vielzahl von Erkrankten. Auch die zunehmende Ökonomisierung des Gesundheitssektors führte zu einem starken Rückbau der staatlichen Krankenhaus-, Betten- und Personalkapazitäten im Bereich der Regelstrukturen (Geier 2017). So spricht Clausen (2003, S. 54) mit Blick auf Pandemien in Deutschland von „eine[r] medizinische[n] und pharmazeutische[n] Lage, die durch mangelnde katastrophenmedizinische

³ Parallel zu diesem Prozess auf nationaler Ebene lässt sich auch eine Versicherheitlichung der Debatten um Pandemiebewältigung auf internationaler Ebene beobachten, die bspw. im WHO Jahresbericht 2007 „A Safer Future: Global Public Health Security in the 21st Century“ ihren Ausdruck findet (Collier und Lakoff 2008) und auf einen Prozess zurück geht, der Anfang der 1990er Jahre begann (Lakoff 2017). Während zunächst das Thema „emerging and reemerging diseases“ breite internationale Aufmerksamkeit erfuhr (Cueto et al. 2019), wurde dieses später auch um terroristische Anwendungsszenarien erweitert.

⁴ Daneben fanden vereinzelt auch lokale Katastrophenschutzübungen mit thematischen Bezügen, wie bspw. einem Massenansturm von Infektionskranken, statt (siehe bspw. Böhm et al. 2017).

Studien und Kenntnisse der Ärzte, Arzthelferberufe und Apotheker bedrohlich geworden ist, sowie durch die ab 1993 abgeschafften Hilfskrankenhäuser und Arzneimitteldepots“.

Eine u. a. von den Autor*innen selbst im Auftrag des Ministerium für Inneres, ländliche Räume und Integration des Landes Schleswig-Holstein durchgeführte Analyse zu den Kapazitäten des Katastrophenschutzes in Schleswig-Holstein (Bledau et al. 2014) ergab, dass zwar vereinzelt lokal begrenzte Risikoanalysen zu Pandemien durchgeführt wurden und die Pandemie von den Befragten als eine der wichtigsten Herausforderungen der Zukunft eingeschätzt wurde, aber in keiner der befragten Organisationen des Zivil- und Katastrophenschutzes ausreichend Material und Schutzausrüstung und/oder entsprechendes Wissen der Einsatzkräfte vorhanden war. Eine Studie, die die Kapazitäten zur Pandemiebewältigung des Landes Nordrhein-Westfalen analysierte, zeigte, dass die Einsatzeinheiten auf Pandemielagen technisch und personell wenig vorbereitet waren. Dies begann mit der standardmäßigen Ausstattung und Vorhaltung von Schutzausrüstung auf den Einsatzfahrzeugen und endete mit der nur unzureichend vorhandenen Ausbildung der Einsatzkräfte im Bereich Infektionskrankheiten/Hygiene (Berken 2020). „Eine explizite Aufstellung von taktischen Einheiten mit Fokus auf Infektionstransport, Krankenhausunterstützung oder Pflege“ existierte nicht flächendeckend, „sondern häufig nur in lokalen oder organisationsinternen Konzepten“ und „Vorgaben und Erfahrungswerte der Durchhaltefähigkeit von Einsatzeinheiten sind für Infektionslagen nicht vorhanden“ (Berken 2020). Entsprechend wurde der Einsatzwert von medizinischen Einheiten in Pandemien als gering eingeschätzt (Berken 2020).

2. Pandemien im Public Health-Bereich

Neben diesen Entwicklungen, die sich sowohl auf der konzeptionellen wie operativen Ebene des nationalen Zivil- und Katastrophenschutzes zeigten, wurden als Reaktion auf internationale Entwicklungen⁵, insbesondere im Kontext der weltweiten WHO-Influenzapandemieplanungen, vornehmlich vom Robert Koch-Institut (RKI) seit 2001 nationale Pandemiekonzepte und -pläne erarbeitet (Knufmann-Happe 2011), die dem Gesundheits- bzw. Public Health-Bereich zugeordnet werden können. In einer Studie (Fock et al. 2001), die Grundlagen für die Erstellung von Pandemieplänen in Deutschland erarbeitete, wird der Zivil- und Katastrophenschutz bei einer hohen Infektionszahl der Bevölkerung als zentraler Akteur gesehen, dessen Expertise umfassend zu berücksichtigen sei. Der Nationale Pandemieplan (NPP) (Robert Koch-Institut 2007, 2017) wurde für Deutschland 2005 erstmalig veröffentlicht. Im NPP wird, wenn auch wenig spezifiziert, auch auf den Zivil- und Katastrophenschutz als Ressource zur Bewältigung einer pandemischen Lage rekurriert, z. B. bezüglich der Nutzung etablierter Krisenmanagementkonzepte. Eine Pandemie wird in dieser ersten Version des NPP in Analogie zur Phaseneinteilung der WHO als „lang anhaltende, länderübergreifende Großschadenslage“ (Robert Koch-Institut 2007, S. 2) klassifiziert. Dieser Rechtsbegriff findet sich auch in vielen Katastrophenschutzgesetzen der Bundesländer als Vorstufe des Katastrophenfalls (z. B. in Berlin, Brandenburg oder im Saarland), wird jedoch in späteren Pandemieplänen nicht mehr verwendet. Angelehnt an die Vorgaben von Fock et al. (2001) wird auch in vielen Pandemieplänen der Bundesländer auf den Katastrophenschutz verwiesen und Kohärenz zwischen den Maßnahmen für den Pandemie- und Katastrophenfall angemahnt. Einige Landespanemiepläne gehen ohnehin davon aus, „dass im Pandemiefall auch das

⁵ Die Thematik von „emerging and reemerging diseases“ fand in den 1990er Jahren verstärkte Aufmerksamkeit und bedingte global einen veränderten Umgang mit Pandemien einschließlich einer veränderten Rolle der WHO und einer Revision der International Health Regulations, die 2005 abgeschlossen wurde (Cueto et al. 2019).

Katastrophenschutzgesetz des Landes Anwendung finden kann, sofern die Auswirkungen der Pandemie die Katastrophenschwelle überschreitet [sic!]" (Taupitz 2011, S. 112, Fn 53).

Das 2019 vom RKI erstellte Rahmenkonzept „Epidemisch bedeutsame Lagen“ (Robert Koch-Institut 2019, Vorwort) soll daran anschließend auf nationaler Ebene „eine Brücke zwischen den abstrakten Konzepten des allgemeinen Zivil- und Katastrophenschutzes und den zum Teil sehr spezifischen szenariorientierten Plänen des Infektionsschutzes wie dem Influenza-Pandemieplan oder dem Rahmenkonzept Ebolafieber“ bilden. „Es beleuchtet [...] die Schnittstellen des ÖGD mit anderen Einrichtungen, z. B. Polizei, Feuerwehr, Technisches Hilfswerk, Katastrophenschutz und weiteren Hilfsorganisationen“ (Robert Koch-Institut 2019, S. 1).

Die rechtlichen Rahmenbedingungen, Kompetenzen und Zuständigkeiten in der Pandemiebewältigung werden primär durch das IfSG definiert. Die Umsetzung der Maßnahmen, die laut IfSG zur Eindämmung von Pandemien notwendig sind, liegt primär in der Zuständigkeit von Gesundheitsbehörden auf kommunaler Ebene. Die Gesundheitsämter haben die Aufgabe der Erfassung und Verfolgung von Erkrankten mit meldepflichtigen Krankheiten, die Übermittlung der entsprechenden Daten an die Landesbehörden und das RKI sowie die Kontrolle von Impfungen. Sie sind laut IfSG außerdem auch präventiv tätig so z. B. in der infektionshygienischen Überwachung von Betrieben und Gemeinschaftseinrichtungen (Obladen 2001), durch die Erstellung von Alarm- und Einsatzplänen (siehe bspw. Brandenburgisches Gesundheitsdienstgesetz – BbgGDG) oder die Durchführung von Risikoanalysen und -bewertungen (z. B. das bayrische Gesundheitsdienst- und Verbraucherschutzgesetz – GDVG). Ein besonderer Fokus liegt auf der bevölkerungsmedizinischen Versorgung von Risikogruppen, deren Zugang zur regelmedizinischen Versorgung erschwert ist (Bundesärztekammer 2020).

Durch die föderale Aufgabenteilung im Gesundheitswesen ist die Pandemie von der Architektur her an der Schnittstelle von Infektionsschutzrecht des Bundes und Katastrophenschutzrecht der Länder angesiedelt (Kloepfer 2011). Über die jeweils landesspezifischen Gesundheitsdienstgesetze sind Aufgaben und Schnittstellen des ÖGD zum Katastrophenschutz angelegt, auch wenn diese meist so allgemein gehalten sind, dass sie (jeweils) noch zu definieren wären (Michels 2010).⁶ Bereits der erste Gefahrenbericht der Schutzkommission verwies auf die Notwendigkeit einer besseren Verzahnung des ÖGD und des Zivil- und Katastrophenschutzes: „Im Interesse des Zivil- und des Katastrophenschutzes sollte die Verbindung der kommunalen bzw. staatlichen Gesundheitsämter zu den jeweiligen Katastrophenschutzbehörden und die Mitwirkung der Leiter dieser Ämter bei den Schutzplanungen und -vorbereitung verbindlich geregelt werden“ (Schutzkommission beim Bundesminister des Innern 1996, S. 17; wortgleich auch noch in: Schutzkommission beim Bundesminister des Innern 2001). Die Rolle des ÖGD „changiert noch zu sehr zwischen Rückzug und klassischer Gefahrenabwehr, Mitmachen bei lokalen Gesundheitskampagnen und der ansatzweisen Übernahme von Koordinationsfunktionen“ (Kuhn und Wildner 2020, S. 19).

Es gibt zwar Überlegungen, wie der ÖGD stärker mit der katastrophenmedizinischen Versorgung in Deutschland verzahnt werden kann, dies jedoch bislang nur unter der Voraussetzung der Ausrufung des Katastrophenfalls und ohne Überlegungen, wie der Zivil- und Katastrophenschutz insgesamt, der

⁶ Mit dem Reaktorunfall von Tschernobyl 1986 gelangten die Gesundheitsämter das erste Mal in der Nachkriegszeit an ihre Belastungsgrenzen, zugleich wurde jedoch auch die Bedeutung des ÖGD im gesundheitlichen Bevölkerungsschutz deutlich und vermehrt Schulungen und gemeinsame Katastrophenschutzübungen initiiert. Die Anfang der 2000er Jahre neu fokussierte Bedrohung durch biologische Gefahren und terroristische Anschläge führte zu einer weiteren Einbindung und Professionalisierung des ÖGD, da es insbesondere an katastrophenmedizinischem Grundlagenwissen v. a. im Bereich der CBRNE-Gefahren mangelte (Michels 2010).

weitaus mehr als die Katastrophenmedizin umfasst, in einer Pandemie eingebunden werden kann (Pfenninger et al. 2004; Müller 2011). So finden sich bspw. in den „Empfehlungen zur Verbesserung des medizinischen Bevölkerungsschutzes“ (Weidringer und Weiss 2010), die auf das Schwerpunktthema „Medizinischer Bevölkerungsschutz“ des Arbeitskreises V „Feuerwehrangelegenheiten, Rettungswesen, Katastrophenschutz und zivile Verteidigung“ der Innenministerkonferenz (IMK) 2008/2009 zurückgehen, nur wenige Verweise auf Pandemien und Infektionskrankheiten. Das jüngst veröffentlichte Krisenmanagementlehrbuch für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (Teichert und Tinnemann 2020, S. 30) betont zwar, dass „[b]ei einer stabsmäßigen Arbeit im Gesundheitsamt bzw. anderer Behörden im ÖGD [...] die Strukturen berücksichtigt werden [sollten], die im Kreis, in der Stadt bzw. im Land für die Gefahrenabwehr und den Katastrophenschutz vorhanden sind“, bestimmt diese hier jedoch auch nicht näher.

3. Phasen der Pandemiebewältigung aus Sicht der Katastrophenforschung

3.1. Pandemie als *slow-onset disaster*

Eine Pandemie stellt nicht nur die Gesellschaft als Ganze vor eine große Herausforderung, sie fordert auch die operative Bewältigung durch das Krisen- und Katastrophenmanagement sowie die sozialwissenschaftliche Katastrophenforschung als wissenschaftliche Instanz zur Analyse beider her aus (Montano und Savitt 2020; Kelman 2020). Die Pandemie entzieht sich etablierten Konzepten und Prozessen des Katastrophenmanagements in Bezug auf Zeit, Raum, Phaseneinteilung und politischen Krisenmanagementstrukturen (Yamori und Goltz 2021). Anfang und Ende einer Pandemie lassen sich nicht klar bestimmen: Eine Pandemie baut sich langsam oder schnell auf, verbreitet sich unabhängig von nationalen Grenzen und hat ein unbestimmtes Ende. Jede „Welle“ ist anders und die zuvor etablierten Bewältigungsmechanismen können auf die folgenden Wellen längst nicht mehr passen und müssen revidiert und angepasst werden (Fakhrudin et al. 2020). Die klassischen Phasen der Katastrophenbewältigung „Vorsorge – Vorbereitung – Bewältigung – Nachbereitung“ (Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe o. J.) überlappen sich, ein klares Ende der einzelnen Phasen ist nicht definierbar (Dittmer und Lorenz 2022 i. E.).

Bis heute liegt der Fokus des Bevölkerungsschutzes jedoch auf höherfrequenten naturbezogenen (Starkniederschläge, Stürme, Hochwasser etc.) und technischen Risiken (Explosionen, Chemieunfall etc.), obwohl in der Forschung (Yamori und Goltz 2021; Dittmer und Lorenz 2022 i. E.; Hsu 2019; Staube-Delgado 2019) unter den Begriffen *slow disaster* oder *slow-onset disaster* zunehmend auch weniger greifbare, sich langsam aufbauende Bedrohungen der Sicherheit (wie Dürren, Epidemien usw.), die in unterschiedlichen (Welt-)Regionen unterschiedliche Verläufe nehmen können, betrachtet werden. Bereits Ende der 1990er Jahre schlug Neal (1997, S. 260) für die Beschreibung von Katastrophenphasen folgende Merkmale vor:

„1) disaster phases are mutually inclusive, 2) disaster phases are multidimensional, 3) disaster phases should reflect social rather than objective time, 4) disaster phases should include multiple perceptions of the event (e.g., disaster managers, emergency responders, victims), 5) disaster phases should consider how various cultures adjust to disasters and hazards, 6) disaster phases are explicitly tied to notions of social change, 7) disaster phases are tied to assumptions of determinism, and/or 8) the phases of disaster are not relevant“.

Das Krisenmanagement führt in einer solchen Lage wie der Pandemie zu „complex and potentially ‘no-win’ situations for political leaders“ (Yamori und Goltz 2021, S. 14). Die für die Bewältigung einer Pandemie notwendigen Maßnahmen betreffen zumeist die Bevölkerung in ihrer Breite, wenn auch weite Teile (noch) nicht betroffen sind und von daher im Optimalfall nicht über das Stadium der Vorsorge hinauskommen. Dennoch befinden sich alle Betroffenen über lange Zeiträume hinweg in einem Zustand zwischen Alltag und Ausnahmesituation mit wiederkehrenden *akuten* oder *katastrophischen* Phasen für alle Akteure (siehe unten).

Als *katastrophisch* definieren wir aus sozialwissenschaftlicher Sicht Situationen, in denen die vorhandenen sozialen, organisatorischen, ökonomischen oder psychischen Bewältigungsstrukturen durch ein Ereignis derart irritiert werden, dass sie in relativ kurzer Zeit in eine Überforderung geraten, zugleich aber auch Kreativität freisetzen und neue Freiheiten evozieren können: „Catastrophe comes from the Greek *kata*, or down, and *streiphen*, or turning over. It means an upset of what is expected and was

originally used to mean a plot twist“ (Solnit 2009, S. 10). In der Katastrophe sind Alltagsregeln und Begrenzungen aufgehoben und müssen sich durch die Intervention professioneller Akteure oder „kreativer“ Ansätze der Betroffenen neu bilden („nonroutine social problem“). Hier greifen auch die etablierten Krisen- und Katastrophenmanagementstrukturen, wie z. B. Einrichtung von Krisenstäben, Einsatz von Zivil- und Katastrophenschutzeinheiten, Einbindung des Ehrenamts und Spontanhelfer*innen oder die Feststellung des Katastrophenfalls. Dombrowsky (1981, S. 34) spricht in diesem Zusammenhang davon, dass sich für die Spezialist*innen der Katastrophenschutzeinheiten „das Katastrophische lediglich als graduell kompetenzbedrohender Verlust der ‚normalen‘ Arbeitsroutinen“ darstelle, in der „nur die eine, täglich benutzte Routine gegen eine andere seltener benutzte ausgetauscht wird“, während die Situation für die Bevölkerung als „existenzbedrohender Verlust der ‚normalen‘ Lebensroutinen“ wahrgenommen werde. Diese Beschreibung klammert jedoch wie auch z. T. die Forschung⁷ aus, dass die zentralen, für die Bewältigung zuständigen Akteure selbst massiv auch von einer Pandemie betroffen sein und damit ihre Sonderroutinen und damit auch Einsatzbereitschaft nicht mehr sicher gewährleistet werden können.

Die SARS-CoV-2-Pandemie lässt sich in dem hier betrachteten Zeitraum (Februar 2020 bis März 2021) u. E. in vier „Phasen“ einteilen, in denen sich katastrophische und krisenhafte Momente, also Phasen mit verschiedenen Eskalationsdynamiken, überlagern bzw. abwechseln.⁸ Die hier vorgestellten Phasen sind anhand der Infektionszahlen sowie der damit vor dem Hintergrund des situativen Wissensstandes einhergehenden politisch erlassenen Maßnahmen der Pandemiebekämpfung gebildet worden, die jeweils zeitversetzt auch Auswirkungen auf die Bewältigungsmaßnahmen der Organisationen des Zivil- und Katastrophenschutzes hatten.

Die „Frühphase“ als erste Phase lässt sich vom Auftreten des ersten Infektionsfalls in Deutschland über die Entstehung von ersten Hotspots wie in Heinsberg und Ischgl in Österreich („Coronas Ground Zero“, Felbermayr et al. 2020) bis zur Einrichtung von Quarantäneeinrichtungen für Rückkehrer*innen aus Wuhan/China eingrenzen (siehe dazu die Fallstudie im Anhang). Diese Phase entspräche im klassischen Katastrophenzyklus der Phase der *Vorbereitung*. Mit der rapiden Ausbreitung des Virus in der Fläche und dem daraufhin sehr schnell verhängten ersten Lockdown (22. März bis 4. Mai 2020) lässt sich eine erste katastrophische Phase – im Duktus des klassischen Katastrophenzyklus *Bewältigung* – feststellen, in der die Strukturen und Akteure des Zivil- und Katastrophenschutzes in den Voralarm gingen bzw. zum Einsatz kamen. Die Definitionen und Narrative in dieser Zeit ähnelten hier sehr den Narrativen anderer Katastrophen (Lorenz und Dittmer 2020). Mit dem Sinken der Infektionszahlen der ersten Welle ab Mai 2020 folgte im Sommer 2020 eine Phase der „krisenhaften Konsolidierung“, in der zwar vereinzelt Nachbereitung betrieben wurde (z. B. die Aufstockung von Schutzmaterial), ansonsten aber von politischer Seite kaum Vorbereitungen für eine mögliche nächste Welle getroffen wurden. Im Herbst 2020 folgte die nächste Phase (MANV-E-Phase) mit stark steigenden Infektions- und Todeszahlen, die in verschiedenen Teil-Lockdown-Maßnahmen gipfelten und in einzelnen Regionen zu einer Überlastung des Gesundheitssystems führte, insbesondere im Kontext der klinischen Versorgung bzw. des Rettungsdienstes. Gleichzeitig begann bundesweit die Impfkampagne der ersten Risikogruppen. Hatte man in der ersten katastrophischen Phase nur in Bayern den Katastrophenfall festgestellt (Bayrisches Staatsministerium des Innern, für Sport und Integration 2020), riefen in der MANV-E-Phase weitere Kreise oder kreisfreie Städte den Katastrophenfall aus, wie z. B. der Landkreis Sonneberg in

⁷ Siehe hierzu Abschnitt 5.

⁸ Diese Phasen können von individuellen Akteuren oder Gruppen subjektiv auch ganz anders erfahren oder gedeutet werden. Wo ein Akteur sich bereits im „Katastrophischen“ befindet, kann es für einen anderen Akteur noch normaler Alltag sein. Im Modell LIDPAR werden diese unterschiedlichen Wahrnehmungen aufgenommen und in der folgenden Analyse (Abschnitt 4) integriert.

Thüringen. Andere stellten Mitte Dezember 2020 nach entsprechender Vorlage des Landes Brandenburg (Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz 08.12.2020), ein Großschadensereignis MANV-E fest, wie z. B. in der Stadt Potsdam oder im Landkreis Havelland. Die Berliner Charité ging in den Notbetrieb und die während der ersten Welle eingerichteten Notfallreserven, wie z. B. Großraum-Intensiv-transportwagen (G-ITW) (Landesregierung Rheinland-Pfalz 2021; Universitätsklinikum Ulm 24.04.2020) zur Verlegung von Patient*innen in Heidelberg, wurden genutzt. Bereits Anfang Dezember 2020 hatte Bayern erneut den Katastrophenfall erklärt. Im März 2021 wurde der MANV-E in Potsdam aufgehoben, während der Katastrophenfall in Bayern noch bis zum 4. Juni 2021 bestand (Bayerisches Staatsministerium des Innern, für Sport und Integration 04.06.2021).

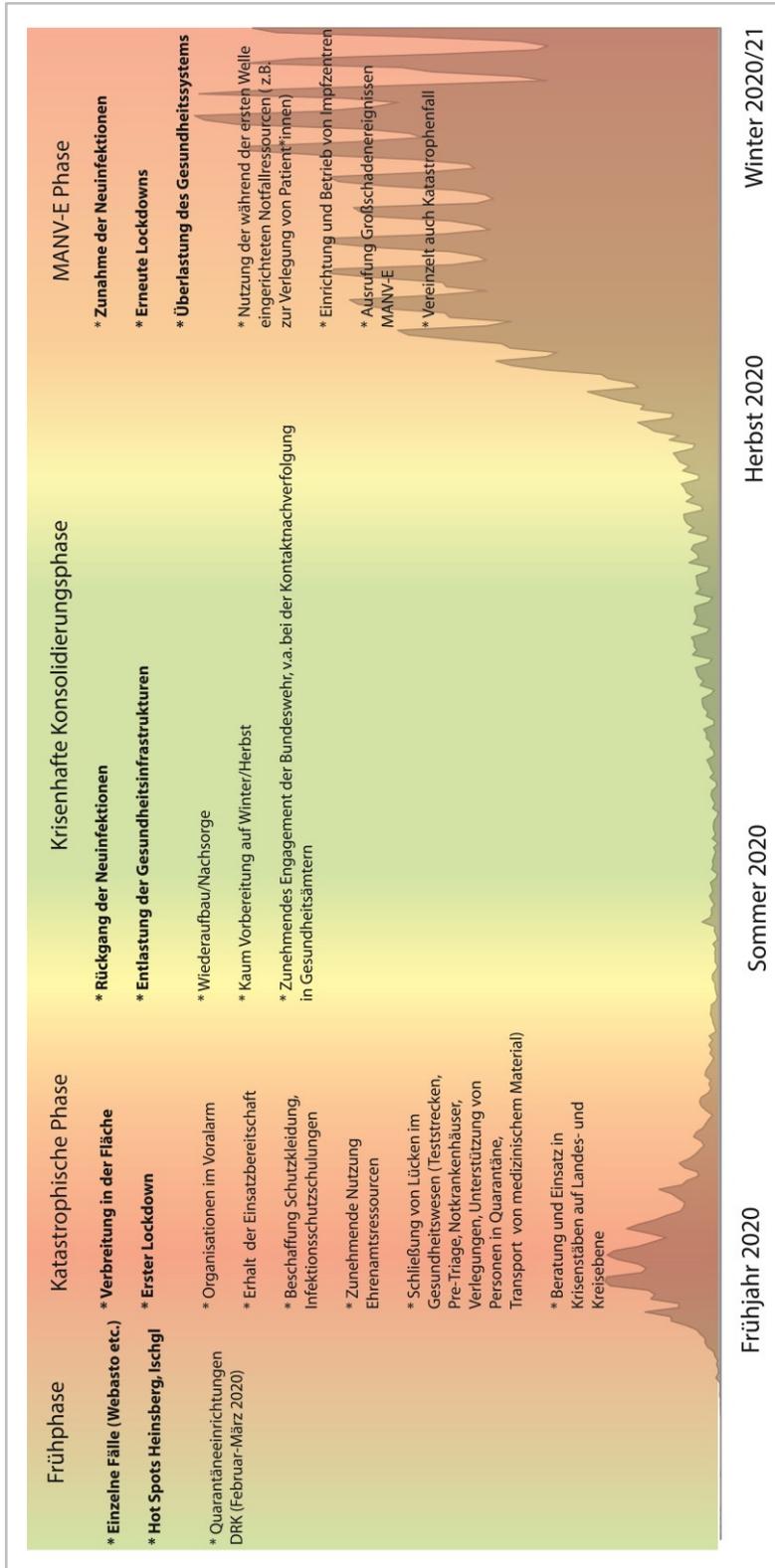


Abbildung 1: Phaseneinteilung anhand der SARS-CoV-2-Fälle in Deutschland sowie der Einsätze des Zivil- und Katastrophenschutzes im Zeitraum Winter 2019/20 bis Winter 2020/21, Quelle: eigene Darstellung

Die Analyse der rechtlichen, administrativen, theoretisch-konzeptionellen und sozio-historischen Grundlagen des gesundheitlichen Bevölkerungsschutzes zeigt recht deutlich die für die folgenden Ausführungen und die Bewältigung der Pandemie im betrachteten Zeitraum zugrundeliegenden Rahmenbedingungen:

1. **Eine Pandemie entzieht sich in ihren Charakteristika als slow-onset disaster den etablierten Kategorien der Katastrophenbewältigung:** Der Zivil- und Katastrophenschutz in Deutschland ist nach wie vor weitgehend reaktiv aufgestellt. Der Fokus liegt auf der Bewältigung klassischer rapid-onset Gefahrenlagen (Hochwasser, Starkregen, schwere Unfälle, Waldbrände, Stürme usw.) mit eher kurzer Vorwarnzeit, schnellem Eintritt und sicht- und messbarem Schadensausmaß. Hierfür sind Ausbildungen, Personal- und Materialressourcen oder Stabsstrukturen ausgelegt, entsprechend funktional und hierfür bietet auch das formal-juristische Verfahren der Feststellung des Katastrophenfalls die Grundlage. Für die Pandemie – hier gilt Ähnliches wie für andere atypische Lagen wie Flüchtlingslagen oder Hitzewellen – ist es äußerst komplex, zu bemessen, ab wann welche Kräfte mit welcher Situation überfordert sind und übergeordneter Hilfe bedürfen. Oder – um mit Dombrowsky (1981) zu sprechen – ab wann können die professionellen Katastrophenschutzakteure ihre jeweiligen „Sonderprogramme“, wie z. B. Einsatzpläne oder Ressourcen, aufrufen und welche sind auf die jeweiligen Rahmenbedingungen passend oder müssen entsprechend neu in situ verhandelt und etabliert werden?
2. **Die Pandemiebewältigung ist ein höchst diffuses Feld mit heterogenen Akteuren und Zuständigkeiten:** Zur Bewältigung einer Pandemie lagen eine Vielzahl an sehr unterschiedlich ausdefinierten Konzepten, Ansätzen und Analysen vor, die sich zumeist auf Influenzaviren bezogen. Sowohl im Zivil- und Katastrophenschutz als auch im ÖGD ist die Pandemie als Szenario breit bekannt gewesen, allerdings blieben die konkreten Aufgaben, zur Verfügung stehenden Ressourcen und Zuständigkeiten der unterschiedlichen Bereiche ebenso wie mögliche Schnittstellen unbestimmt bzw. unzureichend definiert. Dies hat nicht zuletzt damit zu tun, dass sich diese Felder trotz wechselseitiger Verweise und sehr ähnlicher Ausgangsannahmen vielfach eigenlogisch (weiter)entwickelt haben. So ist die Bewältigung zum einen deutlich fragmentiert und zum anderen kommt es zu Friktionen durch neue Akteurskonstellationen und Unsicherheiten.⁹
3. **(Fehlende) Resilienz der Organisationen des Zivil- und Katastrophenschutzes:** Die Gefahr der eigenen Betroffenheit bis hin zum Ausfall kann in Pandemien als besonders hoch angesehen werden und weitreichende Auswirkungen auf die Funktionsfähigkeit des Zivil- und Katastrophenschutzes haben: „Die zentrale Herausforderung einer Pandemie besteht [...] darin, dass die ansonsten bei Notfällen und Katastrophen wirksame Einsatzstrategie ‚Soziales statt Technik‘ entweder durch krankheitsbedingte Ausfälle gar nicht in Anschlag gebracht werden kann oder so modifiziert werden muss, dass sie in erster Linie den Bedingungen der Infektionsunterbrechung zu gehorchen hat“ (Dombrowsky 2011, S. 41). Entsprechend wurden die Bewältigungskapazitäten in einer Pandemielage im Vorfeld der SARS-CoV-2-Pandemie selbst z. T. als sehr gering bewertet, dies v. a. aufgrund der Ehrenamtlichkeit von den Organisationen (Bledau et al. 2014). Hinzu kommt, dass allein mit ehrenamtlichen Ressourcen, wie der Einsatz im Rahmen der Flüchtlingssituation 2015/16 gezeigt hat, eine langanhaltende Lage kaum bewältigt werden kann.

⁹ Siehe zu Fragmentation als funktionales Verfahren des Krisenmanagements (Dittmer und Lorenz 2021a; Dittmer und Lorenz 2020b) sowie zu Friktionen (Dittmer und Lorenz 2021b).

3.2. Weiterentwicklung des LIDPAR-Modells als Analysetool für die Bewältigung der Pandemie

Um das Agieren einzelner Akteure resp. Akteursgruppen in der Pandemiebewältigung analytisch fassen zu können, wird im Folgenden eine Weiterentwicklung des LIDPAR-Modells (Dombrowsky 1981, 1983) vorgestellt. Dombrowsky entwickelte für die Bewältigung einer Katastrophe aus Sicht des Katastrophenschutzes ein idealtypisches Ablauf- und Analyseschema. Dabei orientierte er sich am etablierten Alarmierungsplan und dachte diesen sozialwissenschaftlich als verschiedene Handlungssequenzen¹⁰, die von unterschiedlichen Akteuren in den unterschiedlichen Bewältigungsphasen umgesetzt werden (müssen). Diese sind jeweils figurativ – im Sinne der Prozesssoziologie Norbert Elias' (1993) – aufeinander bezogen, es kann aber durchaus sein, dass sich unterschiedliche Akteursgruppen – bei Dombrowsky sind dies Katastrophenschutz, Unternehmen und Bevölkerung – aufgrund ihrer unterschiedlichen Wissensstände, Erfahrungshintergründe und Ressourcen in unterschiedlichen Phasen befinden („Disparitätsschere“, Dombrowsky 1983, S. 100), was die Bewältigung der Lage deutlich erschweren kann.¹¹ Das LIDPAR-Modell ist vom Erkenntnisinteresse geleitet, „welche Handlungsabfolgen in der Praxis vorgenommen werden, damit aus einem Ereignis eine Katastrophe wird“ (Dombrowsky 1983, S. 97). Referenz bleibt der formal-juristische Katastrophenfall, um „den gesetzlich verankerten Vorstellungshorizont zu übernehmen und ‚Katastrophe‘ nach den Tatbestandsmerkmalen und Vorstellungsweisen zu operationalisieren, wie sie vom Gesetzgeber her auch praktisch festgestellt wird“ (Dombrowsky 1983, S. 97).

Das Modell beinhaltet die folgenden sechs Phasen:

1. **Latenzphase:** Diese Phase wird bestimmt von einer „ahnungsvollen Ungewissheit“ (Dombrowsky 1981, S. 32). Es gibt bereits Schadensmeldungen, diese sind aber noch derart unkonkret, dass sich daraus noch keine besonderen Verhaltensänderungen schlussfolgern lassen.
2. **Identifikationsphase:** Die Ungewissheit weicht. Es gibt ein konkreteres Lagebild, welches ggf. einen Voralarm und Sonderroutinen rechtfertigt.
3. **Definitionsphase:** Eine sichere Lagebeurteilung ist möglich. Wenn die öffentliche Ordnung derart bedroht ist, dass eine Vielzahl an Menschen von dem Ereignis betroffen wären, liegt die Grundlage für die Feststellung des Katastrophenfalls vor. In dieser Phase ist sowohl die staatliche Definitionsmacht als auch der „definitivische [...] Mitvollzug [...] durch die Bevölkerung“ (Dombrowsky 1981, S. 33) relevant. Das heißt, dass sowohl der Katastrophenfall formal durch die verantwortlichen Verwaltungsinstanzen festgestellt werden muss als auch, dass die Bevölkerung als Betroffene den „Ernst der Lage“ erkennt und bereit ist, Hilfe anzunehmen oder aktiv einzufordern. Sie muss dafür die Verantwortung für den eigenen Schutz z. T. auch an die dafür zuständigen Behörden und Organisationen abgeben – und damit implizit auch die Rolle als „Opfer“ für sich selbst anerkennen. Für die Ausrufung des Katastrophenfalls ist die „Legalitätsfrage“ zu beantworten: Erstens, ist die öffentliche Ordnung so bedroht und zweitens, sind

¹⁰ Aufgrund der Orientierung LIDPARs an Handlungssequenzen und -abläufen kann es dazu kommen, dass Phasen bzw. der sequenzielle Ablauf mehrerer Phasen auch mehrfach durchlaufen werden können. Dies haben sie im vorliegenden Fall der Pandemie auch getan.

¹¹ Das ursprüngliche Erkenntnisinteresse bei der Entwicklung des LIDPAR-Modells lag darin, zu untersuchen, „ob und welche Potentiale zu spontanen, unorganisierten Hilfeleistungen durch die Bevölkerung vorhanden seien, von welchen Determinanten sie abhingen und wie sie sich möglicherweise in den bestehenden Katastrophenschutz einbeziehen ließen“. Es ging Dombrowsky also um eine genauere Analyse (und Verbesserung) der Schnittstelle zwischen Bevölkerung und dem „organisierten Katastrophenschutz“ (Dombrowsky 1983: 97), weshalb die Akteursgruppen sehr homogen konstruiert sind.

so viele Menschen vom Schaden betroffen, fragen nach Hilfe und definieren sich als Opfer, dass der Staat diese Entscheidungsbefugnisse an sich reißen darf? Sobald einer der beiden Aspekte – Bedrohung der öffentlichen Ordnung oder die Anerkennung von Seiten der Bevölkerung – nicht erfüllt ist, kommt es zu Irritation in der Bewältigung, da die subjektiven Wahrnehmungen der Situation scheinbar divergieren.

4. **Personalisationsphase:** Sobald der Katastrophenfall festgestellt wurde, die Legalitätsfrage also positiv beantwortet ist, beginnt das „Matching“, also die konkrete Zuteilung von Personen, Mitteln und Kapazitäten von Seiten der Helfenden auf die bestehenden Hilfebedarfe, die aktiv von den Betroffenen, die sich als solche damit auch zu erkennen geben müssen, einzufordern sind.
5. **Aktionsphase:** Die konkreten Handlungen werden ausgeführt und Hilfe wird verteilt.
6. **Rückkoppelungsphase:** Die durchgeführten Handlungen werden kontinuierlich angepasst und ggf. neue Aktionen etabliert.

Für die weitere Analyse der Bewältigung einer Pandemie durch den Zivil- und Katastrophenschutz ergeben sich aus dem Modell und den vorherigen Ausführungen folgende Anpassungsbedarfe bzw. Fragen:

1. Welche Handlungsoptionen gibt es, wenn es in der Definitionsphase sehr unterschiedliche Antworten auf die Legalitätsfrage gibt bzw. diese zu unterschiedlichen Zeitpunkten und in unterschiedlichen institutionellen Settings gestellt wird?
2. Welche Folgen hat eine Erweiterung des Akteurspektrums für die erfolgreiche Bewältigung der Situation aus Sicht des Zivil- und Katastrophenschutzes, wenn „erfolgreich“ als das Durchlaufen aller sechs Phasen definiert ist?

Für unsere Untersuchung des gesundheitlichen Bevölkerungsschutzes scheint es daher angebracht, die relevanten Akteursgruppen neu zu definieren bzw. zu erweitern. Wir nehmen eine Binnendifferenzierung in die den Katastrophenfall feststellende Katastrophenschutzbehörden auf der einen und operativ tätig werdende Einsatzorganisationen auf der anderen Seite vor. Diese können gerade in der Definitionsphase zu einem unterschiedlichen Urteil darüber gelangen, ob Tatbestandsmerkmale der Katastrophe vorliegen (Dombrowsky 1989). Auch auf der Seite der Hilfeempfangenden bzw. Hilfeanfordernden muss für den vorliegenden Fall eine weitere Differenzierung vorgenommen werden, da nicht nur die Bevölkerung anerkennen muss, dass die Behörden legitimiert sind, den Katastrophenfall festzustellen, sondern im Fall der Pandemie eben auch der ÖGD, dessen Rolle historisch und institutionell für die Bewältigung zentral ist (siehe Ausführungen oben).

Wir integrieren in die Analyse somit vier relevante Akteursgruppen: a) (untere) Katastrophenschutzbehörden, die von Hauptverwaltungsbeamt*innen (HVB) geleitet werden, die in den meisten Kreisen und kreisfreien Städten zugleich als Bürgermeister*in/Landrat bzw. Landrätin auch politische Akteure sind, b) zum größten Teil ehrenamtlich organisierte Einsatzorganisationen, c) den ÖGD und d) die Bevölkerung.¹² Für eine gesellschaftlich akzeptierte und entsprechende Handlungsakte auslösende Katastrophenfeststellung wäre in unserem erweiterten Modell in der Definitionsphase auch der

¹² Für die Einteilung in diese vier genannten Akteursgruppen gilt, dass diese äußerst heterogen sind und die hier vorgenommene Vereinfachung dazu dient, die verschiedenen Verortungen bezüglich der Bewältigung einer Lage herauszuarbeiten. Sowohl zwischen den Akteursgruppen als auch innerhalb dieser ist die Sanktionsmacht sehr unterschiedlich verteilt. So sind bspw. die Behörden mit einer anderen Machtfülle ausgestattet als Organisationen oder die Bevölkerung oder es gibt innerhalb der Einsatzorganisationen sehr unterschiedliche Machtpositionen, die entsprechend unterschiedlich Einfluss innerhalb und außerhalb der Akteursgruppe geltend machen können.

„definitive Mitvollzug“ (Dombrowsky 1981, S. 33) aller vier Akteursgruppen erforderlich. Für Behörden bedeutet diese Phase „nicht nur [...] behördeninterne Fragen der Kompetenz-, Finanzmittel- und Ressourcenverteilung zu regeln, sondern vor allem [...], die Legalitätsfrage zu beantworten“. An dieser Stelle geht es nicht nur um formal-juristische Entscheidungen, sondern auch um politische Interessen. Für die Bevölkerung bedeutet dies, „die gesetzlich vorgegebene Rolle des Opfers“ (Dombrowsky 1981, S. 33) zu akzeptieren und zu erfüllen und aktiv Hilfe einzufordern. Der ÖGD müsste die Entscheidungen für den Katastrophenfall als legitim anerkennen und seine Ressourcen z. B. in der Krisenstabsarbeit zur Verfügung stellen. Für die Einsatzorganisationen stellt sich die Frage, ob sich die trainierten „katastrophenbezogenen Sonderprotokolle unter Legitimationszwang anwenden“ (Dombrowsky 1980, S. 376) lassen und so ihre Identität als besondere Organisationen für Krisen mit den entsprechenden Insignien (Blaulicht, Fahrzeuge, Gerät usw.) und Rollenbildern („Held*innen“) performativ erweisen und bestätigen lassen. Ein Mitvollzug aller Akteure ist jedoch keineswegs sicher: Einsatzorganisationen können sich als nicht einsatzfähig erweisen oder Einsätze ablehnen, die Bevölkerung kann sich der Selbstdefinition als Opfer verweigern und selbst Hilfe leisten (siehe bspw. Dombrowskys (1981) Analyse der Schneekatastrophe 1978/79) und der ÖGD kann im Rahmen des Infektionsschutzes eigene Krisenstrukturen aufbauen oder Hilfeleistungen über Amtshilfe oder andere Verfahren in Anspruch nehmen, ohne dass es dafür eines Katastrophenfalles bedarf.

Ergänzt werden muss auch, dass Anfang der 1980er Jahre, zur Zeit der Entstehung des LIDPAR-Modells, einzig die rechtliche Kategorie des Katastrophenfalls existierte, die die Einsatzeinheiten des Zivil- und Katastrophenschutzes auf Basis des Katastrophenrechts der Länder in den Einsatz bringen konnte. Verfahren unterhalb der Katastrophenschwelle wie die Großschadenslage oder der Massenansturm von Verletzten (MANV) resp. an Verletzten oder Erkrankten (MANV-E), die sich mittlerweile in einigen Katastrophenschutzgesetzen der Länder finden und z. T. sehr ähnliche Verfahren wie der Katastrophenfall vorsehen, existierten seiner Zeit noch nicht (Ellebrecht 2020). Die Großschadenslage wird zwar meist auch von der Katastrophenschutzbehörde festgestellt, ist aber primär eine vergleichsweise technisch-instrumentelle Kategorie, die in der Form des MANV hauptsächlich der medizinischen und organisatorischen Unterstützung des Rettungsdienstes oder der klinischen Versorgung bei größeren, komplexeren Einsatzlagen dient. Es handelt sich um einen besonderen „Notfall mit einer großen Anzahl von Verletzten oder Erkrankten sowie anderen Geschädigten oder Betroffenen“ (DIN 2021) und geht nicht wie der Katastrophenfall mit einer weitreichenden Zerstörung der örtlichen Infrastruktur einher (Reifferscheid 2015). Die Festlegung einer Situation als MANV lässt sich – wie auch die Katastrophe – nicht einfach anhand einer bestimmten Anzahl an Betroffenen bestimmen, sondern „resultiert vielmehr aus der Relation des Notfalls zu den vorhandenen Ressourcen“ (Reifferscheid 2015, S. 153). Während ein MANV auf der ersten Versorgungsstufe noch mit Ressourcen des (überörtlichen) Rettungsdienstes bewältigt werden kann, sind bei weiteren Versorgungsstufen Schnelleinsatzgruppen oder Sanitätseinheiten des Zivil- und Katastrophenschutzes auf Basis von Katastrophenschutzgesetzen sowie ggf. Task Forces des Bundes mit besonderen Fähigkeiten (ATF oder MTF) auf Basis von Bund-Länder-Vereinbarungen erforderlich (Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe 2010). Weder der MANV noch Großschadenslagen bedürfen des expliziten Mitvollzugs der Bevölkerung, je nach Lage bedarf es allein der (unteren) Katastrophenschutzbehörden, der Einsatzorganisationen sowie ggf. des ÖGD, um entsprechende Aktionen folgen zu lassen.

Daher gilt es, Dombrowskys allein auf den formalen Katastrophenfall bezogenes Modell auch für die Analyse des heterogenen gesundheitlichen Bevölkerungsschutzes in einer komplexen, durch etablierte Verfahren und Praktiken nicht eindeutig definierten Lage, um unterschiedliche Situationsdefinitionen zu erweitern. Neben dem a) formal-rechtlichen Katastrophenfall beziehen wir daher b) Großschadenslagen/MANV sowie c) eine reine Gesundheitslage (auf Basis des Infektionsschutzrechts ohne katastrophenrechtliche Ergänzungen) ein.

Spätestens in der Definitionsphase werden Festlegungen auf Situationsdefinitionen erforderlich, um ggf. gemeinsam mit anderen Akteuren in die Personalisierungsphase fortzuschreiten. Aufgrund der Erweiterung um neue Akteursgruppen und unterschiedliche mögliche Situationsdefinitionen kann es in der Definitionsphase auch dazu kommen, dass bestimmte Akteursgruppen sich figurativ um spezifische Definitionen gruppieren und in weitere Phasen fortschreiten – andere jedoch nicht, weil sie weiterhin anderen Definitionen anhängen oder aber für den weiteren Vollzug keine Rolle mehr spielen. So kommt bspw. der Bevölkerung in der Großschadenslage oder im MANV keine besondere Bedeutung zu; die übrigen Akteure können, ohne dass größere Konflikte oder Brüche zu erwarten sind, alleine voranschreiten. Ebenso spielt der Zivil- und Katastrophenschutz in der reinen Gesundheitslage allenfalls eine randständige Rolle in der Personalisierungsphase sowie den folgenden.¹³ Dass Akteure nicht mehr Teil einer Figuration sind, kann dabei von diesen sehr unterschiedlich erlebt werden: Die Reaktionen können von Akzeptanz oder gar Erleichterung über die Nichtzuständigkeit bis hin zu Unverständnis und Anomie reichen.

¹³ Auch wenn in einer reinen Gesundheitslage vielleicht Hilfsorganisationen, die auch im Zivil- und Katastrophenschutz tätig sind, privatrechtlich für Dienstleistungen beauftragt werden, so werden sie jedoch nicht als genuine Organisationen des Zivil- und Katastrophenschutzes tätig und können nicht auf bestimmte Ressourcen, Verfahren oder Sonderrechte zurückgreifen und auch nicht mit der gleichen gesellschaftlichen Anerkennung rechnen.

4. Analyse der Pandemiebewältigung durch den Zivil- und Katastrophenschutz

In diesem Abschnitt erfolgt eine Darstellung der Aktivitäten des Zivil- und Katastrophenschutzes in den unterschiedlichen Phasen der Pandemiebewältigung sowie deren Interpretation mittels des erweiterten LIDPAR-Modells. Aufgrund der bundesweiten Einsätze über einen sehr langen Zeitraum und mit z. T. sehr lokalen Dynamiken muss diese Darstellung exemplarisch und lückenhaft bleiben, da es nicht um eine vollständige Auflistung aller Einsätze geht, sondern vielmehr darum, dass analytisch unterschiedliche Phasen und Schwerpunkte idealtypisch abgegrenzt werden.

1. Frühphase

Januar bis Mitte März 2020

Nach Bekanntwerden der ersten SARS-CoV-2-Infektionsfälle in Wuhan/China bereiteten sich einige wenige Organisationen bereits Ende 2019/Anfang 2020 auf eine mögliche Pandemie auch in Europa vor, sei es durch eine erhöhte Wachsamkeit und Beobachtung bzw. Warnung durch das Frühwarnsystem der WHO (Berliner Feuerwehr 2020b) oder die Aktualisierung von Pandemieplänen. Das DRK betreute in dieser Zeit, in der das Virus noch kaum in Deutschland verbreitet war, Menschen in speziellen Quarantäneeinrichtungen in Gernersheim, Berlin/Köpenick und Kirchheim/Teck.¹⁴ Die Quarantäneeinrichtung in Gernersheim stellte ein Novum dar. Da noch wenig Wissen über Infektiosität und Verbreitungswege von SARS-CoV-2 vorhanden war, entschied man sich, die betreuenden Ehrenamtlichen 14 Tage mit „einzukasernieren“. Diese Einrichtung konnte in einer kleinen Fallstudie von März bis Mai 2020 genauer untersucht und mit einigen der beteiligten Helfenden gesprochen sowie eine kurze quantitative Befragung durchgeführt werden (siehe Anhang).

In der Breite wurde den Nachrichten aus China Anfang 2020 in allen vier Akteursgruppen auch aufgrund der fehlenden (bundes-)politischen Aufmerksamkeit wenig Bedeutung beigemessen (Latenzphase). Dies änderte sich Ende Februar mit der zunehmend dramatischen Entwicklung in Italien, dem Nachweis erster Infektionen in Deutschland (Identifikationsphase), der Einrichtung des Krisenstabs auf Bundesebene, insbesondere im Bundesministerium des Innern für Bau und Heimat (BMI) sowie im Bundesministerium für Gesundheit (BMG) sowie darauf schlagartig folgenden politischen Maßnahmen zur Eindämmung des Virus bis hin zum bundesweiten Lockdown ab dem 16. März 2020.

¹⁴ Am 31. Januar 2020 flog die Luftwaffe der Bundeswehr 124 deutsche und 22 chinesische Staatsbürger*innen, einen US- sowie einen rumänischen Staatsbürger aus der stark von SARS-CoV-2 betroffenen Stadt Wuhan in China im Rahmen der Rückholaktion des Auswärtigen Amtes nach Deutschland aus. Im Anschluss betreute das DRK als nationale Hilfsgesellschaft in drei Quarantäneeinrichtungen in Gernersheim, Berlin und Kirchheim/Teck im Auftrag der Bundesregierung Rückkehrer*innen aus China (Köhler 2020; DRK 2020a; Deutscher Bundestag 2020a). Hierfür wurden u. a. die mobile medizinische Versorgungseinheit (MMVe) aus der Bundesvorhaltung (Köhler 2020) sowie Infektionsschutz-Krankentransportwagen (I-KTW) ebenfalls aus der Bundesvorhaltung eingesetzt (DRK 03.02.2020). Weitere MMVe kamen u. a. im Heinsberg und Stuttgart während der Pandemie zum Einsatz (Knickmann 2020).

2. Katastrophische Phase

Erster Lockdown Mitte März bis Anfang Mai 2020

Die Organisationen des Zivil- und Katastrophenschutzes gingen in dieser Phase relativ schnell von der Latenzphase über die Identifikationsphase in die Definitionsphase über. Es wurde Voralarm gegeben bzw. in der Definitionsphase dann auch organisationsintern in einen Krisenmodus umgeschaltet (Feststellung des internen, nicht formal-rechtlichen(!) Katastrophenfalls in vielen verschiedenen Kreis- und Landesverbänden des DRK oder die Inkraftsetzung der organisationsinternen Pandemiepläne im THW (THW Limburg 12.03.2020)). Pandemie-, Planungs- und/oder Einsatzstäbe wurden eingerichtet, um die Einsatzbereitschaft der eigenen Strukturen und Einheiten zu gewährleisten.¹⁵ Dazu gehörte zumeist die Bedarfsermittlung, Beschaffung und Logistik von Schutzmaterial, um zunächst – gerade bei den Hilfsorganisationen – insbesondere die Einheiten des Regelrettungsdienstes sowie die eigenen Einrichtungen der Sozial- und Wohlfahrtsarbeit zu schützen und arbeitsfähig zu halten.

Die Katastrophenschutzbehörden drangen wie der ÖGD in die Definitionsphase vor, in der es zu erfolgreichen Aushandlungen über die Situationsdefinition kam. Allerdings wurde aufgrund der unklaren Zuständigkeiten zwischen Gesundheit (Infektionsschutzrecht) und Inneres (Katastrophenschutzrecht), bis auf einzelne Ausnahmen meist nicht die formalrechtliche Definition als Katastrophe vollzogen. Nur in Bayern entschloss man sich auf Landesebene den Katastrophenfall festzustellen, in den übrigen Bundesländern entschied man – abgesehen von einzelnen Kreisen oder kreisfreien Städten – gegen die Feststellung des Katastrophenfalls (Schwind 2020). Begründet wurde dies von Seiten der Behörden entweder gar nicht oder im Nachgang damit, dass es „keinen einsatztaktischen Mehrwert“ (Niedersächsisches Ministerium für Inneres und Sport 29.11.2021) gegeben hätte, man die Einheiten für „klassische Katastrophen“ vorhalten wolle oder dass „zu keinem Zeitpunkt [...] die Bedrohungslage durch das Corona-Virus eine solche Qualität erreicht hatte, dass Leben, Gesundheit oder die lebenswichtige Versorgung der Bevölkerung in einem solchen Maße gefährdet oder beeinträchtigt war, dass der Einsatz des Katastrophenschutzes mit seinen zentralen Strukturen zwingend erforderlich war“ (Schwind 2020). Man nutzte vielerorts lieber (und einfacher) andere Verfahren und im Rahmen der Amtshilfe die Bundeswehr. Vielerorts strukturierte sich die Lage eher so, dass sie als (reine) Gesundheitslage geführt wurde und damit auch Akteure des Gesundheitswesens verantwortlich waren. Es gab also entweder keine eigene Zuständigkeit der entsprechenden Katastrophenschutzbehörden oder sie fungierten im Kontext von Doppelspitzen zusammen mit Akteuren des Gesundheitswesens, auch ohne den Katastrophenfall und damit auch ohne die entsprechenden Rechte und Möglichkeiten. Die Möglichkeiten und die rechtlichen Grundlagen jenseits des Katastrophenrechtes, wie sie u. a. das IfSG bot, reichten für viele Akteure des ÖGD aus, um mit der Situation umzugehen, womit sie alle Phasen des LIDPAR-Modells durchliefen bzw., so wird vermutet (eigene Interviews), fehlte es an Wissen darüber, wie eine sinnvolle Einbindung und Nutzung der Strukturen und Ressourcen des Zivil- und Katastrophenschutzes hätte ausfallen können. Entsprechend hätte die Notwendigkeit des Nachvollzugs des Katastrophenfalls hier vermutlich zu einer weiteren Überforderung geführt.

Insbesondere in den Organisationen, in denen die Einheiten in den Voralarm versetzt wurden und die Ehrenamtlichen auf ihre Einsätze warteten (von der Latenzphase über die Definitionsphase bis zur Personalisierungsphase, in der die eigene „Zuständigkeit als Katastrophenschützer*in“ erwartet wurde), war die Frustration sehr groß, als sich zeigte, dass die jeweiligen Landkreise oder kreisfreien Städte gar

¹⁵ Die Ausführungen zur Stabsarbeit beziehen sich ausschließlich auf organisationsinterne Stäbe. Zusätzlich wurden auf verschiedenen ministeriellen Ebenen Krisenstäbe eingerichtet (siehe oben), an denen sich die Akteure auch mit Personal, oft Fachberater*innen, beteiligten.

nicht oder nicht im Rahmen des formalen Katastrophenfalls auf die Ressourcen des Katastrophenschutzes zurückgreifen wollten (eigene Interviews). Es gab unter den Ehrenamtlichen wenig Verständnis dafür, dass in einer bundesweiten pandemischen Lage der Katastrophenschutz nicht als solcher eingebunden wurde, obwohl das Szenario „Pandemie“ bereits lange Zeit als relevant erachtet und z. T. auch beübt und darin ausgebildet wurde (s. o.). Damit blieb ihnen die Möglichkeit verwehrt, sich in ihren Identitäten als Katastrophenschützer*innen zu zeigen und entsprechende gesellschaftliche Anerkennung zu erlangen.

Die Aktionsphase blieb also für die Organisationen des Zivil- und Katastrophenschutzes als solche in fast allen Fällen aufgrund der Katastrophenschutzbehörden aus, die den Katastrophenfall nicht feststellten. Es kann davon ausgegangen werden, dass ein Mitvollzug durch den ÖGD, ggf. auch durch die Bevölkerung, zumindest in der Wahrnehmung der Behörden nicht erfolgt wäre. Operativ waren daher andere Systeme, v. a. aus dem Gesundheitsbereich, in einer als reine Gesundheitslage definierten Situation zuständig. Eine konkrete Aufgabendefinition und damit Rolle für den Zivil- und Katastrophenschutz war aufgrund der strukturellen Verortung und der mangelnden Operationalisierung wenig gegeben oder möglich.

Entsprechend kam es lediglich durch Teileinheiten des Zivil- und Katastrophenschutzes zu sehr spezifischen Unterstützungsleistungen einzelner gesellschaftlicher Teilsysteme (Gesundheitssystem, Transport usw.) in – im Vergleich mit klassischen Aufgabenstellungen im Katastrophenfall – eher untypischen Funktionen und v. a. nicht im Rahmen eines formalen Katastrophenfalls, sondern auf Basis anderer Grundlagen (Amtshilfe, Beauftragung usw.). So wurde u. a. medizinische Unterstützung geleistet, z. B. durch Massentests (bspw. nach dem Ausbruch im Schlachtbetrieb Tönnies in Gütersloh, siehe Brockmann 2020; oder anderen Hotspots, siehe Matheisen et al. 2020), den Aufbau und Betrieb von SARS-CoV-2-Teststrecken oder speziellen Notkrankenhäusern (von Spiczak-Brzezinski 2020; Obermeier 2020; Brockmann 2020). Auch das THW war bspw. „beim Aufbau von Bedarfskrankenhäusern und Corona-Test-Stationen, bei Erweiterungen von Krankenhaus-Notaufnahmen und bei Umbaumaßnahmen in Krankenhäusern, Alten- und Pflegeheimen“ (Deutscher Bundestag 2020a, S. 15) eingebunden. Bei lokalen Ausbrüchen in Pflegeheimen übernahmen Katastrophenschutzkräfte, z. T. auch CBRNE-Einheiten, die Betreuung der Bewohner*innen (Süddeutsche Zeitung 2020; Butt 2020). Hilfsorganisationen und das THW unterstützten Personen in häuslicher Quarantäne (THW 2020e; Matheisen et al. 2020), boten vielfältige eigene Dienstleistungen an, wie z. B. „Lebensmittelhelfer*innen“, also Ehrenamtliche, die für Risikogruppen Einkäufe erledigen (Denzel 2020), oder waren als Vermittler von Angeboten aus der Zivilgesellschaft und unterstützungsbedürftigen Personen aktiv (ASB 22.03.2020). Fachberater*innen des THW arbeiteten „bundesweit in Krisenstäbe[n] auf Landes- und Kreisebene und leistet[en] Führungsunterstützung in Leitungs- und Koordinierungsstäben“ (Deutscher Bundestag 2020a, S. 15; auch von Spiczak-Brzezinski 2020), wo sie u. a. regelmäßig Einsatzübersichten und -statistiken für die Lagebeurteilung des Bayrischen Katastrophenschutzes erstellten (THW 2020f).

Darüber hinaus waren einzelne Kräfte des Zivil- und Katastrophenschutzes für den Transport von medizinischen Proben oder (Schutz-)Material (THW 2020a, 2020d, 2020f; Brockmann 2020) sowie Desinfektionsmittel (THW 2020b) eingesetzt, u. a. auch im Rahmen des rescEU-Programms, der gemeinsamen europäischen Kapazitätsreserve für den Katastrophenfall (DRK 04.05.2020). Durch das THW wurden bspw. bis Ende Mai 2020 in Deutschland mehr als 13.350 Paletten mit Schutzausstattung und mehr als 1,7 Millionen Liter Handdesinfektionsmittel verteilt (THW 2020c). Zudem leistete das THW technisch-logistische Unterstützung bei Grenzkontrollen und der Installation von Waschstationen, u. a. in Schulen (THW 2020d).

Im Kontext der Führungsstrukturen kam auch das Interoperable Krisenmanagement der Hilfsorganisationen (IKM) als neues Krisenmanagementverfahren, das ebenfalls nicht auf den Katastrophenfall angewiesen ist, erstmals zum Einsatz (Deutscher Bundestag 2020a). Der Einsatz erfolgte auf Ebene des Bundes und in ähnlicher Form, wenn auch nicht als IKM bezeichnet, auf Ebene einzelner Bundesländer (siehe bspw. gemeinsamer Einsatzstab NRW (Brockmann 2020) und Schleswig-Holstein).

Die vierte wichtige Akteursgruppe in LIDPAR, die Bevölkerung, akzeptierte in dieser Phase, die für die meisten v. a. durch den ersten bundesweiten Lockdown bestimmt war, dass sie sich in einer bedrohlichen Situation befand, in der sie eines besonderen Schutzes durch den Staat bedurfte. Sie akzeptierte weitestgehend die Definition als Gesundheitslage und den entsprechend verordneten Lockdown. Katastrophische Züge, unabhängig von einer formal-juristischen Katastrophenfallfeststellung, erhielt diese Phase durch den plötzlichen Abbruch sämtlicher Alltags- und Sinnstrukturen („nonroutine social problem“, Kreps und Drabek 1996), während sich zugleich jedoch auch Potenzial für utopische und kreative Momente (Lorenz und Dittmer 2020, 2022) bot. Vereinzelt wurde öffentlich mit Blick auf entsprechende Risikoanalysen und LÜKEX-Übungen nach der Rolle des Katastrophenschutzes, der Rolle des BBK und insbesondere des (politischen) Krisenmanagements gefragt (siehe bspw. die Debatten um die Rolle des BBK: Bubrowski und Jaeger 2020; Hickmann und Rosenbach 2020). Fraglich bleibt allerdings an dieser Stelle, ob die Bevölkerung einen flächendeckenden Katastrophenfall akzeptiert hätte, da bis dato offensichtlich ein größerer „Schaden“ nicht vorgekommen war und von daher auch keine offensichtlichen Hilfebedarfe in der Breite vorlagen. An COVID-19-Erkrankte konnten zu diesem Zeitpunkt im Krankenhaus versorgt werden und auch eine Quarantäne war für die meisten gut möglich bzw. konnte durch bestehende Nachbarschaftsnetzwerke aufgefangen werden.¹⁶

Durch den politisch verordneten bundesweiten Lockdown, der durch die Bilder aus Bergamo in Italien besonders hohe Akzeptanz erhielt und Wirkung zeigte, blieb das hochkomplexe Gesundheitssystem in Deutschland von einer Überlastung verschont. Ein „Bergamo“ mit Feldlazarett (Tyllianakis 2020) und Särge transportierenden Militärkonvois blieb aus. Bevölkerung, Organisationen des Zivil- und Katastrophenschutzes, der ÖGD und Behörden durchliefen in dieser Phase verschiedene LIDPAR-Stadien. Mit der breiten Anerkennung der Situation als reine Gesundheitslage kann davon ausgegangen werden, dass in den meisten Fällen die Akteursgruppen ÖGD, Katastrophenschutzbehörden und Bevölkerung alle sechs Phasen durchliefen, wohingegen für viele Organisationen des Zivil- und Katastrophenschutzes aufgrund des Festhaltens an katastrophenrechtlichen Auslösereizen resp. einer fehlenden formalisierten Rolle in der reinen Gesundheitslage vielfach in der Definitionsphase verharrten.

3. Krisenhafte Konsolidierungsphase

Mai bis September 2020

Durch den rapiden Rückgang der Infektionszahlen über den Sommer 2020 beendeten fast alle Organisationen ihren Voralarm oder internen Krisenmodus. Auch die Stabsarbeit wurde deutlich heruntergefahren. In einigen Bereichen begann eine Rückkopplungsphase, also eine partielle Evaluation der Einsätze in der katastrophischen Phase einschließlich der Analysen des Nichteinsatzes (s. o.), vielfach mit dem Ziel, bei künftigen Verschärfungen der Lage ein größeres Gewicht zu bekommen. Zum Teil wurden auch die gesetzlichen Grundlagen im Katastrophenschutz mit Blick auf die Lage angepasst. In

¹⁶ Dies gilt natürlich nicht für alle Betroffenen. Ebenso, wie für die Einen, die diese Phase als utopisch empfanden, gestaltete sich diese für die Anderen als Dystopie. Die Folgen der Lockdowns z. B. der Schul- und KiTa-Schließungen, der Anstieg an häuslicher Gewalt oder der Verlust des Arbeitsplatzes sind Gegenstand vielfältiger anderer Forschungen.

Niedersachsen wurde bspw. das Katastrophenschutzgesetz (NKatSG) um ein „außergewöhnliche[s] Ereignis“ als Vorstufe zum Katastrophenfall“ (Schwind 2020) ergänzt und die Rechtsstellung ehrenamtlicher Kräfte auch auf dieses Ereignis ausgedehnt. Anders als bspw. Großschadenslagen in anderen Katastrophenschutzgesetzen ist das „außergewöhnliche Ereignis“ vom Vorliegen einer epidemischen Lage nach Bundes- oder Landesrecht abhängig. Einige Organisationen nutzten diese Phase auch, um einen „szenarienbasierten Maßnahmenkatalog“ (Buß und Mohrhardt 2021, S. 11) zu erarbeiten. Lücken im Gesundheitswesen, insbesondere in den Gesundheitsämtern, wurden primär durch die Bundeswehr über Amtshilfe geschlossen.

4. Phase des Massenanfalls von Erkrankten (MANV-E)

Oktober 2020 bis März 2021

Im Herbst 2020 kam es sukzessive zu einem erneuten Anstieg der Infektionsfälle und darauffolgenden Hospitalisierungen, denen politisch zunächst mit einem „Lockdown light“ (November/Dezember 2020) begegnet wurde, gefolgt von einem weiteren, umfassenderen Lockdown von Dezember bis teilweise in den März 2021 hinein. In vielen Regionen waren Anfang Dezember die Intensivkapazitäten in Krankenhäusern ausgelastet, so dass Patient*innen in andere Krankenhäuser verlegt werden mussten. Die Charité in Berlin ging Mitte Dezember wieder in den Notbetrieb über. Lokal kam es zu Massenanfällen an Infektionskranken, v. a. in Alten- und Pflegeheimen (Schreiber et al. 2021). In einigen Landkreisen des Landes Brandenburg (so z. B. im Oder-Spree-Kreis und im Landkreis Havelland) sowie in der Stadt Potsdam wurde nach Hinweisen des Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg (Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz 08.12.2020) das Großschadensereignis in Form eines MANV-E (Massenanfall von Erkrankten) festgestellt, wodurch auch formal auf Einheiten des Zivil- und Katastrophenschutzes zurückgegriffen werden konnte. Das Land Bayern stellte erneut den Katastrophenfall fest, ebenso der Landkreis Sonneberg in Thüringen. In Niedersachsen griff man auf die in der Pandemie neu etablierten rechtlichen Möglichkeiten zurück, indem ein „außergewöhnliche[s] Ereignis von landesweiter Tragweite festgestellt und damit die erforderliche Unterstützungsleistung [...] sichergestellt“ (Niedersächsisches Ministerium für Inneres und Sport 29.11.2021) wurde.

Während dieser zweiten Welle konnten die Erfahrungen aus der ersten Welle insbesondere im Bereich des Rettungsdienstes genutzt werden. So konnte man auf die während der ersten Welle eingerichteten Notfallreserven zurückgreifen, wie z. B. die entwickelten Infektionskrankentransportbusse von Daimler zur Verlegung von Patient*innen in Heidelberg.

Mit der Zulassung und Verfügbarkeit von Impfstoffen im Winter 2020/2021 kamen vereinzelt neue Aufgabenfelder auf den Zivil- und Katastrophenschutz zu. In Bayern waren vor dem Hintergrund des erneuten Katastrophenfalls die Führungsgruppe Katastrophenschutz sowie örtliche Einsatzleitungen für den Aufbau von Impfzentren durch die Bereitstellung von Infrastruktur, Vergabeverfahren, Akquirierung von Personal und organisatorische Aspekte verantwortlich (Nagel und Rebeck 2021). Parallel unterstützten Einsatzeinheiten des Zivil- und Katastrophenschutzes Impfaktionen in Pflegeheimen oder den Aufbau von Impfzentren.

Mit dem Anlaufen der zweiten Welle begann ein erneutes Durchlaufen der ersten drei Phasen des LIDPAR-Modells (Latenzphase-Identifikationsphase-Definitionsphase), wobei sich diese im Gegensatz zur ersten Welle deutlich stärker auf die Gesundheitsversorgung in Form des Krankenhausbetriebs bzw. des Rettungsdienstes fokussierte. Dies war auch dadurch bedingt, dass das Wissen über das Virus, Infektionsrisiken und Krankheitsverläufe bereits deutlich detaillierter und sicherer war und somit auch

differenziertere Maßnahmen getroffen werden konnten. In einzelnen Regionen, in denen es zu einer deutlichen Überlastung der Intensivstationen kam, konnten über die Feststellung des MANV-E auch die Personalisierungs- und Aktionsphasen vollzogen werden. Dies galt hier jedoch nur für den eng umgrenzten Bereich des Rettungsdienstes und betraf damit nur den kleinen Bereich des Sanitätsdienstes (Verlegefahrten und Unterstützung des Rettungsdienstes) im Katastrophenschutz (Deutsches Ärzteblatt 2020b). Andere Einheiten kamen – abgesehen von vereinzelt Aufgaben im Kontext von Impfzentren oder Testungen (s. o.) – erneut nicht in den Einsatz. Da der MANV ein etabliertes und beübtes Verfahren an der Schnittstelle von Organisationen des Zivil- und Katastrophenschutzes, Katastrophenschutzbehörden und ÖGD sowie Rettungsdiensten darstellte, war dieses Vorgehen weitgehend konfliktfrei und wurde von den genannten Akteursgruppen als Situationsdefinition geteilt, wodurch das Durchlaufen einer gemeinsamen Aktionsphase ermöglicht wurde. Die Bevölkerung ist darin kaum bis gar nicht involviert: Ihr kommt in der Figuration keine spezifische Rolle jenseits einzelner Erkrankter zu. Entsprechend bedarf es ihrer auch nicht in der Aktions- oder Rückkopplungsphase. Da sowohl MANV-E als auch der Katastrophenfall bis zum Ende des untersuchten Zeitraums galten, können hier keine Aussagen über eine mögliche Rückkopplungsphase getroffen werden, allerdings deuten viele organisationsinterne und organisationsübergreifende Lessons Learned-Prozesse darauf hin, dass hier durchaus entsprechende Rückkopplungen erfolgt sind.

5. Resilienz und Einsatzbereitschaft der Organisationen

Die Pandemie wirft – anders als andere Krisen und Katastrophen der Vergangenheit – grundlegende Fragen der Resilienz und Einsatzbereitschaft der Organisationen des Zivil- und Katastrophenschutzes auf.

Eine große Herausforderung für die Einsatzbereitschaft stellten die Infektionen in den eigenen Reihen bzw. Quarantäneanordnungen dar, so dass vielerorts die Arbeitsorganisation komplett umgestellt werden musste (Einführung von Schichtplänen, Gruppenbildungen, Einrichtung von Homeoffice, Nutzung von Personalreserven aus der Verwaltung für Stabsarbeit usw.). Zwar gab es z. B. phasenweise weniger Einsätze im Regelrettungsdienst, da die Menschen durch Lockdownmaßnahmen kaum unterwegs waren oder es in der Bevölkerung eine große Angst vor Ansteckung durch den Rettungsdienst gab, so dass dieser seltener gerufen wurde (eigene Interviews), zugleich waren diese Einsätze aber oft deutlich arbeits- und zeitintensiver, da Hygiene- und Infektionsschutzmaßnahmen erhöht werden mussten. Kurzfristig wurden Schulungsvideos zur Schulung der eigenen Mitarbeiter*innen im Infektionsschutz erstellt und zur Verfügung gestellt, z. B. beim ASB (2020a, 2020b, 2020c). So zeigten sich bspw. auch besondere Herausforderungen im Bereich der psychosozialen Notfallversorgung (PSNV), wenn hier nur noch mit entsprechender persönlicher Schutzausrüstung (PSA) agiert werden konnte (Tutt 2020). Für Mitarbeiter*innen, die unter hohen psychischen Anforderungen arbeiteten – insbesondere im Rettungsdienst sowie den Pflegeeinrichtungen – wurden Hotlines eingerichtet, allerdings z. T. auch nur, um angemessene Verhaltensweise für bestimmte Situationen zu vermitteln. Später kam die organisationsinterne Organisation von Schnelltests und Impfungen hinzu.

Aufgrund von Infektionsschutzordnungen musste der Übungs- und Ausbildungsbetrieb komplett eingestellt werden (Berliner Feuerwehr 2020a; Hessenschau 2020) bzw. mussten erst virtuelle Formate etabliert werden, die nur einen Teil der Ausbildungsinhalte abbilden konnten. Durch die Absage jeglicher Veranstaltungen und damit auch entsprechender Sanitätsdienste, aber auch Schwimmkurse oder Erste-Hilfe-Kurse, erlitten die Hilfsorganisationen teilweise massive finanzielle Einbußen, die sich auch auf den Zivil- und Katastrophenschutz auswirkten (ASB et al. 05.05.2020).

Zugleich standen durch den ersten Lockdown und Kurzarbeit v. a. in der katastrophischen Phase deutlich mehr Ehrenamtliche für Einsätze zur Verfügung, die in unterschiedlichen Kontexten eingesetzt werden konnten (siehe oben), auch wenn man sich unter diesen freigesetzten Ehrenamtlichen deutlich mehr Einsätze und Einsatzfelder „erhofft“ hatte. Es zeigte sich verschiedentlich, dass die Menschen – wie bereits aus anderen Katastrophen bekannt (Lorenz et al. 2018) – weitaus umfassender auf bereits bestehende soziale Netzwerke/Nachbarschaftshilfe etc. zurückgriffen als zunächst erwartet, so dass z. B. das Angebot von Einkaufsservices für ältere Menschen nicht so nachgefragt wurde wie erwartet und teilweise erhofft (eigene Interviews).

Viele Führungskräfte befürchten, dass es in den kommenden Monaten zu einem durchaus dramatischen Rückgang von Ehrenamtlichen kommen könnte, da man diese während der Pandemie weder über Einsätze noch ausreichend über virtuelle Formate und Anreize binden und fordern konnte (Mutschler 2021a; Mutschler 2021b) und andere private Bedürfnisse und Aktivitäten in den Vordergrund rückten: „Und da stellte man dann fest, dass man nicht seine ganze Freizeit dem DRK widmen möchte“ (eigene Interviews).

In gewisser Konkurrenz zu potenziellen Einsätzen des Ehrenamts stand der Einsatz der Bundeswehr, der in dieser Pandemie in bislang noch nicht dagewesenem Ausmaß im Rahmen der Amtshilfe

durchgeführt wurde, so dass von verschiedenen Seiten vermehrt auch die Frage nach den verfassungsgemäßen Grenzen des Einsatzes der Bundeswehr gestellt wurde (Redaktionsnetzwerk Deutschland 2020).¹⁷ Die Mehrzahl der Soldat*innen war in der Kontaktverfolgung bei den Gesundheitsämtern eingesetzt. Des Weiteren wurden auf Soldat*innen auch in der Logistik, in der Impfkampagne, bei Schnelltestungen und in Alten- und Pflegeheimen zurückgegriffen (Abgeordnetenhaus Berlin 2021).

Organisationsinterne Stabsarbeit

Der Schwerpunkt der Organisationen in der Maßnahmenbewältigung lag eindeutig in der Stabsarbeit. Aufgrund der langanhaltenden und sich langsam entwickelnden Lage bzw. den unterschiedlichen zeitlichen Dynamiken mit auch ruhigeren Phasen konnten bestehende Stabsstrukturen z. T. evaluiert und überarbeitet werden, um für die nächste katastrophische Phase besser gewappnet zu sein. So stellte die Berliner Feuerwehr z. B. fest, dass die nach DV 100 eingesetzten Stabsstrukturen nicht mit den Erfordernissen der Lageentwicklung übereinstimmten, sondern vornehmlich für schnelle und kurze Einsätze funktional sind. Man etablierte ein Stabssystem in Modulen, mit denen kreativ auf einzelne Schwerpunkte eingegangen werden konnte und der Gesamtstab nur koordinierend tätig war. Eine Herausforderung war dabei, dass man dafür auch einen größeren Personalkörper benötigte, so dass man auf Mitarbeiter*innen aus der Verwaltung zurückgriff, die jedoch kaum an das Arbeiten im Krisenmodus gewöhnt waren (eigene Interviews).

Neue Strukturen jenseits des Zivil- und Katastrophenschutzes

Auch das DRK entschied für die Einrichtung der Impfzentren in Berlin, dass „tradierte Wege einer Gefahrenbewältigung, einer Krisenbewältigung in diesem Fall bei einer Langzeitlage wie der Pandemie nicht funktionieren werden“ (Abgeordnetenhaus Berlin 2021, S. 19).¹⁸ Man richtete daher eine Projektstruktur ein, die unter dem Dach einer gemeinnützigen GmbH (gGmbH) angesiedelt war, um etablierte Strukturen zu nutzen, mit denen finanzielle Abrechnungen einfacher umzusetzen sind (Abgeordnetenhaus Berlin 2021). Auch die beteiligten anderen Hilfsorganisationen ASB, Malteser Hilfsdienst (MHD), Johanniter-Unfall-Hilfe (JUH), Deutsche Lebens-Rettungs-Gesellschaft (DLRG) beteiligten sich an den einzelnen Impfzentren in Form von gGmbHs (Abgeordnetenhaus Berlin 2021). Katastrophenschutzmaterial wurde nur in sehr geringem Umfang genutzt bzw. ausgeliehen. Auch Ehrenamtliche wurden kaum in den Impfzentren eingesetzt, um die Einsatzbereitschaft der Katastrophenschutzseinheiten nicht zu gefährden, da die Impfzentren auf nicht absehbare Zeit funktionieren mussten (Abgeordnetenhaus Berlin 2021).¹⁹

¹⁷ Verschärfung erfährt diese Problematik dadurch, dass von Seiten des Bundesministeriums der Verteidigung (BMVg) auf eine Erstattung der Kosten verzichtet wurde (Bundesministerium der Verteidigung 27.01.2021). Dies hat zur Folge, dass der Einsatz der Bundeswehr im Rahmen der Amtshilfe mitunter einen Kostenvorteil für die anfordernden Kreise bedeutet und bedingt eine „strukturelle Unwucht“, die sich langfristig nachteilig auf den ehrenamtlich getragenen Zivil- und Katastrophenschutz auswirken kann.

¹⁸ In Bayern waren Führungsstrukturen des Katastrophenschutzes – zu einer Zeit als ohnehin der Katastrophenfall festgestellt worden war – dagegen in der Initialphase am Aufbau und der Etablierung der Impfzentren beteiligt (Nagel und Rebeck 2021).

¹⁹ So verständlich diese Gründe sind, stellt sich doch auch die Frage, was dies strukturell künftig für den Katastrophenschutz bedeutet, wenn dieser seine Notwendigkeit und Daseinsberechtigung in dieser wichtigen Phase einer nationalen Krise nicht unter Beweis stellen kann. Es wäre daher künftig zu untersuchen, welche nicht-intendierten Effekte auch der Nichteinsatz oder das Handeln nach dem Prinzip des „nicht-ausgerufenen Katastrophenalarms“ (Dittmer und Lorenz 2017, S. 15) für das Feld hat.

6. Herausforderungen für den Öffentlichen Gesundheitsdienst in der Pandemiebewältigung

Um die Rolle und die Bedeutung zu verstehen, die der Öffentliche Gesundheitsdienst in der Pandemiebewältigung faktisch bekommen hat, hilft der Blick auf die historischen Entstehungszusammenhänge sowie die unterschiedlichen Entwicklungen, die das Gesundheitssystem in Deutschland genommen hat. Der Öffentliche Gesundheitsdienst wurde im 18. und 19. Jahrhundert im Zuge der Industrialisierung im Kontext der Entwicklung einer Sozialmedizin etabliert, in der weniger die individuelle Gesundheit des Menschen als vielmehr das Staatswohl („medizinische Policey“) im Vordergrund stand. Diese Ambivalenz wurde im Nationalsozialismus pervertiert, als Kranke zugunsten der Herstellung und des Erhalts eines „gesunden Volkskörpers“ (Kuhn und Wildner 2020, S. 16) systematisch auch mit Unterstützung der Gesundheitsämter ermordet wurden. Direkt nach dem Ende des Zweiten Weltkriegs wurden die Gesundheitsämter neu von den Besatzungsmächten eingesetzt. Es ging um Fragen der

„Verhinderung der Verbreitung von Infektionskrankheiten und Seuchen (Tuberkulose, Paratyphus und Typhus, Ruhr, Geschlechtskrankheiten etc.), um die allgemeine medizinische Versorgung der ansässigen Bevölkerung wie von Flüchtlingen sowie um Fragen der Ernährung und Trinkwasserbereitstellung. Hierfür wurden auf Anweisung der Militärbehörden großangelegte Impfprogramme durchgeführt und den deutschen Gesundheitsbehörden medizinische Versorgungsgüter zur Verfügung gestellt“ (Schleiermacher 2017).

Personelle Kontinuitäten aus der Zeit des Nationalsozialismus konnten aufgrund von fehlendem unbelastetem Personal kaum verhindert werden. Die Gesundheitsämter resp. die Sozialmedizin wurden jedoch nach und nach zugunsten einer individuellen Krankenversorgung abgebaut, was mit einer zunehmenden Privatisierung zentraler gesundheitlicher Versorgungsinstitutionen einherging oder ihr Aufgabenspektrum deutlich beschränkte. Erst in den 1980er Jahren konnten die relevanten Themen unter dem aus dem WHO-Kontext entstandenen Public Health-Konzept wieder an Bedeutung gewinnen, allerdings wurde sich im deutschen Kontext primär auf das RKI fokussiert, die Einbindung anderer Institutionen des ÖGD, wie z. B. die Gesundheitsämter, in Public Health-Konzepte gelang kaum (Kuhn und Wildner 2020).

Die Defizite in der personellen Ausstattung und konzeptionellen Weiterentwicklung zeigten sich in der Bewältigung der Pandemie sehr deutlich: „Eigentlich muss ÖGD auch Krise können“ (eigene Interviews), der Umgang mit biologischen Gefahren (CBRN-Gefahren) ist als eine zentrale Aufgabe von Gesundheitsämtern definiert (Schulz-Weidhaas et al. 2019; Teichert und Tinnemann 2020). Bis zum Beginn der SARS-CoV-2-Pandemie wurde der ÖGD zumeist wenig auf ein Agieren in Krisensituationen vorbereitet; wenn überhaupt lag der Fokus meist auf der Krankenhausalarmplanung (Teichert und Tinnemann 2020). Schwierig war während der SARS-CoV-2-Pandemie daher die Arbeit in den Krisenstäben, in denen andere Ansätze und Arbeitsmodi umgesetzt werden mussten, als dies in der Verwaltung der Fall ist („In der Verwaltung ist alles normiert. Jede Entscheidung ist normiert und vorgegeben, eigentlich in einem Prozess“, eigene Interviews). Dadurch, dass die Pandemie sich derart umfassend ausgewirkt hat, war es auch innerhalb des Gesundheitsbereichs oft schwer zu eruieren, welche weiteren Bereiche auch in die Krisenstabsarbeit einbezogen werden sollten (Arbeitsschutz, (ambulante) Pflege, Infektionsschutz etc.).

Auch wenn die Vorgaben in den Bundesländern unterschiedlich sind, waren die Gesundheitsämter laut IfSG fachlich und rechtlich zuständig für die Bewältigung der Lage. Zugleich etablierten sich auch in den

Innenressorts eigene Stäbe mit der Folge, dass es mitunter zu Konflikten zwischen den einzelnen Stäben kam. Der Lage angepasste Strukturen, wie bspw. eine Doppelspitze zwischen Gesundheit und Innerem, seien vielfach „undenkbar“ gewesen, so eine der interviewten Personen. „Die, die hätten entscheiden können, wollten nicht, und die entscheiden wollten, durften nicht“ (eigene Interviews). Hinzu kam, dass die Gesundheitsämter untereinander kaum vernetzt und organisiert waren, so dass es im Gegensatz zur Ärzt*innenschaft kaum eine Interessensvertretung auf der politischen Ebene gab (eigene Interviews).

Auch gilt es festzuhalten, dass die Gesundheitsämter bereits vor der Pandemie unzureichend personell ausgestattet und dementsprechend unterbesetzt waren (Deutsches Ärzteblatt 2020a). Die technische Ausstattung war mangelhaft, die Anbindung an das zentrale Meldesystem DEMIS oft nicht vorhanden. Für die Mitarbeiter*innen selbst gab es kaum persönliches Schutzmaterial (Bundesärztekammer 2020). Zum Aufstocken des defizitären Personalkörpers wurden in der Pandemie Verwaltungsmitarbeiter*innen aus anderen Bereichen hinzugezogen oder die Bundeswehr unterstützte mit Soldat*innen (eigene Interviews). Allerdings verfügte insbesondere das zivile Personal oft kaum über medizinische Kenntnisse (Bundesärztekammer 2020) und über sehr unterschiedliche Motivation sowie Verständnisse für die besonderen Arbeitsbedingungen (eigene Interviews). Über die Zeit mussten aufgrund der Arbeitsbelastung durch die Pandemiebewältigung andere zentrale Aufgaben wie Schuluntersuchungen, Hygienekontrollen oder Beratungsangebote für Risikogruppen monatelang ausgesetzt werden (Heine 2021).

Eine Zusammenarbeit zwischen ÖGD und Zivil- und Katastrophenschutz – wenn auch in einzelnen Konzepten und Dokumenten eingefordert – fand vor der Pandemie kaum statt (eigene Interviews). Die Schnittstelle blieb auch in der Pandemie vielfach kaum bestimmt, am ehesten kam es zu einer Zusammenarbeit im Kontext der Stabsarbeit oder im Bereich des Rettungsdienstes, bei dem die Schnittstelle auch im Alltag bereits eine Rolle spielt. Mittlerweile gibt es zwar entsprechende Ausbildungsmodule und gut ausgearbeitete Handreichungen zur stärkeren Verzahnung von Gesundheitsbereich und Krisen- und Katastrophenmanagement, wie z. B. von Teichert und Tinnemann (2020), in der Praxis sind diese jedoch noch kaum umgesetzt.

7. Strukturelle, rechtliche und organisatorische Veränderungen des Feldes „Gesundheitlicher Bevölkerungsschutz“

Die Pandemie diente vielen Akteuren des Feldes sowohl im Zivil- und Katastrophenschutz als auch im ÖGD dazu, Forderungen zu bekräftigen und umzusetzen, die z. T. nur mittelbar mit der Bewältigung der Pandemie zu tun haben, aber dennoch weitreichende Folgen für die Bewältigung zukünftiger Gesundheitslagen haben können.

Gesetze zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite

Im Rahmen von Änderungen des IfSG wurden dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) seit Beginn der Pandemie über sog. Bevölkerungsschutzgesetze bzw. „Gesetze zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite“ verschiedene Kompetenzen und Zugriffsrechte zugeteilt und Maßnahmen zur Eindämmung des Infektionsgeschehens definiert. Dazu gehören u. a. Vorschriften für den grenzüberschreitenden Reiseverkehr, Melde- und Untersuchungspflichten, Sicherstellungsmaßnahmen im medizinischen Bereich sowie Test- und Impfvorgaben (siehe für einen Überblick: Verband der Ersatzkassen 2021). Für den Zivil- und Katastrophenschutz ist insbesondere die dritte Änderung relevant, in der in IfSG §5 ein neuer Absatz 8 angefügt wurde: „(8) Aufgrund einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite kann das Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen der Aufgaben des Bundes DRK, die JUH, den MHD, den ASB und die DLRG gegen Auslagenerstattung beauftragen, bei der Bewältigung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite Hilfe zu leisten“. Begründet wird dieser Absatz wie folgt:

„Im Falle einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite kann es zu Situationen kommen, in welchen es notwendig werden kann, im Rahmen der Aufgaben des Bundes, zum Schutz der Gesundheit der Bevölkerung auf die Kapazitäten der anerkannten Hilfsorganisationen (siehe auch § 26 ZSKG) zurückzugreifen. Die Vorschrift verleiht dem Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen der Aufgaben des Bundes die Möglichkeit, insbesondere das Deutsche Rote Kreuz, die Johanniter-Unfall-Hilfe, den Malteser Hilfsdienst, den Arbeiter-Samariter-Bund und die Deutsche Lebensrettungsgesellschaft gegen Auslagenerstattung zu beauftragen, bei der Bewältigung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite Hilfe zu leisten. Eine Beauftragung dieser Organisationen im Rahmen einer Amtshilfe bleibt unberührt“ (Deutscher Bundestag 2020b, S. 25).

Das BMG bekommt mit dieser Ergänzung neben dem BMI die Möglichkeit, die Hilfsorganisationen in einer entsprechenden nationalen pandemischen Notlage mit unterstützenden Dienstleistungen zu beauftragen. Inwieweit dies die zunächst unklare Lage zwischen Innerem und Gesundheit, wie sie in den ersten Monaten der Pandemie von den Akteuren beschrieben wurde, auflöst, bleibt in der Praxis und auf den verschiedenen Ebenen (Bund, Länder, Kommunen) abzuwarten.

Nationale Reserve Gesundheitsschutz (NRGS) & rescEU medical stockpile DE

Im Juni 2020 beschloss die Bundesregierung die Errichtung einer „Nationalen Reserve Gesundheitsschutz (NRSG)“ in fachlicher Verantwortung des BMG. Diese soll über Warenbevorratung, insbesondere von Schutzmaterial, und das Vorhalten von Produktionskapazitäten den Bedarf des

Gesundheitssektors und des Bundes für bis zu sechs Monate garantieren.²⁰ Als Szenarien liegen die Pandemie, der NATO-Bündnisfall sowie ein Ausfall von Lieferketten aus dem Ausland zugrunde. Es ist geplant, dass das BBK im Auftrag des BMG operative Aufgaben (Bedarfsanalysen, Beschaffung, Überwachung) übernimmt und das THW für logistische Aufgaben und die Betreuung der geplanten acht Logistikzentren, in denen das Material gelagert wird, verantwortlich ist (THW 15.02.2021). Über den KZV-Prozess sollen die Informationen auch in die Katastrophenschutzplanungen der Länder einfließen (Bundesministerium für Gesundheit und Bundesministeriums des Innern, für Bau und Heimat 2021).

Auch im Rahmen des europäischen Katastrophenschutzverfahrens rescEU wurden Kapazitäten zur medizinischen Bevorratung eingerichtet. Die EU finanziert dafür für sieben Jahre (2021 bis 2027) neun Standorte für medizinisches Schutzmaterial. Auch in Deutschland wird ein entsprechender Bevorratungsstandort eingerichtet, der von allen Hilfsorganisationen unterstützt wird und unter der Leitung der JUH steht (Johanniter-Unfall-Hilfe 11.05.2021; Falk 2021).²¹ Dass in Deutschland Nichtregierungsorganisationen unmittelbar an rescEU beteiligt sind, ist im internationalen Vergleich ungewöhnlich und beruht auf einer besonderen Mandatierung durch das BMI (Falk 2021).

Umstrukturierung Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK)

Die großflächige und langanhaltende Lage führte zu einer bis heute anhaltenden Diskussion über die Verstärkung der Bundeskompetenzen für Krisen und Katastrophen, auch jenseits des Zivilschutzfalls. Ein bereits vor der Pandemie begonnener aber durch die Pandemie deutlich beschleunigter Prozess ist die Neuausrichtung des BBK, in dessen Rahmen auch die „Stärkung des gesundheitlichen Bevölkerungsschutzes“ zentral angesiedelt sein soll, hier insbesondere im Bereich einer CBRN Gefahrenlage (Bundesministeriums des Innern, für Bau und Heimat und Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe 2021).

Neue Konzepte für das Ehrenamt und freiwillig Helfende

Wie oben an verschiedenen Stellen beschrieben, kamen Ehrenamtliche des Zivil- und Katastrophenschutzes aufgrund der ausbleibenden Feststellung des Katastrophenfalls deutlich seltener zum Einsatz, als dies sowohl von diesem Personenkreis selbst als auch von Teilen der Bevölkerung erwartet wurde. Z. T. fehlte es an entsprechenden medizinischen Kenntnissen oder aufgrund der langanhaltenden Lage an der Freistellung durch den Arbeitgeber, so dass vielfach von Seiten der Verwaltungen, wie auch im ÖGD, lieber auf Bundeswehrkräfte zurückgegriffen wurde. Der MHD befürwortet daher einen „Gesellschaftsdienst im Bevölkerungsschutz“ im Sinne einer Personalreserve für langanhaltende Lagen mit medizinischen und pflegerischen Grundqualifikationen für einen Zeitraum von vier Jahren (Klawon 2021). Auch im Pakt für den ÖGD, der die offen gewordenen eigenen Schwachstellen angehen will, „sollen sowohl internes Personal außerhalb des Bereiches ‚Infektionsschutz‘ als auch externe Freiwillige im Krisenmanagement fortgebildet und als ‚Freiwilligen-Pools‘ eingesetzt werden“ (Bundesgesundheitsministerium 2021, S. 6). Darüber hinaus wurde auch in Anlehnung an die „militärische

²⁰ Das Material soll kurz vor Ablauf der Mindesthaltbarkeit als Schutzausstattung für die humanitäre Hilfe im WHO Kontext zur Verfügung gestellt können (Deutscher Bundestag 2020c).

²¹ Im Zuge der Erfahrungen aus der Flüchtlingskrise 2015/16 konnten die Hilfsorganisationen bereits Bundesvorhaltungen im Rahmen des „Nationalen Krisenmanagements – Labor 5000“ durchsetzen, welches eine Betreuungsreserve des Bundes für bis 50.000 Menschen ermöglichen soll. Auch dafür werden neue Lager- und/oder Logistikzentren eingerichtet wie z. B. das „DRK-Logistikzentrum Zivilschutz Betreuungsreserve“, welches als Pilotprojekt in Luckenwalde/Brandenburg etabliert werden soll. Es beinhaltet Material für medizinische Behandlungsmöglichkeiten, Unterkünfte, Trinkwasser- und Ernährungsversorgung (DRK 2020b).

Reserve“ wiederholt in der politischen Debatte der Aufbau einer „zivilen Reserve“ jenseits des Aufgabenspektrums der Organisationen des Zivil- und Katastrophenschutzes eingefordert, bspw. für Verwaltungstätigkeiten (t-online.de 2021):

„Um Lastspitzen schnell auffangen zu können, ist eine zivile Personalreserve sinnvoll, die in dieser Form bisher nur eingeschränkt existiert [...]. Denkbar ist ein genereller Personalpool, bestehend aus Verwaltungsangehörigen aller Ebenen, die bei Bedarf und ohne Kompromittierung der abgebenden Stelle kurzfristig für andere Aufgaben eingesetzt werden können“ (Kühn 2021, S. 18).

Dies wiederum wurde von Organisationen des Zivil- und Katastrophenschutzes (DRK 08.03.2021) kritisiert, die argumentierten, dass mit dem Ehrenamt bereits eine „zivile Reserve“ bestünde.

Rolle der Bundeswehr/Ausbau der Heimatschutzkomponente

Im Zeitraum März 2020 bis März 2021 erhielt die Bundeswehr Amtshilfeersuchen aus allen Bundesländern, insbesondere für den Bereich der logistischen Hilfe, der Unterstützung in Alten- und Pflegeheimen, bei der Kontaktverfolgung in den Gesundheitsämtern oder in den Impfzentren (Bundeswehr 2021b; Major et al. 2020). Bis zu 25.000 Soldat*innen konnten für den Einsatz in der Pandemiebewältigung eingesetzt werden. Es wurden neue Strukturen unter dem Kommando des Inspektors der Streitkräftebasis etabliert („Einsatzkontingent *Hilfeleistung Corona*“ (Major et al. 2020, 2, H.i.O.)) und landesweite Ansprechstellen für die Amtshilfeersuchen eingerichtet. Zugleich wurde am 27. Januar 2021 vom Kabinett entschieden, dass Bundesbehörden und damit auch die Bundeswehr auf zu erstattende Auslagen verzichten sollten (Bundeswehr 2021a). Die Einsätze im Kontext der Pandemiebewältigung stärken die 2016 im *Weißbuch* (Bundesministerium der Verteidigung 2016) und 2018 in der *Konzeption der Bundeswehr 2018* (Bundesministerium der Verteidigung 2018) definierte Aufgabe des Heimatschutzes als eines der drei zentralen und zukünftigen Aufgabenfelder der Bundeswehr (neben internationalem Krisenmanagement und Landes-/Bündnisverteidigung). Ende April 2021 startete das Pilotprojekt *Freiwilliger Wehrdienst im Heimatschutz* mit dem Ziel des Aufbaus eines Reservist*innendienstes, der als lokale Personalressource Hilfeleistungen im Fall von Katastrophen, schweren Unglücken, innerem Notstand sowie im Rahmen der Amtshilfe wohnortnah erbringen sollen (Bundeswehr 2021c).

8. Lessons Learned

Die folgenden Lessons Learned wurden anhand der zur Verfügung stehenden Daten gezogen. Aufgrund der Flächenlage und des subsidiär organisierten Zivil- und Katastrophenschutzes ist es äußerst schwierig, übergreifende und allgemeine Lessons Learned zu identifizieren. Vielfach sind eine Lokalisierung und Kontextualisierung der allgemeinen Erfahrungen notwendig. Zwar wurde der ÖGD in die Analyse einbezogen, der Fokus lag jedoch auf dem Zivil- und Katastrophenschutz, so dass hier deutliche Grenzen auch in den Empfehlungen vorliegen. Es sei daher an dieser Stelle ergänzend auf weitere Lessons Learned-Dokumente für den ÖGD (Augurzky et al. 2020; Heudorf 2020; Bundesärztekammer 2020), die Verwaltung (Kühn 2021) und das Krisenmanagement (Gerlach et al. 2020; Zukunftsforum Öffentliche Sicherheit 2021; Voss 2022) verwiesen.

1. Notwendigkeit, den Zivil- und Katastrophenschutz auch auf die Bewältigung von *slow-onset disaster* auszurichten

Hintergrund

Aus der Literatur zu sich verändernden Gefahren und Risiken wurde die Pandemie als *slow-onset disaster* definiert (siehe Abschnitt 3.1). Sie entzieht sich damit in ihren Charakteristika den etablierten Kategorien der nationalen Katastrophenbewältigung: Der Zivil- und Katastrophenschutz in Deutschland ist nach wie vor weitgehend reaktiv aufgestellt, der Fokus liegt auf der Bewältigung klassischer *rapid-onset* Gefahrenlagen (Hochwasser, Starkregen, schwere Unfälle, Waldbrände, Stürme) mit kurzer Vorwarnzeit, schnellem Eintritt und sicht- und messbarem Schadensausmaß. Darauf sind Wahrnehmungsmuster (Kühn 2021), Ausbildungen, Personal- und Materialressourcen oder Stabsstrukturen ausgerichtet und funktional und dafür bietet auch das formal-juristische Verfahren der Feststellung des Katastrophenfalls die Grundlage.

Eine Pandemie stellt grundsätzlich – und für die gegenwärtige SARS-CoV-2-Pandemie zeigt sich dies im Besonderen – eine langandauernde Lage dar, deren Anfang noch bestimmbar ist, das Ende resp. der Übergang in eine Endemie jedoch meist kaum definiert. Es handelt sich um eine ambivalente Lage, in denen Normalisierungs- und Alltagsphasen ein (scheinbares) Ende suggerieren, es aufgrund der Infektionsdynamiken jedoch immer wieder zu eskalierenden Situationen kommen kann. Die etablierten Phasen der Katastrophenbewältigung überlappen sich z. T.: Während ein Bereich noch mit der Bewältigung beschäftigt ist, hat sich die Lage andernorts bereits beruhigt.

Für die Pandemie – hier gilt ähnliches wie für eine Flüchtlingslage oder eine Hitzewelle – ist es äußerst komplex, zu bemessen, ab wann welche Kräfte mit welcher Situation überfordert sind und übergeordneter Hilfe bedürfen. Oder – um mit Dombrowsky (1981) zu sprechen – ab wann können die professionellen Katastrophenschutzakteure ihre jeweiligen „Sonderprogramme“, wie z. B. Einsatzpläne oder Ressourcen, aufrufen und welche sind auf die jeweiligen Rahmenbedingungen passend oder müssen entsprechend neu in situ verhandelt und etabliert werden?

Empfehlungen

- **Die Kapazitäten und Grenzen des Zivil- und Katastrophenschutzes im Kontext von *slow-onset disasters* sind strukturell, taktisch und strategisch zu reflektieren.**
- **Die vorhandenen Reaktionsverfahren sind entsprechend anzupassen und Strukturen aufzubauen, die die Durchhaltefähigkeit stärken können.**

2. Notwendigkeit der Berücksichtigung räumlicher Entgrenzung im Zivil- und Katastrophenschutz

Hintergrund

Bei einer Pandemie handelt es sich um eine Flächenlage, die nicht nur national, sondern europäisch und global bewältigt werden muss. Dies führt dazu, dass die Effekte von Maßnahmen, Strategien und Entscheidungen nicht immer gut bewertet und abgewogen werden können. Die Bewältigung kann daher relativ schnell sehr komplex werden oder es kann zu regional sehr unterschiedlichen Entwicklungen kommen. Die Einheiten des Zivil- und Katastrophenschutzes können damit auf sehr verschiedenen Ebenen gefordert werden. Grundsätzlich ist der Zivil- und Katastrophenschutz eher auf räumlich begrenzte Lagen eingestellt. Selbst bei klassischen Lagen wie einem Hochwasser gelangen die Ressourcen schnell an ein Ende, wenn die Betroffenheiten räumlich stark verteilt sind und es zu einer Priorisierung von Material und Personal kommen muss. Eine Pandemie widerstrebt dagegen in einem noch sehr viel stärkeren Maße einer räumlichen Festlegung („zoning“, Yamori und Goltz 2021), wenn auch zentrale Maßnahmen genau darin bestehen, sie räumlich einzudämmen, Hotspots oder Cluster zu definieren und damit beherrschbar zu machen.

Empfehlungen

- **Die Bewältigung von Katastrophen, die räumlich entgrenzt sind, sollte in strukturelle, taktische Überlegungen für die Weiterentwicklung des Zivil- und Katastrophenschutzes einfließen.** Dies gilt nicht nur für *slow-onset disaster*, sondern kann durchaus auch für klassische Szenarien eine Rolle spielen, die jedoch aufgrund sich verändernder Umweltbedingungen entgrenzter als bislang verlaufen können.

3. Neubestimmung des Umfangs und der Grenzen des gesundheitlichen Bevölkerungsschutzes

Hintergrund

Der gesundheitliche Bevölkerungsschutz ist ein diffuses Feld mit heterogenen Akteuren und Zuständigkeiten und bezeichnet bislang breit „die Gesamtheit der Maßnahmen zum Gesundheitsschutz der Bevölkerung bei unmittelbaren und erheblichen Gefahrenlagen“ (Deutscher Städte und Gemeindebund 2021, S. 33). Zur Bewältigung einer Pandemie lagen eine Vielzahl an sehr unterschiedlich ausdefinierten Konzepten, Ansätzen und Analysen vor, die sich zumeist auf Influenzaviren bezogen. Sowohl im Zivil- und Katastrophenschutz als auch im Bereich des ÖGD ist die Pandemie als Szenario breit bekannt gewesen, allerdings blieben die konkreten Aufgaben, zur Verfügung stehenden Ressourcen und Zuständigkeiten der unterschiedlichen Bereiche ebenso wie mögliche Schnittstellen unbestimmt bzw. unzureichend. Dies hat nicht zuletzt damit zu tun, dass sich die für den gesundheitlichen Bevölkerungsschutz relevanten Felder trotz wechselseitiger Verweise und sehr ähnlicher Ausgangsannahmen vielfach eigenlogisch (weiter)entwickelt haben.

Empfehlungen

- **Es wird als äußerst sinnvoll angesehen, die relevanten Akteure, Aufgaben und Schnittstellen des gesundheitlichen Bevölkerungsschutzes zu überprüfen und eine Neudefinition der jeweiligen Aufgaben und Grenzen vorzunehmen.**
- **Es wäre eine Klärung notwendig, wie Regelstrukturen des Alltags (bzw. ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung) von Krisenstrukturen im gesundheitlichen Bevölkerungsschutz zu unterscheiden sind und wie diese dennoch interoperabel ausgestaltet werden können.**

4. Klärung, ob rechtliche Grundlagen des Zivil- und Katastrophenschutzes ausreichen

Hintergrund

Bereits in der Flüchtlingskrise 2015/16 wurde deutlich, dass für die Bewältigung einer langanhaltenden Flächenlage mit einem bis dato kaum einkalkulierten Szenario außerhalb des Zivilschutzfalls (humanitäre Notlage im Inland) andere rechtliche Kategorien sinnvoll sein könnte (siehe auch Kühn 2021), die den Einsatz von Zivil- und Katastrophenschutzeinheiten jenseits der (politisch umstrittenen) Kategorie „Katastrophenfall“ legitimierten (siehe dazu Dittmer und Lorenz 2016, 2020a, 2020b). Auch eine grundsätzliche Klärung und Überprüfung, ob die geltenden Zivil- und Katastrophenschutzgesetze noch passend für „aktuelle und für perspektivische Gefährdungslagen formuliert“ (Herbe und Heringshausen 2020, S. 47) sind, wird diskutiert. In der Pandemiebewältigung zeigte sich erneut, dass die Ausrufung des Katastrophenfalls politisch schwierig und umstritten war und auch Unklarheit darüber herrschte, ob die Kriterien für diesen Fall gegeben waren (siehe Abschnitt 4). Während alternative Kategorien, wie Großschadenslagen oder MANV, zur Anwendung kamen, blieb dies für viele Akteure, insbesondere die Ehrenamtlichen des Zivil- und Katastrophenschutzes, unbefriedigend. Zudem sind Kategorien wie MANV auf den Rettungsdienst bzw. den klinischen Bereich fokussiert und nicht auf gesamtgesellschaftliche Betreuungs- oder medizinische Versorgungslagen.

Empfehlungen

- **Eine rechtliche Klärung und Überprüfung, ob die geltenden Zivil- und Katastrophenschutzgesetze noch passend für zukünftige Gefährdungslagen formuliert sind, ist angeraten.** Hier wären auch komplexere, kaskadierende, langsame und/oder langanhaltende Lagen miteinzubeziehen.

5. Klärung der Aufgaben und Grenzen des Bevölkerungsschutzes in besonderen Lagen

Hintergrund

Wenn auch die Möglichkeiten des Zivil- und Katastrophenschutzes, den Gesundheitsbereich in einer pandemischen Lage zu unterstützen, umfassend und weitreichend sind, stellt sich in Anbetracht der Diskussionen um neue Kompetenzen und Fähigkeiten, die im Zivil- und Katastrophenschutz für eine gesundheitliche Notlage aufzubauen sind, die Frage, ob es sich hierbei wirklich um kurzfristige Unterstützungsmaßnahmen handelt oder ob damit über den Umweg des Ehrenamts hauptamtliches Personal im Gesundheitssektor ersetzt werden könnte. Die Forderung, Katastrophenschützer*innen in Pflegeaufgaben zu schulen, damit diese in Behelfskrankenhäusern oder regulären Einrichtungen eingesetzt werden könnten (Drexler 2020) oder der umfassende Einsatz von Bundeswehreinheiten bedingt die Gefahr, dass der unterfinanzierte Gesundheitssektor über das Ehrenamt kostengünstig „subventioniert“ wird, ohne dass ggf. notwendige strukturelle Veränderungen vorgenommen würden.

Empfehlungen:

- **In bestehenden Konzepten und Ausbildungsmaterialien (bspw. zur Betreuung) sollten Infektionsschutzaspekte stärker integriert werden.**
- **In der Lage können sich neue Aufgabenfelder ergeben, die eine sinnvolle Erweiterung zum bestehenden Spektrum bzw. neuen Aufgabenschwerpunkt darstellen können. So baute das THW bspw. einen neuen Einsatzbereich in der Logistik auf. Dies sollte verstetigt und in die Einsatzoptionen aufgenommen werden.**
- **Die Grenzen der Einsatzmöglichkeiten müssen klar definiert und auch der Bevölkerung entsprechend transparent kommuniziert werden.**

6. Bessere Vermittlung der Möglichkeiten, Fähigkeiten und Verfahren des Zivil- und Katastrophenschutzes an politische Entscheidungsträger*innen während der Lage

Hintergrund

Es handelte sich um ein Realexperiment, das schnell alle Pläne „überholte“. Rahmenbedingungen und Zuständigkeiten änderten sich aufgrund dieser politischen Konstellationen und Verhandlungen fortlaufend. Zudem wurde in wohl keiner Lage zuvor derartig rasant Wissen generiert, obwohl zugleich die Notwendigkeit bestand, permanent unter Bedingungen von Nichtwissen zu entscheiden.

Die Lage war zudem, wie wohl kaum eine andere größere Lage zuvor, maßgeblich geprägt durch politische Einflussnahmen auf das taktische Krisenmanagement. Die Frage der Ausrufung des Katastrophenfalls war stark politisiert, die Maßnahmen zur Pandemiebewältigung wurden primär im politischen Diskurs oder gar Wettstreit (vielfach in den Ministerpräsidentenkonferenzen) festgelegt (Kühn 2021; Gerlach et al. 2020), in denen im Einzelfall Virolog*innen, Modellier*innen oder Epidemiolog*innen beratend tätig waren, selten jedoch wurde die Expertise von Krisenmanager*innen oder Katastrophenschützer*innen herangezogen. Z. T. wurde in einzelnen Ministerien nicht einmal der hausinterne Krisenstab in die Entscheidungsprozesse einbezogen (eigene Interviews). Katastrophensoziologisch (Clausen 1994) betrachtet etablierte sich eine Kluft zwischen Machtelite und Fachelite, die sich gesamtgesellschaftlich als besonders schadensträchtig erweisen kann.

Die starke Einmischung politischer Akteure in die Maßnahmen der Pandemiebewältigung auf den sehr unterschiedlichen Ebenen und die Notwendigkeit, entsprechende „Bilder“ zu produzieren, lief z. T. den Einsatzziele zuwider (vgl. hierzu bspw. im Anhang die Wirkungen der medialen und politischen Präsenz auf Einsatzkräfte sowie Betroffene in der Quarantäneeinrichtung in Gernersheim).

Während in anderen Lessons Learned-Prozessen (Kühn 2021, S. 17) bereits grundlegende Veränderungen der Sicherheitsarchitektur, bspw. in Form eines „zivile[n] Krisenmechanismus für bundesweite Notsituationen“, gefordert werden, stellt sich unabhängig von der Gesamtarchitektur die Frage, wie eine bessere Vermittlung der Expertise des Zivil- und Katastrophenschutzes an politische Entscheidungsträger*innen auf allen möglichen Ebenen gelingen kann.

Empfehlungen

- **Es ist sinnvoll, gegenüber politischen Entscheidungsträger*innen deutlich stärker auch in der Lage auf die Kompetenzen und Kapazitäten des Krisen- und Katastrophenmanagements hinzuweisen.**
- **Für laufende Einsätze oder derart lange neue Lagen wären verstärkt Personen vorzuhalten, die sich aktiv darum bemühen, auch in der Lage „Lobbyarbeit“ zu betreiben und auf die Möglichkeiten des Krisen- und Katastrophenmanagement zu verweisen.**
- **Neue Verfahren, wie bspw. das durchaus eingesetzte „interoperable Krisenmanagement“, sollten daher kontinuierlich beübt und, wo dies einen Mehrwert verspricht, in den Einsatz gebracht werden.**

7. Klärung der Rolle der Bundeswehr im Bevölkerungsschutz

Hintergrund

Im betrachteten Untersuchungszeitraum erhielt die Bundeswehr Amtshilfeersuchen aus allen Bundesländern, insbesondere für den Bereich der logistischen Hilfe, in der Unterstützung in Alten- und Pflegeheimen, bei der Kontaktverfolgung in den Gesundheitsämtern oder in den Impfzentren (Bundeswehr 2021b; Major et al. 2020). Bis zu 25.000 Soldat*innen konnten für den Einsatz in der Pandemiebewältigung eingesetzt werden. Es wurden neue Strukturen unter dem Kommando des Inspektors der Streitkräftebasis etabliert („Einsatzkontingent *Hilfeleistung Corona*“ (Major et al. 2020, S. 2, H.i.O.)) und landesweite Ansprechstellen für die Amtshilfeersuchen eingerichtet. Zugleich wurde am 27.01.2021 vom Kabinett beschieden, dass Bundesbehörden und damit auch die Bundeswehr auf zu erstattende Auslagen verzichten sollten (Bundeswehr 2021a). Die Einsätze im Kontext der Pandemiebewältigung stärken die 2016 im *Weißbuch* (Bundesministerium der Verteidigung 2016) und 2018 in der *Konzeption der Bundeswehr* (Bundesministerium der Verteidigung 2018) definierte Aufgabe des Heimatschutzes als eines der drei zentralen und zukünftigen Aufgabenfelder der Bundeswehr. Ende April 2021 startete das Pilotprojekt *Freiwilliger Wehrdienst im Heimatschutz* mit dem Ziel des Aufbaus eines Reservist*innendienstes, der als lokale Personalressource Hilfeleistungen im Fall von Katastrophen, schweren Unglücken, innerem Notstand sowie im Rahmen der Amtshilfe wohnortnah erbringen sollen (Bundeswehr 2021c).

Empfehlungen

- **Die Untersuchung der Implikationen der neuen Rolle der Bundeswehr im Bevölkerungsschutz wäre sowohl politisch wie verfassungsrechtlich sinnvoll.**
- **Die Auswirkungen eines verstärkten Einsatzes von Soldat*innen auf den ehrenamtlichen Katastrophenschutz sollten nicht unterschätzt werden, sowohl was die Seite der anfordernden Behörden angeht, als auch was die Seite des Ehrenamtes der im Katastrophenschutz Helfenden betrifft.** So mag es ggf. für Behörden einfacher sein, im Rahmen der Amtshilfe Soldat*innen einzubeziehen, die flexibel eingesetzt werden können, wohingegen die Mobilisierung und Kostenerstattung Ehrenamtlicher je nach rechtlichen Grundlagen ggf. aufwendiger ist. Für die ehrenamtsbasierten Organisationen des Zivil- und Katastrophenschutzes kann der Vorzug von Soldat*innen gegenüber Ehrenamtlichen allerdings mit Blick auf die Motivation und Bereitschaft der Ehrenamtlichen, sich weiterhin langfristig an eine Organisation zu binden, langfristige Konsequenzen haben.
- **Beim zunehmenden Einsatz von Soldat*innen im Heimatschutzbereich sollten die Kernaufgaben der Bundeswehr nicht außer Acht gelassen werden .**

8. Nutzung von *windows of opportunity* für den Zivil- und Katastrophenschutz (v. a. in besonderen Lagen)

In der Pandemie gelang es einigen Akteuren des Zivil- und Katastrophenschutzes sehr gut, bereits lang bestehende Forderungen zur Verbesserung der eigenen Ressourcen umzusetzen. Hier wären z. B. die Einrichtung der Nationalen Reserve Gesundheitsschutz zu nennen (insbesondere DRK und JUH) oder auch die Stärkung europäischer Katastrophenschutzressourcen für den medizinischen Bereich.

Empfehlungen

- **Die Akteure des Zivil- und Katastrophenschutzes sollten diese *windows of opportunity* nutzen, um die eigenen Strukturen, Möglichkeiten und Ausstattungen zu verbessern.**
- **Bei Strukturmaßnahmen sollte nicht ausschließlich von vergangenen Krisen oder Katastrophen auf zukünftige Notwendigkeiten geschlossen werden.** Ob SARS-CoV-2-spezifische Schutzausrüstung für andere Pandemien oder andere Lagen des gesundheitlichen Bevölkerungsschutzes einen Mehrwert verspricht, ist zumindest fraglich, so dass eine breite Berücksichtigung des Themenkomplexes (bspw. auch von Schulungen aller ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen im Infektionsschutz) realistischer erscheint.
- **Ein anderes Denken, wie z. B. ein Denken in Fähigkeiten, weniger in Szenarien oder materiellen Ressourcen, erscheint für die zukünftigen Gefahren und Herausforderungen angemessen.**

9. Bessere Verzahnung von ÖGD und Zivil- und Katastrophenschutz

Hintergrund

Obwohl sowohl der ÖGD als auch der Zivil- und Katastrophenschutz in vielfältigen Dokumenten, Positionspapieren und Konzepten als wichtige, auch gemeinsam agierende Akteure definiert sind (siehe Abschnitt 2), bleiben die jeweiligen Schnittstellen in der Pandemiebewältigung nach wie vor unterbestimmt (Gerlach et al. 2020). Es entwickelten sich in den jeweiligen Landkreisen und kreisfreien Städten ebenso wie auf Landes- oder Bundesebene sehr unterschiedlich ausgestaltete Konstellationen, wie in diesem Zwischenfeld von Katastrophenfall und Infektionsschutz agiert wurde. Aufgrund der fehlenden einheitlichen Definitionen und rechtlichen Grundlagen, wer wie in den Einsatz kommt (siehe die Analysen in Abschnitt 4), gestaltete sich die Zusammenarbeit vor Ort oft schwierig, es sei denn, es gab bereits vorher Berührungspunkte bzw. etablierte Arbeitsweisen. Z. T. war eine gute Zusammenarbeit auch von der Motivation und dem Engagement einzelner Akteure abhängig, die ihre Erfahrungen aus anderen Bereichen (z. B. Public Health) in das Krisenmanagement integrierten. Diese Schwachstelle wurde aufgegriffen und z. B. im Pakt für den ÖGD definiert: „Kommunikationswege müssen beschleunigt und vereinfacht und der Öffentliche Gesundheitsdienst in Krisensituationen zügig umstrukturiert werden können“ (Bundesgesundheitsministerium 2021, S. 6). Entsprechende Ausbildungen werden zunehmend auch an Ausbildungseinrichtungen für den ÖGD etabliert. Auf Bundesebene wird ein engerer Austausch zwischen BBK und ÖGD bzw. ihrer jeweiligen Ausbildungseinrichtungen bereits forciert (Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe 08.07.2021).

Empfehlungen

- Eine bessere Verzahnung des ÖGD mit (unteren) Katastrophenschutzbehörden und Organisationen des Zivil- und Katastrophenschutzes ist zu empfehlen. Dies sollte sich jedoch nicht allein auf die Pandemiebewältigung beschränken, sondern umfassender die Aufgabenstellungen des gesamten gesundheitlichen Bevölkerungsschutzes adressieren. Dazu gehört – unter Berücksichtigung der lokalen kommunalen Verhältnisse – auch ein wechselseitiges Wissen über Verfahren und Strukturen (einschl. kompatibler Stabsstrukturen) sowie die Etablierung gemeinsamer Entscheidungsverfahren.
- Best Practices aus der Pandemiebewältigung sollten identifiziert und zugänglich gemacht werden.

10. Steigerung organisationaler Resilienz der Organisationen des Zivil- und Katastrophenschutzes

Hintergrund

Die Gefahr der eigenen Betroffenheit bis hin zum Ausfall der Bevölkerungsschutzorganisationen aufgrund der potenziellen Ansteckungsgefahr kann in Pandemien als besonders hoch angesehen werden. Dies kann weitreichende Auswirkungen auf die Funktionsfähigkeit des Zivil- und Katastrophenschutzes haben: „Die zentrale Herausforderung einer Pandemie besteht [...] darin, dass die ansonsten bei Notfällen und Katastrophen wirksame Einsatzstrategie ‚Soziales statt Technik‘ entweder durch krankheitsbedingte Ausfälle gar nicht in Anschlag gebracht werden kann oder so modifiziert werden muss, dass sie in erster Linie den Bedingungen der Infektionsunterbrechung zu gehorchen hat“ (Dombrowsky 2011, S. 41). Entsprechend wurden die Bewältigungskapazitäten in einer Pandemielage v. a. aufgrund der Ehrenamtlichkeit von den Organisationen im Vorfeld der SARS-CoV-2-Pandemie selbst z. T. als sehr gering bewertet (Bledau et al. 2014). Hinzu kommt, dass allein mit ehrenamtlichen Ressourcen, wie der Einsatz im Rahmen der Flüchtlingssituation 2015/16 gezeigt hat, eine langanhaltende Lage kaum bewältigt werden kann. Organisationsinterne Pandemiepläne waren zwar teilweise vorhanden, aber nur bedingt passend für die spezifische pandemische Lage. Die systemische und auch symbolische Kritikalität der Organisationen des Zivil- und Katastrophenschutzes ist hier in besonderer Weise relevant: Der Ausfall oder die eingeschränkte Einsatzfähigkeit dieser Akteure kann nicht nur zu einem Scheitern der Lagebewältigung auf der praktischen Ebene führen, sondern signalisiert und symbolisiert auch ein Scheitern des gesamten staatlichen Schutzsystems. Dies kann u. U. eine nachhaltige Verunsicherung im gesamtgesellschaftlichen Kontext zur Folge haben.

Während an anderer Stelle (Kühn 2021, S. 2) bereits „Stresstests zur Bestimmung der Handlungsfähigkeit von Behörden und Behördenverbänden in einer Last- bzw. Krisensituation“ sowie die Etablierung einer strategischen und operativen Vorausschau gefordert wurden, steht Vergleichbares für Organisationen des Zivil- und Katastrophenschutzes noch aus.

Empfehlungen

- Es wird als sinnvoll erachtet, die Abhängigkeiten sämtlicher Arbeitsbereiche und Organisationsgliederungen (auch des Sozial- und Wohlfahrtsbereiches) bei den Organisationen des Zivil- und Katastrophenschutzes bspw. in Form eines Stresstestes für die gesamte Organisation zu untersuchen.
- Der Krisenfrüherkennung und strategischen Vorausschau sollten auch organisationsinternen wichtige Rollen zukommen. Ein kontinuierliches Monitoring der Gefährdung der Einsatzbereitschaft ist hierzu notwendig.
- Vorhandene Krisenmechanismen sollten frühzeitig genutzt werden, damit der Übergang vom Normal- in den Krisenmodus nicht erst erfolgt, wenn bereits eine Krise virulent geworden ist.
- Der organisationsinternen Risiko- und Krisenkommunikation sollte eine bedeutsame Rolle zukommen und entsprechende Schulungen und Angebote für Haupt- und Ehrenamtliche angeboten werden.
- Eine dezentrale Arbeitsfähigkeit sollte sichergestellt werden und jederzeit abrufbar sein.
- Für die organisationsinternen Abläufe wichtige Mitarbeiter*innen sollten gesondert unterstützt werden, sich beruflich und privat resilient aufzustellen.
- Eine Reduktion der finanziellen Abhängigkeiten der Hilfsorganisationen (Sanitätsdienste) sollte angestrebt werden, um bei einem Wegfall dieser nicht in finanzielle Schwierigkeiten zu geraten.

11. Erhalt und Stärkung der ehrenamtlichen Motivation

Hintergrund

Insbesondere in den Organisationen, in denen die Einheiten in den Voralarm versetzt wurden und die Ehrenamtlichen auf ihre Einsätze warteten, war die Frustration groß, als sich zeigte, dass die jeweiligen Landkreise oder kreisfreie Städte nicht auf die Ressourcen des Katastrophenschutzes zurückgreifen wollten (eigene Interviews). Es gab wenig Verständnis dafür, dass in einer bundesweiten pandemischen Lage der Katastrophenschutz nicht oder nur so wenig eingebunden wurde, obwohl dieses Szenario seit vielen Jahren als relevantes Szenario erachtet wurde (s. o.). Während einer derartigen Lage nicht eingesetzt zu werden, war für viele Ehrenamtliche frustrierend und kann sich neben der Gefahr der Entfremdung durch fehlende Präsenzveranstaltungen im Verband langfristig negativ auswirken. Viele Führungskräfte befürchteten, dass es in den kommenden Monaten zu einem durchaus dramatischen Rückgang von Ehrenamtlichen kommen könnte, da man diese während der Pandemie weder über Einsätze noch ausreichend über virtuelle Formate und Anreize binden und fordern konnte und andere private Bedürfnisse und Aktivitäten in den Vordergrund rückten: „Und da stellte man dann fest, dass man nicht seine ganze Freizeit dem DRK widmen möchte“ (eigene Interviews). Zugleich zeigte sich

am Beispiel Germersheim (siehe Anhang), dass längere und spezielle Einsätze besonders bei einfachen Helfer*innen, die nicht im Ausland eingesetzt sind, wichtig und langfristig motivationssteigernd sein können.

Empfehlungen

- **Die Wirkung von (Nicht-)Einsätzen auf ehrenamtliche Motivationsstrukturen sollte strukturiert mit in die Analyse von Entwicklungen des Ehrenamts und Einsatzevaluierungen aufgenommen werden.**
- **Eine gemeinsame Einsatznachbereitung (medizinisch und psychosozial) ist wichtig und wird gewünscht.**

Anhang

Anhang 1: Fallstudie: Die DRK-Quarantäneeinrichtung in Germersheim

Am 31. Januar 2020 flog die Luftwaffe der Bundeswehr 124 deutsche Staatsbürger*innen, 22 chinesische Staatsbürger*innen, einen US-Bürger sowie einen Rumänen aus der stark von SARS-CoV-2 betroffenen Stadt Wuhan in China im Rahmen der Rückholaktion des Auswärtigen Amtes nach Deutschland aus. Einige der evakuierten Personen wurden nach ihrer Ankunft im Universitätsklinikum Frankfurt untersucht und bis auf zwei Männer, die positiv auf SARS-CoV-2 getestet wurden, vom 01. Februar 2020 bis 16. Februar 2020 in einer Ausbildungskaserne der Bundeswehr in Germersheim, Rheinland-Pfalz quarantänisiert. Anfang Februar 2020 waren in Deutschland bis auf eine geringe Zahl an Infizierten in Bayern noch keine weiteren Fälle aufgetreten, so dass die Absonderung von potenziell Infizierten und eine evtl. Nachverfolgung von Infektionsfällen die zentralen Maßnahmen zur Eindämmung des Virus darstellte. Unter den 122 Bewohner*innen befanden sich 22 Personen unter 18 Jahren, davon 20 Kinder (Weisenburger 2020; Berres 2020).

Das IfSG §30 Art. 1 regelt, bei „Krankheitsverdächtigen, Ansteckungsverdächtigen und Ausscheidern kann angeordnet werden, dass sie in einem geeigneten Krankenhaus oder in sonst geeigneter Weise abgesondert werden“. Eine derartige Quarantäne kann „entweder mit speziellen Auflagen zu Hause (als ‚häusliche Quarantäne‘) oder analog zur früher geübten Praxis der Absonderung Pockenverdächtiger unter ständiger Aufsicht in speziell ausgewiesenen Quarantäneeinrichtungen (‚institutionalisiert‘ oder ‚stationäre Quarantäne‘) erfolgen“ (Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe und Robert Koch-Institut 2007a, S. 394). In der Bundesrepublik gab es seit der letzten Pocken-Epidemie 1969/70 in Nordrhein-Westfalen, während der rund 300 Personen vorsorglich isoliert wurden, kaum Erfahrung mit Quarantäneeinrichtungen für nicht nachweisbar erkrankte Personen (Kortmann 2020). Entsprechende Quarantäneeinrichtungen waren daher kaum mehr vorhanden (Schutzkommission beim Bundesminister des Innern 2001).

Die entsprechende Quarantäaneanordnung wurde durch den Landkreis Germersheim verfügt. Da die Einrichtung in einer Bundeswehrekaserne etabliert werden sollte, war die Bundeswehr nach IfSG (alt §70, neu §54) für die Umsetzung der entsprechenden Maßnahmen verantwortlich. Das DRK wurde als nationale Hilfsgesellschaft von der Bundesregierung beauftragt, im Rahmen ihrer im DRK-Gesetz (DRKG) festgeschriebenen Rolle als Auxiliar die Betreuung der China-Rückkehrer*innen zu übernehmen. Dies fand in Germersheim in Zusammenarbeit mit der Bundeswehr unter Leitung des DRK-Generalsekretariats mit Beteiligung der DRK-Landesverbände Brandenburg, Hessen, Rheinland-Pfalz, Baden-Württemberg und Saarland statt (DRK 2020a). 22 freiwillige DRK-Helfer*innen begaben sich zusammen mit den Rückkehrer*innen in Quarantäne.

Die Quarantäneeinrichtung in Germersheim wurde entsprechend den Vorgaben des örtlichen Gesundheitsamtes aufgebaut. Für die konkrete Einteilung des Gebäudes in einen „Schwarzbereich“, der für die (potenziell) Infizierten vorgesehen war und für den besondere Standards galten, Dekontaminationsbereiche und Einzelunterbringung mit entsprechenden Schleusen standen keine unmittelbar anwendbaren Konzepte zur Verfügung, daher wurden die Maßnahmen u. a. unter Berufung auf Erfahrungen aus internationalen Ebolafieber-Einsätzen sowie die aus dem Rettungsdienst bekannten Infektionsschutzmaßnahmen erarbeitet. Zunächst sollten sich die Personen nur in festen Gruppen begegnen, um die Ansteckungsgefahr zu verringern, davon wurde jedoch im Laufe der Unterbringungszeit Abstand genommen und mit der Enge der Räumlichkeiten begründet.

Da die Kaserne erst 2019 renoviert worden war, war die Einrichtung gut ausgestattet. Es gab Einzelzimmer mit eigenem Bad, Fernseher, Schreibtisch und Hochbett; nach einigen Anfangsschwierigkeiten funktionierte auch das WLAN (Müller-Jung 2020). Für die Bewohner*innen wurden Schutzmasken und Handschuhe zur Verfügung gestellt. Es gab ein Berührungsverbot auf den Gängen (Weisenburger 2020). Die Verpflegung wurde durch einen externen Caterer durch eine Infektionsschleuse sichergestellt. Es wurden verschiedene Beschäftigungsmöglichkeiten angeboten wie Gesellschaftsspiele, Tischtennis oder Billard. Die Hauptaufgaben für die eingesetzten DRK-Helfer*innen waren der Transfer vom Frankfurter Flughafen nach Germersheim, die soziale Betreuung sowie die Durchführung regelmäßiger medizinischer Screenings und ggf. erster medizinischer Maßnahmen (DRK 2020a). Hierfür wurde auch die MMVE aus der Bundesvorhaltung (Köhler 2020) sowie Infektionsschutz-Krankentransportwagen (I-KTW), ebenfalls aus der Bundesvorhaltung, eingesetzt (DRK 03.02.2020).

In den zwei Wochen der Quarantäne wurden zu drei Zeitpunkten Tests auf SARS-CoV-2 durchgeführt (zu Beginn, nach einer Woche und nach zwei Wochen). Keine*r der Bewohner*innen oder der Helfenden wurde positiv getestet, so dass alle wie geplant nach zwei Wochen die Einrichtung verlassen konnten und entweder mit Bussen zu Verkehrsknotenpunkten gebracht oder von Angehörigen abgeholt wurden.

Datenerhebung

Um aus den Erfahrungen der ehrenamtlichen DRK-Helfer*innen, die sich freiwillig mit in Quarantäne begeben haben, zu lernen, wurde durch die Katastrophenforschungsstelle (KFS) der Freien Universität Berlin in Kooperation mit dem DRK-GS-Einsatzleiter in Germersheim eine quantitative Befragung initiiert, die von Mitte März bis Ende April 2020 zur Beantwortung freigeschaltet war. Von den 22 Helfenden beteiligten sich elf an der Befragung, fünf der Teilnehmer*innen waren zu einem vertiefenden Interview bereit. Die Interviews wurden im Zeitraum von April bis Mai 2020 telefonisch durchgeführt. Zur Kontextualisierung wurde die Medienberichterstattung in die Analyse mit aufgenommen. Inhaltlich interessierten Fragen zum Infektionsschutz und den Hygienemaßnahmen, den persönlichen Herausforderungen für die Einsatzkräfte sowie die Besonderheiten des Einsatzes.

Soziodemographische Daten und Kontexte

Soziodemographie der Befragten

Insgesamt haben sich 22 DRK-Kräfte zum Einsatz in Germersheim gemeldet. Die an der Befragung beteiligten elf Personen waren alle in Germersheim, aber nicht in den anderen Quarantäneeinrichtungen des DRK in Berlin-Köpenick oder Kirchheim/Teck eingesetzt. Zehn Befragte waren männlich und eine Person weiblich. Die jüngste Person war 21 Jahre und die älteste Person 59 Jahre alt: Vier Personen waren zwischen 21 und 30 Jahre, zwei Personen 31 bis 40 Jahre, eine Person 41 bis 50 Jahre und vier Personen 51 bis 59 Jahre alt. Insgesamt verfügten die zehn Einsatzkräfte über viel Erfahrung im Bevölkerungsschutz: Eine Person war zwei bis vier Jahre im Bevölkerungsschutz aktiv, eine Person acht bis zehn Jahre, zwei Personen zehn bis zwölf Jahre, eine Person zwölf bis 14 Jahre, zwei Personen 14 bis 16 Jahre, zwei Personen 18 bis 20 Jahre und zwei Personen über 20 Jahre. Viele Personen kannten sich bereits, da sie aus dem gleichen Kreisverband stammen. Einzelne Personen kannten jedoch auch keine*n der anderen Helfer*innen.

Einsatzort und -dauer

Der Beginn des Einsatzes war für die Befragten zwischen dem 30. Januar und dem 1. Februar 2020, das Ende des Einsatzes zwischen dem 16. und 18. Februar 2020. Die Befragten waren daher mehr als zwei Wochen gemeinsam im Einsatz.

Funktionen

Die befragten Personen waren in unterschiedlichen Funktionen eingesetzt. Diese umfassten sowohl Führungs- und Leitungsfunktionen als auch einfache Helfer*innen. Zu den Befragten zählten der stellvertretende Einsatzleiter innerhalb der Quarantänezone („im Schwarzbereich“), Gruppenführer*innen und Helfer*innen aus den Bereichen Betreuungsdienst (BtD), Sanitätsdienst (SAN) und Verpflegungsdienst (V) sowie der Leiter und Helfer*innen der PSNV, die sowohl für die Betroffene wie Helfer*innen zuständig waren. Zudem war eine befragte Person für die Technik der MMVe zuständig.

Die Personen waren auch u. a. im Führungsstab eingesetzt und erledigten Aufgaben für den Notarzt und Einsatzleiter sowie viele andere anfallende Aufgaben. Innerhalb der Kaserne umfassten die Aufgaben im Kontext von Betreuung und Sanitätsdienst u. a. das Ein- und Ausschleusen, die Ausgabe der Mahlzeiten sowie die Betreuung des Sozialraums mit Kinderbetreuung. Zu Beginn des Einsatzes seien zudem auch vermehrt Aufgaben angefallen, die mit der Unterbringung der Personen und der Informationsweitergabe zu tun hatten.

Relevante Ausbildungen

Als relevant für den Einsatz wurden a) katastrophenschutzspezifische Ausbildungen, b) berufliche Ausbildungen sowie c) weitere Ausbildungen genannt.

Bei den katastrophenschutzspezifischen Ausbildungen nannten die Befragten Ausbildungen zum Gruppen- und Zugführer, die Fachdienstausbildungen BtD, SAN, V, Technik und Sicherheit sowie PSNV (sowohl für Einsatzkräfte als auch Betroffene). Zudem wurden die Helfer*innenausbildung BtD sowie die Grundausbildung PSNV genannt. Als berufliche Ausbildungen von Relevanz wurden die Leitung einer Pflegeeinrichtung sowie die Ausbildung zum Industriemechaniker (im Kontext der MMVe) erwähnt.

Zudem wurden weitere Ausbildungen im Rettungsdienst sowie darüber hinaus Lehrgänge zum Desinfektor mit Blick auf Desinfektionsmaßnahmen, im Kontext von PSNV die Ausbildung zum systemischen Familientherapeuten sowie das Critical Incident Stress Management (CISM) als relevant erachtet. Von Seiten einzelner Befragter wurden der Vorteil der heterogenen Gruppenzusammensetzung in diesem besonderen Einsatzkontext betont.

Jenseits dieser Ausbildungen merkten Befragte zudem an, dass ein großes Maß an Improvisation gefordert und vorherige Ausbildungen aufgrund der Besonderheit der Situation nur bedingt hilfreich gewesen seien. Zwar hätten Fachdienstausbildungen wie zum BtD allgemein geholfen, bei der Organisation der Unterbringung von Personen mitzuwirken, andere Ausbildungen, bspw. zum Rettungssanitäter, jedoch weniger. Hier seien lediglich einzelne Erfahrungen, bspw. im Kontext von Desinfektionsmaßnahmen, konkret hilfreich gewesen.

Erfahrungen aus anderen ähnlichen Lagen

Die meisten Personen verneinten, zuvor in ähnlichen Lagen (bspw. Ebolafieber-Einsätze, andere CBRN-Lagen, besondere Betreuungslagen) eingesetzt gewesen zu sein. Lediglich eine Person referenzierte

auf die Flüchtlingskrise 2015/16, während der die Person mehrere Unterkünfte eingerichtet und in Betrieb genommen sowie eine Unterkunft auch für einen längeren Zeitraum geleitet habe. Eine andere Person beantwortete die Frage mit „teils/teils“ und verwies auf Auslandseinsätze mit der Bundeswehr, aus denen sowohl das isolierte Leben in Kasernen resp. Feldlagern einschließlich der psychologischen Effekte als auch der Umgang mit Infektionskrankheiten bekannt seien. Einzelne Personen hatten zudem Erfahrungen aus dem Ebolafieber-Einsatz des DRK in Westafrika.

Besonderheiten des Einsatzes im Vergleich zu anderen Einsätzen

Der Einsatz wurde von den Befragten als ein besonderer beschrieben, der sich grundlegend von anderen vorausgegangen Einsätzen unterschieden habe. Von vielen Befragten wurde das unmittelbare Zusammenleben mit den Betroffenen genannt („Leben in der Lage, mit den Betroffenen“). Die Einsatzkräfte seien „im Schwarzbereich“ mit den Betroffenen quarantänisiert gewesen und hätten die Quarantänestation und damit den Einsatz nicht verlassen dürfen. Aus dieser Situation hätten sich nach Aussagen der Einsatzkräfte eine ganze Reihe weiterer Besonderheiten ergeben. So habe das Gefühl bestanden, den Entscheidungsprozessen außerhalb der Quarantäne ausgeliefert zu sein, wie eine Person berichtet. Auch seien die Helfer*innen aufgrund der gemeinsamen Quarantänisierung ebenso wie die China-Rückkehrer*innen in ihrer Bewegungsfreiheit eingeschränkt gewesen und hätten kaum Möglichkeiten des Rückzugs gehabt.

Als weitere Besonderheiten wurden erwähnt, dass sich die Einsatzkräfte aufgrund der Situation nicht nur um die Betroffenen kümmern mussten, sondern auch andere Aufgaben ausführten. Aus der besonderen Situation des Zusammenlebens heraus hätten sich besondere soziale Bindungen zu den Betroffenen ergeben. Gleichzeitig sei es jedoch eine große Herausforderung gewesen, dass nur wenige größere Gemeinschaftsräume zur Verfügung gestanden hätten.

Von mehreren Befragten wurde die Länge des Einsatzes als weitere Besonderheit genannt. So sei man „zwei Wochen am Stück“ im Einsatz gewesen; einige Einsatzkräfte waren zuvor nur in kürzeren Einsätzen, teilweise nur wenige Tage, tätig gewesen. Zudem hätte der Einsatz ohne Zeitdruck, der sonst vielfach Einsätze bspw. im Kontext von Schnelleinsatzgruppen (SEG) prägt, stattgefunden. Mit dem Einsatz seien besondere Unsicherheiten verbunden gewesen, da man nicht gewusst habe, wie lange dieser andauern würde und wenig über das Virus bekannt gewesen sei.

Der Umgang mit dem Infektionsrisiko sowie die entsprechenden Infektionsschutzmaßnahmen, wie bspw. das Tragen einer Maske, waren für Einzelne neuartig an diesem Einsatz, wohingegen andere die Unterschiede aufgrund von Erfahrungen mit anderen (in diesem Fall bakteriellen) Erkrankungen als gering erachteten. Positiv bemerkt wurden die Dankbarkeit der Betroffenen sowie der Zusammenhalt unter den DRK-Kräften.

Herausforderungen vor, während und nach dem Einsatz

Die Helfer*innen waren in den verschiedenen Phasen vor, während und nach dem Einsatz sehr unterschiedlichen organisationalen und individuellen Herausforderungen ausgesetzt.

Vor dem Einsatz

Der Einsatz in der Quarantäneeinrichtung habe sehr schnell geplant und umgesetzt werden müssen. Ein großes Problem sei gewesen, das Personal für diese sehr spezielle Aufgabe und für die Dauer von 14 Tagen zu bekommen, v. a. die Frage der Freistellung durch die Arbeitgeber gestaltete sich mitunter

schwierig. Z. T. hatten die Helfer*innen nur wenige Stunden Zeit, die Abwesenheit von zu Hause zu organisieren. Es war bei einer*m Teilnehmer*in z. B. auch nur unter großem Aufwand möglich, durch den Kreisverband die wichtigsten Hygieneregeln erklärt zu bekommen, bei einem anderen seien kaum Informationen zum Einsatzkontext zur Verfügung gestellt worden. Auch die Kommunikation und Zuständigkeiten zwischen den verschiedenen organisationalen Ebenen (Kreisverband-Landesverband-Generalsekretariat) sei schwierig gewesen. Ein*e Teilnehmer*in berichtete davon, dass sie*er im Vorfeld Angst davor gehabt habe, dass Langeweile aufkommen könne und dass es für sie*ihn zunächst eine Überwindung gewesen sei, weil er*sie keine*n weitere*n Helfer*in kannte.

Während des Einsatzes

Auch während des Einsatzes sei es zu „Kompetenzgerangel“ zwischen verschiedenen Gliederungen gekommen. Sowohl Material als auch Personal konnte nicht schnell genug nachgeführt werden. So habe es insbesondere in der arbeitsintensiven Startphase keinen Personalnachschub gegeben, in der z. T. sehr kräftezehrende Aufgaben zu bewältigen gewesen seien, was sich jedoch später relativiert habe, da genug Ruhephasen vorgekommen seien. Mehrere Helfer*innen beklagten, dass ihre Probleme außerhalb der Unterkunft nicht ernst genug genommen worden seien, die Unterstützung unkoordiniert abgelaufen sei und es sich ständig ändernde Informationen von außen gegeben habe. Dies wird der hohen medialen Aufmerksamkeit sowie der politischen Bedeutung des Einsatzes zugeschrieben. So haben politisch-mediale Ereignisse (Pressekonferenzen, Besuch von hochrangigen Politiker*innen etc.) in und um die Einrichtung mehrfach zu Verwirrung und besonders unter den Betroffenen teils zu massiver Verunsicherung in der Einrichtung geführt, da diese Ereignisse eigenen Logiken und Gesetzmäßigkeiten unterworfen und die nicht-intendierten Effekte innerhalb der Quarantäneeinrichtung nicht im Blick gewesen seien.

Es mussten intern Führungsstrukturen aufgebaut werden, was sich zunächst schwierig gestaltete. Auch die erweiterte PSA wurde als Belastung empfunden.

Die Vorstellung, dass man sich für 14 Tage in diesem Einsatz befand, sei zunächst schwierig gewesen. Auch die Frage, wie man sich in der Lage auch „Zeit für sich nehmen“ und seinen „inneren Akku“ wieder aufladen könne, sei herausfordernd gewesen: „Oft war der Geist williger als der Körper“. Es sei nicht immer einfach gewesen, die Moral der Einsatzkräfte aufrecht zu erhalten.

Nach dem Einsatz

Einige der Helfer*innen sind nach dem Ende des Einsatzes problemlos wieder in ihr „normales Leben“ übergegangen und haben viel Anerkennung und Lob bekommen. Andere beklagen hingegen ein „unkoordiniertes, überstürztes Ende“, man habe sich nicht von den Bewohner*innen verabschieden können und es habe z. T. einige Tage gedauert, sich wieder in der „Realität“ bzw. „Freiheit“ zurecht zu finden und es sei ungewohnt gewesen, „wieder alles machen zu können“.

Infektionsschutzmaßnahmen

Kenntnisstand über Infektionsschutzmaßnahmen

Von den elf Befragten waren zwei Befragte im Vorfeld nicht über die geltenden Infektionsschutzmaßnahmen informiert, sechs waren informiert, drei antworteten mit „teils/teils“. D. h. nur die Hälfte der Helfer*innen war über die geltenden Infektionsschutzmaßnahmen von Anfang an informiert.

Art der Infektionsschutzmaßnahmen in Germersheim

Aufgrund der Neuartigkeit des Virus hätten in der Anfangsphase unterschiedliche Einschätzungen hinsichtlich der erforderlichen Schutzmaßnahmen bestanden. Vor Ort hätte von Anfang an Einigkeit geherrscht, dass dieser Einsatz nicht mit anderen Einsätzen, wie bspw. Ebolafieber-Einsätzen, und entsprechenden Schutzmaßnahmen vergleichbar sei. Allerdings war scheinbar nicht allen Helfer*innen bekannt, welche Schutzmaßnahmen konkret erforderlich waren. Zum Anfang des Einsatzes wurde sogar gemutmaßt, dass Schutzmaßnahmen politisch und medial einen negativen Eindruck vermitteln würden und dass daher vorzugsweise keine Schutzmaßnahmen für Helfer*innen etabliert werden sollten.

Der LV habe jedoch darauf bestanden, dass Infektionsschutzmaßnahmen zum Schutz der Helfer*innen ergriffen würden. Ein*e Helfer*in berichtet von den Infektionsschutzmaßnahmen:

„Ursprünglich war ständig zu tragende Schutzkleidung für die Helfer nicht vorgesehen. Nach langen Streitigkeiten der verschiedenen Gremien wurde angeordnet, dass alle Helfer, sobald sie ihre Unterkunftsräume verlassen, FFP3 Masken tragen müssen. Im Schwarzbereich dann angekommen haben wir selbst folgende Maßnahmen getroffen:

Die Helfer sind in einem getrennten Trakt des Gebäudes in Doppelzimmern untergebracht. Dieser wurde durch eine Schleuse abgetrennt. In der Schleuse wurde Einsatzjacke, Einsatzhose, FFP3 Maske und Schuhe abgeworfen und nur in Unterwäsche in den Wohntrakt gegangen. Im Bereich der Schleuse waren von den Bewohnern getrennte Waschmaschinen, in denen unsere Einsatzkleidung täglich desinfizierend gewaschen wurde. Beim In-den-Einsatz gehen wurde jeden Tag frisch gewaschene Kleidung angezogen.

Der Aufenthalts- und Einsatzleitungsbereich der Helfer wurde auch durch eine Schleuse geschützt, in der immer Jacke, Maske und Handschuhe ausgezogen wurden. Von den Betroffenen wird trotz getragener FFP3 Maske immer ein Sicherheitsabstand eingehalten. Bei evtl. Kontakt mit Betroffenen wurde Schutzkittel, FFP3 Maske, Handschuhe, Kopfhaut und Schutzbrille getragen und danach abgeworfen.

Alle kontaminierten Flächen und Räumlichkeiten wurden täglich desinfiziert. Wo es möglich war mit Unterstützung der Betroffenen. Alles, was den Schwarzbereich verlässt wird desinfiziert, inklusive auch Müllbehälter usw.“

Diese Infektionsschutzmaßnahmen wurden so von allen Einsatzkräften bestätigt und waren schließlich durchgehend akzeptiert.

Bewertung der Infektionsschutzmaßnahmen

Bei der Frage nach der Angemessenheit der Infektionsschutzmaßnahmen antworteten neun der elf Helfer*innen mit „ja“ und zwei mit „teils/teils“. Die beiden Helfer*innen, die mit „teils/teils“ antworteten, begründeten dies damit, dass man ihnen nicht mitgeteilt habe, dass eine Schutzbrille eigentlich immer notwendig gewesen wäre, um die Übertragung durch die Schleimhäute der Augen zu vermeiden. Auch wurde die Kritik geäußert, dass die Wechselkleidung erst recht spät zur Verfügung stand, so dass einige der Helfer*innen ihre Dienstkleidung mehrere Tage tragen mussten. Auch habe kein eigener Bereich für die Helfer*innen zur Verfügung gestanden, genauso wenig wie zunächst eine Schleuse zum privaten Bereich, die jedoch später provisorisch eingerichtet worden sei. Auch über die

Entsorgung des Mülls sei zu spät nachgedacht worden und die von der Bundeswehr bereitgestellten Container waren nicht ausreichend für die Anzahl an Menschen und das entsprechend verbrauchte Material. Es wurden im Nachgang andere (kleine) Infektionsschutzmüllcontainer zur Verfügung gestellt, die, einmal geschlossen, nicht mehr geöffnet werden konnten. Diese wurden anschließend von außen desinfiziert und verbrannt. Beim Desinfizieren in der von der Bundeswehr bereit gestellten Schleuse waren die Helfer*innen den Witterungsbedingungen schutzlos ausgeliefert. „Ein Pavillon oder Sonnen- und Regenschutz wären nett gewesen.“

Einschätzung, Zustand und Bedürfnisse der betreuten Rückkehrer*innen

Die Stimmung und Akzeptanz der Maßnahmen unter den Bewohner*innen wurde als rundweg positiv, besonnen und gelöst beschrieben.²² Die Menschen seien durch die Situation in China durchaus an Isolationssituationen, dadurch bedingte Einschränkungen und besondere Infektionsschutzregeln gewöhnt gewesen. Ein „Lagerkoller“ oder ähnliches sei nicht vorgekommen. Allerdings stellten einige der Bewohner*innen die Verhältnismäßigkeit der Maßnahmen, insbesondere was die Schutzkleidung der Einsatzkräfte anging, in Frage. Die Menschen seien jedoch erleichtert gewesen, dass sie wieder in Deutschland waren. Die Umstände der Rückkehr*innen seien z. T. als sehr belastend wahrgenommen worden, da die Informationen über den weiteren Verlauf der Rückholaktion nur sehr spärlich zur Verfügung standen. Für individuelle Probleme wurden Einzelgespräche angeboten. Die Sportangebote, Zeitschriften und Bücher, aber auch die Angebote an Hygieneartikeln oder auch „eine Flasche Bier am Abend“ seien sehr gut angenommen worden. Es bestand bis auf wenige Ausnahmen keine Angst vor Ansteckung. Viele hätten freiwillig bei der Desinfektion der Unterkunft (Flure, Treppen und Türklinken usw.) mitgewirkt.

Besonders positiv sei von den Bewohner*innen empfunden worden, dass die Rotkreuz-Helfer*innen freiwillig dasselbe Schicksal teilten, „so wurde man praktisch eine Schicksalsgemeinschaft“ und „die Rückkehrer waren nicht allein“.

Unverständnis habe es darüber gegeben, dass keine Postsendungen von außen in den Quarantänebereich gelangen durften. Zudem sei die Kommunikation mit dem Landkreis Germersheim dürftig gewesen und habe bei allen Beteiligten Unverständnis ausgelöst.

Die Mehrzahl der Bewohner*innen hätten ein großes Bedürfnis nach Information und Kommunikation gehabt: Informationen darüber, wie es konkret mit ihnen weitergeht, aber auch danach, sich mit Angehörigen in Verbindung zu setzen, grundsätzlich einen Kontakt mit der Außenwelt herzustellen oder beruflich weiterzuarbeiten. Hier sei die erst spät vorhandene technische Infrastruktur – Internet bzw. WLAN – ein großes Hindernis gewesen. Auch hätten einzelne politische Aktionen oder falsche Telefonhotlines zu einer Verunsicherung der Bewohner*innen beigetragen. Die Helfer*innen selbst hätten intern die relevanten Informationen jedoch oft auch nicht schnell zur Verfügung gehabt.

Weitere Bedürfnisse seien v. a. im Bereich der Grundbedürfnisbefriedigung angesiedelt gewesen, wie gutes und abwechslungsreiches Essen, Babynahrung, Kinderbetten, Sport- und weitergehende Beschäftigungsmöglichkeiten, Hygieneartikel; manche individuellen Wünsche hätten jedoch auch nicht erfüllt werden können. Dies sei dadurch bedingt gewesen, dass nichts von draußen nach drinnen geliefert werden durfte. Ein*e Helfer*in versorgte daraufhin zwei Raucher mit eigenen Zigaretten, die

²² Der DRK-Landesverband Rheinland-Pfalz hat zur Wahrnehmung der Situation der Bewohner*innen eine eigene Evaluation durchgeführt, diese konnte jedoch nicht in diese Analyse miteinbezogen werden.

er*sie selbst immer mitführe. Eine eigens für die Dinge des täglichen Lebens eingerichtete „Anlaufstelle“ sei sehr gut angenommen worden. Auch die persönliche Ebene, Gespräche, Nähe und Menschlichkeit bis hin zu auch notwendiger professioneller psychologischer Unterstützung, seien sehr wichtig gewesen und wurden – trotz Abstandsregeln und Schutzmaske – sehr geschätzt.

Reaktionen des sozialen und familiären Umfeldes der Helfer*innen

Die Mehrzahl der Helfer*innen berichten von einer sehr positiven Reaktion (Lob, Stolz, Anerkennung, Bewunderung) und Unterstützung ihres Umfeldes für diesen Einsatz. Dennoch gab es vereinzelte Unsicherheit und Besorgnis, insbesondere bezogen auf die Ansteckungsgefahr auch nach der Rückkehr.

Zusammenfassende Bewertung des Einsatzes aus Sicht der Helfer*innen

Die meisten Helfer*innen äußerten sich sehr positiv zu ihren Erfahrungen und würden den Einsatz jederzeit wieder machen. So berichtet eine Person: „Es war eine unglaubliche Erfahrung für mich“. Sie schätzten die Unterstützung durch den Arbeitgeber als ebenso positiv ein wie durch das DRK und den Zusammenhalt des Teams.

„Gerade der Zusammenhalt im Team und der Umgang der Führungskräfte mit den Helfern haben mir ein gutes Stückweit wieder den Glauben daran, dass Gemeinschaft doch noch ohne große Querelen, Streit und Missgunst möglich ist, zurückgegeben. Diesen Glauben hatte ich in den letzten Jahren aufgrund von Vorkommnissen in unserer Gliederung größtenteils verloren.“

Einige äußerten kritische Punkte: So solle man künftig darauf achten, dass in einer mehrstöckigen Einrichtung, auf der eine Verpflegungsausgabe je Stockwerk angedacht ist, ein Aufzug vorhanden ist, um das Team körperlich mehr zu entlasten. Die 22 Einsatzkräfte seien teils körperlich ziemlich belastet gewesen. Auch sei der Informationsfluss von außen suboptimal gewesen, z. B. habe es sehr lange gedauert, bis die genaue Anzahl der Personen in der Einrichtung klar kommuniziert war. Zudem habe die Lieferung von Material teilweise recht lange gedauert. Grundsätzlich würden in bestehenden organisationsinternen Konzepten Infektionsschutzanteile zu wenig berücksichtigt.

Die befragten Personen betonten mehrfach, dass künftig ein Konzept für vergleichbare Lagen sinnvoll wäre: „Ich würde mir wünschen, wenn dies zu einer Art Pilot-Quarantäne werden würde.“ Zudem sollten entsprechende in Frage kommende Liegenschaften erfasst und dokumentiert werden und eine entsprechende Bevorratung für die angemessene Ausstattung sei notwendig.

Lessons Learned und Empfehlungen

Allgemein

- In bestehende Konzepte und Ausbildungsmaterialien (bspw. zur Betreuung) sollten Infektionsschutzaspekte stärker integriert werden.
- Unter bestimmten Umständen kann das gemeinsame Bewohnen einer Unterkunft durch Helfer*innen und Betroffene wichtige psychosoziale Wirkungen haben.
- Längere und besondere Einsätze können besonders bei einfachen Helfer*innen, die nicht im Ausland eingesetzt sind, sehr wichtig und langfristig motivationssteigernd sein, auch bezüglich der Anerkennung von außen.
- Eine gemeinsame Einsatznachbereitung (medizinisch und psychosozial) ist wichtig und wird gewünscht.
- Die Möglichkeit für Hilfeempfänger*innen, sich selbst um die Dinge des alltäglichen Bedarfs zu kümmern („Anlaufstelle“) wird gut akzeptiert.
- Die persönliche Ebene, Gespräche, Nähe und Menschlichkeit, professionelle psychologischer Unterstützung sind in Ausnahmesituationen sehr wichtig und wurden – trotz Abstandsregeln und Schutzmaske – sehr geschätzt.
- In den Katalog der Grundbedürfnisse sollten Kommunikations- und Informationsbedürfnisse verankert werden (Internet, WLAN usw.).
- Partizipation von Hilfeempfänger*innen bei alltäglichen Verrichtungen ist sinnvoll (z. B. Hilfe bei der Desinfektion der Unterkunft).
- Standards sollten möglichst im Vorfeld festgelegt und unterschiedliche Wissensstände vermieden werden, um grundlegende Aushandlungen in der Lage, v. a. der „Chaosphase“, zu vermeiden.

Einsatzspezifische Lessons Learned und Empfehlungen

Vor dem Einsatz

- Geeignete Liegenschaften für vergleichbare Einrichtungen sollten im Vorfeld erfasst und dokumentiert werden.
- Die technische Ausstattung der Einrichtung (bspw. das Vorhandensein von Aufzügen) sollte im Vorfeld detaillierter berücksichtigt werden.
- Eine Bevorratung wichtiger Materialien für vergleichbare Einsätze ist notwendig.
- Gemeinsame Standards zu Hygiene- und Infektionsschutz mit entsprechender Einweisung im Vorfeld sind notwendig.

Während des Einsatzes

- Eine heterogene Gruppenzusammensetzung ist in diesem besonderen Einsatzkontext vorteilhaft.
- Informationsflüsse – insbesondere zwischen einem abgeschirmten Innen- und einem Außenbereich – sollten optimiert werden.
- Die Lieferung von Material sollte schneller erfolgen.
- Hinsichtlich der PSA gilt es, zu allen Zeiten eindeutige und anerkannte Standards zu etablieren.
- Damit die Verhältnismäßigkeit der Maßnahmen, insbesondere was die PSA der Einsatzkräfte angeht, von allen Beteiligten einschließlich der Betroffenen akzeptiert wird, ist eine entsprechend transparente Kommunikation der Maßnahmen, ihrer Bedeutung und Angemessenheit erforderlich.
- Die erweiterte PSA kann als Belastung empfunden werden, so dass mehrdimensionale Abwägungsprozesse erforderlich sind und die Entscheidung für die erweiterte PSA entsprechend transparent zu kommunizieren ist.
- Die Notwendigkeit von Schutzbrillen als Teil der PSA sollte von Anfang an vermittelt werden.
- Für die Planung von vergleichbaren Einrichtungen sollte die Entsorgung des Mülls nach entsprechenden Standards frühzeitig bedacht werden.

- Politisch-mediale Inszenierungen können, wenn sie nicht entsprechend kommunikativ mit den Einsatzkräften und Hilfeempfänger*innen abgestimmt sind, den Zielen des Einsatzes entgegenwirken bis hin zu psychischen Belastungen oder Re-Traumatisierungen in besonders belasteten Einsatzkontexten.
- Der Aufbau von internen Führungsstrukturen sollte frühzeitig berücksichtigt werden.
- Schleusen sind so zu gestalten, dass Personen nicht übermäßig der Witterung ausgesetzt sind.
- Psychosoziale Belastungen der Einsatzkräfte müssen besonders beachtet werden, dabei insbesondere auch die Frage nach dem Erkennen und Kommunizieren von eigenen Grenzen.

Nach dem Einsatz

- Einsätze sollten gemeinsam mit entsprechenden Formaten abgeschlossen werden. Einsatzkräfte benötigen mitunter Zeit, um sich von betreuten Personen etc. verabschieden zu können. Auch für die Einsatzkräfte selbst ist es wichtig, nach einem Einsatz nochmal zusammenzukommen.

Anhang 2: Überblick über geführte Interviews

Nr.	Organisation
1.	DRK Quarantäneeinrichtung Germersheim, Führungskraft
2.	DRK Quarantäneeinrichtung Germersheim, Führungskraft
3.	DRK Quarantäneeinrichtung Germersheim, Führungskraft
4.	DRK Quarantäneeinrichtung Germersheim, Einsatzkraft
5.	DRK Quarantäneeinrichtung Germersheim, Einsatzkraft
6.	ASB-Bundesverband, Referat Bevölkerungsschutz
7.	Deutsche Gesellschaft für Katastrophenmedizin (DGKM)
8.	ASB-Regionalverband Bad Windsheim
9.	Ministerium für Inneres, ländliche Räume, Integration und Gleichstellung des Landes Schleswig-Holstein, Referat Feuerwehrewesen und Katastrophenschutz
10.	Akademie für öffentliches Gesundheitswesen, ehemaliger Mitarbeiter Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, Berlin
11.	DRK-Landesverband Nordrhein e.V., Nationale Hilfsgesellschaft, Stab Covid-19
12.	Notfallklinik Jafféstraße, Messehalle Berlin
13.	Weißes Kreuz Südtirol, Zivilschutz und Internationale Beziehungen
14.	Österreichisches Rotes Kreuz (ÖRK), Nationale Katastrophenhilfe und Forschung
15.	DRK-Landesverband Schleswig-Holstein e.V., Nationale Hilfsgesellschaft
16.	DRK-Generalsekretariat, Gesundheitlicher Bevölkerungsschutz
17.	DRK-Landesverband Nordrhein e.V., Landesbereitschaft
18.	DRK-Kreisverband Heinsberg, Kreisbereitschaft
19.	Berliner Feuerwehr, Leitungsstab
20.	Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur, Stabsstelle Krisenmanagement
21.	Senatsverwaltung für Inneres und Sport, Lagezentrale Berlin
22.	Senatsverwaltung für Inneres und Sport, Fachaufsicht Rettungsdienst und Feuerwehrewesen
23.	Senatsverwaltung für Inneres und Sport, Katastrophenschutz

24.	Landkreis Oder-Spree, Amt für Brand-, Zivil- und Katastrophenschutz,
25.	Landkreis Havelland, Referat für Brand-/Bevölkerungsschutz und Rettungsdienst
26.	Landkreis Havelland, Gesundheitsamt
27.	Landeshauptstadt Potsdam, Fachbereich Feuerwehr
28.	DRK-Landesverband Brandenburg, Referat Einsatzdienste
29.	Stadt Potsdam, Gesundheitsamt
30.	Südbrandenburg und Stadt Cottbus, Leitstelle für Rettungsdienst und Katastrophenschutz

Literaturverzeichnis

- Abgeordnetenhaus Berlin (2021): Öffentliche und private Hilfs- und Einsatzorganisationen im Coroneinsatz in Berlin – Zwischenbilanz. Berlin.
- ASB (2020a): Persönliche Schutzausrüstung im Rettungsdienst. Online verfügbar unter https://www.youtube.com/watch?v=v_kTzGvwkvA, zuletzt geprüft am 28.01.2022.
- ASB (2020b): Persönliche Schutzausrüstung ausziehen. Online verfügbar unter https://www.youtube.com/watch?v=cLYnxfp_kAO, zuletzt geprüft am 28.01.2022.
- ASB (2020c): Welchen Schutz bieten Atemmasken? Online verfügbar unter <https://www.youtube.com/watch?v=Wl0qvKbJvxM>, zuletzt geprüft am 28.01.2022.
- ASB (22.03.2020): Coronahilfe: ASB Berlin startet Nachbarschaftshilfsangebot. Online verfügbar unter <https://www.asb-berlin.de/aktuelles/details/coronahilfe-asb-berlin-startet-nachbarschaftshilfsangebot-wwwasb-hilftberlin>, zuletzt geprüft am 27.01.2022.
- ASB; DLRG; DRK; JUH; MHD (05.05.2020): Berliner Hilfsorganisationen fordern finanzielle Unterstützung wegen drohender Einbußen in Millionenhöhe. Berlin. Online verfügbar unter https://www.malteser-berlin.de/fileadmin/Files_sites/Regionen/NO/Berlin/Berlin/Presse/2020-05-05_Pressemitteilung_Hilfsorganisationen_finanzielle_Notlage_003_.pdf, zuletzt geprüft am 27.01.2022.
- Augurzky, Boris; Busse, Reinhard; Gerlach, Ferdinand; Meyer, Gabriele (2020): Richtungspapier zu mittel- und langfristigen Lehren. Zwischenbilanz nach der ersten Welle der Corona-Krise 2020. Hg. v. Barmer Institut für Gesundheitsforschung, Robert Bosch Stiftung und Bertelsmann Stiftung. Berlin.
- Baekkeskov, Erik (2015): Transboundary Crises. Organization and Coordination in Pandemic Influenza Response. In: Rasmus Dahlberg, Olivier Rubin und Morten Thanning Vendelo (Hg.): Disaster Research. Multidisciplinary and International Perspectives. London: Routledge, S. 189–206.
- Bayerisches Staatsministerium des Innern, für Sport und Integration (2020): 92 Tage Katastrophenfall: Corona-Pandemie in Bayern. München.
- Bayerisches Staatsministerium des Innern, für Sport und Integration (04.06.2021): Corona-Pandemie: Feststellung des Endes der Katastrophe in Bayern. Online verfügbar unter <https://www.verkuendung-bayern.de/baymb/2021-383/>, zuletzt geprüft am 20.01.2022.
- Berken, Jens von den (2020): Bevölkerungsschutz und Pandemie. Der taktische Einsatzwert von medizinischen Einheiten im Bevölkerungsschutz bei Pandemielagen. Crisis Prevention. Online verfügbar unter <https://crisis-prevention.de/katastrophenschutz/bevoelkerungsschutz-pandemie.html#>, zuletzt geprüft am 27.01.2022.
- Berliner Feuerwehr (2020a): Berliner Feuerwehr in der Corona-Lage. Online verfügbar unter <https://www.berliner-feuerwehr.de/aktuelles/nachrichten/berliner-feuerwehr-in-der-corona-lage-3447>, zuletzt geprüft am 27.01.2022.
- Berliner Feuerwehr (Hg.) (2020b): Jahresbericht 2020. Berlin.
- Berres, Irene (2020): „Hohe Anspannung für alle“: So erleben Wuhan-Rückkehrer die Corona-Quarantäne. In: *DER SPIEGEL*, 05.02.2020. Online verfügbar unter <https://www.spiegel.de/psychologie/coronavirus-rueckkehrer-aus-wuhan-in-germersheim-eine-ganz-hohe-anspannung-fuer-alle-a-20708c27-3543-46b2-ab93-baa97c4a07d1>, zuletzt geprüft am 27.01.2022.

Bledau, Lena; Braun, Janina; Dittmer, Cordula; Führer, Michaela; Gerhold, Lars; Jungmann, Andrea et al. (2014): Steuerungsmöglichkeiten für einen zukunfts- und leistungsfähigen Katastrophenschutzdienst in Schleswig-Holstein unter den Gesichtspunkten der Ehrenamtlichkeit sowie veränderter gesellschaftlicher und wirtschaftlicher Rahmenbedingungen. Berlin: Katastrophenforschungsstelle.

Böhm, Heidrun; Krause, Uwe; Rößler, Steve; Stöhr, Robert (2017): Massenansturm von Infektionskranken, Management hochkontagiöser Erkrankungen. Erfahrungen aus der Katastrophenschutzübung des Freistaates Sachsen „Akut 2016“. In: *Ärzteblatt Sachsen* 8, S. 364–369.

Brockmann, Andreas (2020): Hilfsorganisationen im Dauereinsatz. Bekämpfung der Pandemie in NRW. In: *Im Einsatz* 27 (Dezember), S. 12–15.

Broemme, Albrecht (2011): Maßnahmen der Feuerwehr und anderer Einsatzkräfte bei Einsätzen mit Gefahren durch B-Gefahrstoffe. In: Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (Hg.): *Proceedings: Biologische Gefahren in Deutschland. Kongressbericht der German BioSafety 2005*. Bonn: BBK, S. 137–146.

Bubrowski, Helene; Jaeger, Mona (2020): Katastrophe bewältigt, Amt erledigt? In: *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, 16.06.2020. Online verfügbar unter <https://www.faz.net/aktuell/politik/inland/war-der-katastrophenschutz-waehrend-der-corona-krise-16816660.html>, zuletzt geprüft am 24.01.2022.

Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (o. J.): Krisenmanagement. Online verfügbar unter https://www.bbk.bund.de/DE/AufgabenundAusstattung/Krisenmanagement/Grundlagen-Krisenmanagement/grundlagenkrisenmanagement_node.html, zuletzt geprüft am 27.01.2022.

Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (Hg.) (2010): *Neue Strategie zum Schutz der Bevölkerung in Deutschland*. Bonn: BBK.

Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (2016): *Rahmenkonzeption für den CBRN-Schutz (ABC-Schutz) im Bevölkerungsschutz*. Bonn: BBK.

Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (08.07.2021): Engere Zusammenarbeit zwischen BBK und AÖGW. Online verfügbar unter <https://www.bbk.bund.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2021/07/pm-engere-zusammenarbeit-zwischen-BBK-AOEGW.html>, zuletzt geprüft am 27.01.2022.

Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe; Robert Koch-Institut (Hg.) (2007a): *Biologische Gefahren I: Handbuch zum Bevölkerungsschutz*. Bonn: BBK.

Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe; Robert Koch-Institut (Hg.) (2007b): *Biologische Gefahren II. Entscheidungshilfen zu medizinisch angemessenen Vorgehensweisen in einer B-Gefahrenlage*. Bonn: BBK.

Bundesärztekammer (2020): *Lehren aus der Corona-Pandemie: Dauerhafte Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes dringend erforderlich*. Berlin. Online verfügbar unter https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Positionen/2020-07-20_Positionspapier_OEGD.pdf, zuletzt geprüft am 27.01.2022.

Bundesgesundheitsministerium (2021): *Pakt für den öffentlichen Gesundheitsdienst*. Online verfügbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/o/oeffentlicher-gesundheitsdienst-pakt.html>, zuletzt geprüft am 27.01.2022.

Bundesministerium der Verteidigung (2016): Weissbuch 2016. Zur Sicherheitspolitik und Zukunft der Bundeswehr. Berlin: BMVG.

Bundesministerium der Verteidigung (2018): Konzeption der Bundeswehr. Berlin: BMVG.

Bundesministerium der Verteidigung (27.01.2021): Bund übernimmt Kosten für Amtshilfe im Kampf gegen Corona. Online verfügbar unter <https://www.bmvg.de/de/aktuelles/bund-uebernimmt-kosten-amtshilfe-bundeswehr-5022072>, zuletzt geprüft am 24.01.2022.

Bundesministerium des Innern (2016): Konzeption Zivile Verteidigung (KZV). Berlin: BMI.

Bundesministerium für Gesundheit; Bundesministeriums des Innern, für Bau und Heimat (2021): Resilient gegen Krisen. Entwicklungs- und Implementierungsprozess der Nationalen Reserve Gesundheitsschutz (NRGS) – erster Schritt einer umfassenden Vorsorgestrategie im Bevölkerungsschutz. Bonn, Berlin. Online verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Daten/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/N/NRGS_Kabinett.pdf, zuletzt geprüft am 27.01.2022.

Bundesministeriums des Innern, für Bau und Heimat; Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (2021): Stärkung des Bevölkerungsschutzes durch Neuausrichtung des Bundesamtes für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe. Berlin: BBK. Online verfügbar unter https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/downloads/DE/veroeffentlichungen/2021/03/konzept-neuausrichtung-bbk.pdf;jsessionid=A0A051A4BE16A8D762A5158186858134.1_cid364?blob=publicationFile&v=1, zuletzt geprüft am 24.01.2022.

Bundeswehr (2021a): Amtshilfe: Die Bundeswehr informiert. Online verfügbar unter <https://www.bundeswehr.de/de/organisation/streitkraeftebasis/im-einsatz/der-inspekteur-der-streitkraeftebasis-informiert>, zuletzt geprüft am 27.01.2022.

Bundeswehr (2021b): Coronavirus und die Bundeswehr. Online verfügbar unter <https://www.bundeswehr.de/de/aktuelles/coronavirus-bundeswehr>, zuletzt geprüft am 27.01.2022.

Bundeswehr (2021c): Pilotprojekt: Freiwilliger Wehrdienst im Heimatschutz. Online verfügbar unter <https://www.bundeswehr.de/de/ueber-die-bundeswehr/die-reserve-der-bundeswehr/reservist-werden-in-der-bundeswehr-/reserve-der-streitkraeftebasis-/pilotprojekt-freiwilliger-wehrdienst-im-heimatschutz->, zuletzt geprüft am 27.01.2022.

Buß, Peter; Mohrhardt, Jan (2021): Das THW und die Corona-Pandemie. In: *Im Einsatz* 28 (April), S. 10–13.

Butt, Christian (2020): Maßnahmen nach Corona-Ausbruch in Oytener Altenheim verschärft. In: *Weser-Kurier*, 15.06.2020. Online verfügbar unter https://www.weser-kurier.de/region/achimer-kurier_artikel,-massnahmen-nach-coronaausbruch-in-oytener-altenheim-verschaerft-_arid,1918408.html, zuletzt geprüft am 27.01.2022.

Clausen, Lars (1994): Übergang zum Untergang. In: Lars Clausen (Hg.): *Krasser sozialer Wandel*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 13–50.

Clausen, Lars (2003): Reale Gefahren und katastrophensoziologische Theorie. Soziologischer Rat bei FAKKEL-Licht. In: Lars Clausen, Elke M. Geenen und Elísio Salvado Macamo (Hg.): *Entsetzliche soziale Prozesse. Theorie und Empirie der Katastrophen*. Münster: LIT-Verlag, S. 51–76.

- Collier, Stephen J.; Lakoff, Andrew (2008): The Problem of Securing Health. In: Andrew Lakoff und Stephen J. Collier (Hg.): Biosecurity Interventions. Global Health & Security in Question. New York: Columbia University Press, S. 7–32.
- Cueto, Marcos; Brown, Theodore M.; Fee, Elizabeth (2019): The World Health Organization. A History. Cambridge: Cambridge University Press.
- Davis, Mike (2006): Vogelgrippe. Zur gesellschaftlichen Produktion von Epidemien. Rheda-Wiedenbrück: RM-Buch-und-Medien-Vertrieb.
- Denzel, Siegfried (2020): DRK bietet Bringediens an. In: *Volksstimme*, 07.05.2020. Online verfügbar unter <https://www.volksstimme.de/lokal/stendal/corona-krise-drk-bietet-bringediens-an>, zuletzt geprüft am 27.01.2022.
- Deutscher Bundestag (2013): Drucksache 17/120521. Bericht zur Risikoanalyse im Bevölkerungsschutz 2012. Unterrichtung durch die Bundesregierung. Berlin.
- Deutscher Bundestag (2020a): Drucksache 19/19676: Maßnahmen des Bevölkerungsschutzes zur Bewältigung der Covid-19-Pandemie. Berlin.
- Deutscher Bundestag (2020b): Drucksache 19/23944: Entwurf eines Dritten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite. Berlin.
- Deutscher Bundestag (2020c): Drucksache 19/24555: Antwort der Bundesregierung. Nationale Reserve Gesundheitsschutz. Berlin.
- Deutscher Städte und Gemeindebund (Hg.) (2021): Bevölkerungsschutz in Städten und Gemeinden. Berlin.
- Deutsches Ärzteblatt (2020a): Zahlreiche Gesundheitsämter in Coronakrise unterbesetzt, 14.05.2020. Online verfügbar unter <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/112872/Zahlreiche-Gesundheitsaemter-in-Coronakrise-unterbesetzt>, zuletzt geprüft am 27.01.2022.
- Deutsches Ärzteblatt (2020b): COVID-19: Erste Bundesländer rufen Katastrophenfall aus, 11.12.2020. Online verfügbar unter <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/119267/COVID-19-Erste-Bundeslaender-rufen-Katastrophenfall-aus>, zuletzt geprüft am 27.01.2022.
- Dickmann, Petra; Sasse, Julia; Preuss, Bernhard; Biederbick, Walter (2011): Einleitung. In: Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (Hg.): Proceedings: Biologische Gefahren in Deutschland. Kongressbericht der German BioSafety 2005. Bonn: BBK, S. 13–17.
- Diebel, Martin (2017): Atomkrieg und andere Katastrophen. Zivil- und Katastrophenschutz in der Bundesrepublik und Großbritannien nach 1945. Paderborn: Verlag Ferdinand Schöningh.
- Dietrich, Alexa S.; Knowles, Scott Gabriel (2020): Beyond Simply “Lessons Learned”: Pandemic through the Disaster Lens. Items - Insights from the Social Science. Online verfügbar unter <https://items.ssrc.org/covid-19-and-the-social-sciences/disaster-studies/beyond-simply-lessons-learned-pandemic-through-the-disaster-lens/>, zuletzt geprüft am 27.01.2022.
- DIN (2021): DIN 13050. Berlin: Beuth Verlag GmbH.
- Dittmer, Cordula; Lorenz, Daniel F. (2016): Die Flüchtlingsthematik als Herausforderung für Katastrophenschutz und –forschung. Lessons Learned einer Begegnung zwischen Wissenschaft und Praxi. Bericht zum KatNet-Workshop. Berlin: Katastrophennetz e.v.

- Dittmer, Cordula; Lorenz, Daniel F. (2017): Bevölkerungs- und Katastrophenschutz in der Flüchtlingshilfe 2015/16: Die Zukunft der „Vergangenheit“. In: *Notfallvorsorge* (2), S. 13–19.
- Dittmer, Cordula; Lorenz, Daniel F. (2020a): Der Zivil- und Katastrophenschutz in der Pandemiebewältigung. In: *Notfallvorsorge* 3, S. 19–27.
- Dittmer, Cordula; Lorenz, Daniel F. (2020b): Zivil- und Katastrophenschutz und humanitäre Hilfe in der Bewältigung der Flüchtlingssituation 2015/16 in Deutschland. In: *Zeitschrift für Flüchtlingsforschung* 4 (1), S. 3–36. DOI: 10.5771/2509-9485-2020-1-3.
- Dittmer, Cordula; Lorenz, Daniel F. (2021a): Disaster Situation and Humanitarian Emergency – In-Between Responses to the Refugee Crisis in Germany. In: *International Migration* 59 (3), S. 96–112. DOI: 10.1111/imig.12679.
- Dittmer, Cordula; Lorenz, Daniel F. (2021b): Frictions of Implementing EU Humanitarian Aid in Greece (2016–2019)—the Emergency Support Instrument and Its Practical Ramifications. In: *Journal of International Humanitarian Action* 6 (1), S. 1–14. DOI: 10.1186/s41018-021-00095-7.
- Dittmer, Cordula; Lorenz, Daniel F. (2022 i. E.): A Post-COVID-19 Research Agenda for Disaster Prevention, Response and Research. In: Steve Matthewman (Hg.): A Research Agenda for COVID-19 and Society. Cheltenham: Edward Elgar Publishing.
- Dombrowsky, Wolf R. (1980): Katastrophen und Katastrophenprophylaxe. Überlegungen zur Schleswig-Holsteinischen „Schneekatastrophe“. In: Toni Graf-Baumann und Stephan Metreveli (Hg.): Unfall- und Katastrophenforschung. Aktuelle sozialwissenschaftliche und medizinische Aspekte. Erlangen: Perimed-Fachbuch-Verlagsgesellschaft, S. 364–380.
- Dombrowsky, Wolf R. (1981): Solidaritätsformen während der Schneekatastrophe in Norddeutschland. In: *SIFKU-Informationen. Zeitschrift für Sozialwissenschaftliche Katastrophen- und Unfallforschung* 4 (1), S. 27–38.
- Dombrowsky, Wolf R. (1983): Vom ‚Stage Model‘ zum ‚Copability Profile‘: Katastrophensoziologische Modellbildung in praktischer Absicht. In: Lars Clausen und Wolf R. Dombrowsky (Hg.): Einführung in die Soziologie der Katastrophen. Bonn: Osang, S. 81–102.
- Dombrowsky, Wolf R. (1989): Katastrophe und Katastrophenschutz. Eine soziologische Analyse. Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag.
- Dombrowsky, Wolf R. (2011): Die gesellschaftlichen, infrastrukturellen und ökonomischen Folgen einer Pandemie. In: Michael Kloepfer (Hg.): Pandemien als Herausforderung für die Rechtsordnung. Baden-Baden: Nomos Verlag, S. 33–44.
- Drexler, Paul (2020): Wenn Covid-19 neue Aufgaben eröffnet. In: *Im Einsatz* 27 (Dezember), S. 20–21.
- DRK (2020a): Coronavirus: Hilfe für China-Rückkehrer. Online verfügbar unter <https://www.drk.de/hilfe-in-deutschland/coronavirus-hilfe-des-drk-fuer-china-rueckkehrer/#c55960>, zuletzt geprüft am 27.01.2022.
- DRK (2020b): Jahrbuch 2020. Berlin: DRK.
- DRK (03.02.2020): Corona-Virus: DRK-Landesverband Baden-Württemberg schickt mobile Krankenstation nach Germersheim. Online verfügbar unter <https://www.drk-baden->

[wuerttemberg.de/aktuell/meldungen/meldung/corona-virus-drk-landesverband-baden-wuerttemberg-schickt-mobile-krankenstation-nach-germersheim.html](https://www.wuerttemberg.de/aktuell/meldungen/meldung/corona-virus-drk-landesverband-baden-wuerttemberg-schickt-mobile-krankenstation-nach-germersheim.html), zuletzt geprüft am 27.01.2022.

DRK (04.05.2020): Coronavirus: DRK unterstützt EU bei Verteilung von 150.000 Schutzmasken. Berlin. Online verfügbar unter <https://www.drk.de/amp/pressemitteilungen/meldung/coronavirus-drk-unterstuetzt-eu-bei-verteilung-von-150000-schutzmasken/>, zuletzt geprüft am 27.01.2022.

DRK (08.03.2021): DRK zur Zivilreserve: Vorhandene Strukturen stärken und nutzen. Berlin. Online verfügbar unter <https://www.drk.de/presse/pressemitteilungen/meldung/drk-zur-zivilreserve-vorhandene-strukturen-staerken-und-nutzen/>, zuletzt geprüft am 27.01.2022.

Elias, Norbert (1993): Etablierte und Außenseiter. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Ellebrecht, Nils (2020): Organisierte Rettung. Studien zur Soziologie des Notfalls. Wiesbaden: Springer VS.

Fakhruddin, Bapon; Blanchard, Kevin; Ragupathy, Durga (2020): Are We There Yet? The Transition from Response to Recovery for the COVID-19 Pandemic. In: *Progress in Disaster Science* (7), S. 100–102. DOI: 10.1016/j.pdisas.2020.100102.

Falk, Karsten (2021): Medizinische Bevorratung in Deutschland: „rescEU medical stockpile“. In: *Im Einsatz* 28 (April), S. 28–31.

Felbermayr, Gabriel; Hinz, Julian; Chowdhry, Sonali (2020): Après-Ski: The Spread of Coronavirus from Ischgl through Germany. Online verfügbar unter https://www.ifw-kiel.de/fileadmin/Dateiverwaltung/IfW-Publications/Gabriel_Felbermayr/Apres-ski_The_Spread_of_Coronavirus_from_Ischgl_through_Germany/coronavirus_from_ischgl.pdf, zuletzt geprüft am 27.01.2022.

Fock, Rüdiger; Bergmann, Harald; Bußmann, H.; Fell, Gerhard; Finke, Ernst-Jürgen; Koch, Ulrich et al. (2001): Management und Kontrolle einer Influenzapandemie. Konzeptionelle Überlegungen für einen deutschen Influenzapandemieplan. In: *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* (44), S. 969–980.

Geier, Wolfram (2017): Strukturen, Zuständigkeiten, Aufgaben und Akteure. In: Harald Karutz, Wolfram Geier und Thomas Mitschke (Hg.): Bevölkerungsschutz. Notfallvorsorge und Krisenmanagement in Theorie und Praxis. Berlin: Springer, S. 93–128.

Geier, Wolfram (2021): Strukturen, Akteure und Zuständigkeiten des deutschen Bevölkerungsschutzes. Online verfügbar unter <https://www.bpb.de/apuz/Bevoelkerungsschutz-2021/327989/strukturen-des-deutschen-bevoelkerungsschutzes>, zuletzt geprüft am 27.01.2022.

Gerlach, Philippe; Radivojevic, Patrick; Schmitz, Alexander; Wellié, Leonie (2020): Lessons Learned - Corona-Krisenmanagement im kommunalen Gesundheitswesen. Hg. v. MOONROC Advisory Partners GmbH. München.

Görmann, Marcel (2020): Corona-Parallele: 50.000 starben in BRD an Pandemie - die Politiker reagierten ganz anders. In: *Merkur*, 24.04.2020. Online verfügbar unter <https://www.merkur.de/welt/corona-deutschland-hongkong-grippe-pandemie-epidemie-tote-zr-13699108.html>, zuletzt geprüft am 27.01.2022.

Guillemin, Jeanne (2011): American Anthrax. Fear, Crime, and the Investigation of the Nation's Deadliest Bioterror Attack. New York: Times Books.

Heine, Hannes (2021): Gesundheitsämter überlastet: Bis zu 10.000 Erstklässler in Berlin ohne Schuluntersuchungen. In: *Der Tagespiegel*, 15.06.2021. Online verfügbar unter <https://www.tagesspiegel.de/berlin/gesundheitsaemter-ueberlastet-bis-zu-10-000-erstklaessler-in-berlin-ohne-schuluntersuchungen/25915466.html>, zuletzt geprüft am 27.01.2022.

Herbe, Sascha; Heringshausen, Gordon (2020): Krisenbewältigung während der Corona-Pandemie. In: *Im Einsatz* 27 (Oktober), S. 44–47.

Hessenschau (2020): Hessenschau vom 09.05.2020. Online verfügbar unter <https://www.hessenschau.de/tv-sendung/hessenschau-vom-09052020,video-121754.html>, zuletzt geprüft am 27.01.2022.

Heudorf, Ursel (2020): COVID-19-Pandemie – Rationalität statt Regelungschaos tut not. In: *Gesundheitswesen* 82 (12), S. 941–943. DOI: 10.1055/a-1288-7064.

Hickmann, Christoph; Rosenbach, Marcel (2020): Das vergessene Amt. In: *DER SPIEGEL*, 19.05.2020. Online verfügbar unter <https://www.spiegel.de/politik/bundesbehoerde-fuer-bevoelkerungsschutz-und-katastrophenhilfe-das-vergessene-amt-a-00000000-0002-0001-0000-000170923496>, zuletzt geprüft am 27.01.2022.

Hsu, Eric L. (2019): Must Disasters Be Rapidly Occurring? The Case for an Expanded Temporal Typology of Disasters. In: *Time & Society* 28 (3), S. 904–921. DOI: 10.1177/0961463X17701956.

Johanniter-Unfall-Hilfe (11.05.2021): Bevorratungsstandort für rescEU stockpiling DE ist bereit. Online verfügbar unter https://www.johanniter.de/juh/lv-hrs/rv-rhein-main/news-detail-seite/?tx_johnews_show%5Baction%5D=show&tx_johnews_show%5Bcontrol%5D=News&tx_johnews_show%5Bnews_id%5D=3509&cHash=2867184e7759fff9216a0fdb693ab3a7, zuletzt geprüft am 27.01.2022.

Kelman, Ilan (2020): COVID-19: What Is the Disaster? In: *Social Anthropology* 28 (2), S. 296–297. DOI: 10.1111/1469-8676.12890.

Klawon, Bennet (2021): Personalreserve gefordert. In: *Behörden Spiegel*, 10.06.2021. Online verfügbar unter <https://www.behoerden-spiegel.de/2021/06/10/personalreserve-gefordert/>, zuletzt geprüft am 27.01.2022.

Kleinman, Arthur; Watson, James L. (Hg.) (2006): SARS in China. Prelude to Pandemic? Stanford, Kalifornien: Stanford University Press.

Kloepfer, Michael (Hg.) (2011): Pandemien als Herausforderung für die Rechtsordnung. Baden-Baden: Nomos Verlag.

Knickmann, Andreas (2020): Die mobile medizinische Versorgungseinheit. In: *Im Einsatz* 27 (April), S. 48–50.

Knufmann-Happe, Karin (2011): Pandemiebekämpfung in der deutschen Gesundheitspolitik. In: Michael Kloepfer (Hg.): Pandemien als Herausforderung für die Rechtsordnung. Baden-Baden: Nomos Verlag, S. 21–29.

Köhler, Philipp (2020): Einsatz gegen Coronavirus in Germersheim. In: *Im Einsatz* 27 (April), S. 17–19.

- Kortmann, Kathryn (2020): Panik im Sauerland. 1970 - Deutschlands letzte Pockenepidemie. Online verfügbar unter https://www.deutschlandfunkkultur.de/1970-deutschlands-letzte-pockenepidemie-panik-im-sauerland.976.de.html?dram:article_id=471118, zuletzt geprüft am 27.01.2022.
- Kreps, Gary A.; Drabek, Thomas (1996): Disasters are Nonroutine Social Problems. In: *International Journal of Mass Emergencies and Disasters* 14 (2), S. 129–153.
- Kuhn, Joseph; Wildner, Manfred (2020): Corona-Krise und öffentlicher Gesundheitsdienst. In: *GGW* 20 (4), S. 15–22.
- Kühn, Hannes (2021): Leistungsfähige Verwaltung, zukunftsfester Staat. Empfehlungen für eine nachhaltige Modernisierung – in der Krise, wie im Alltag. Hg. v. Nationaler Normenkontrollrat.
- Lakoff, Andrew (2017): *Unprepared. Global Health in a Time of Emergency*. Oakland, Kalifornien: University of California Press.
- Landesregierung Rheinland-Pfalz (2021): Mit dem GITW Engpässe beim Transport von COVID-19 Patienten verhindern. Online verfügbar unter <https://lfks.rlp.de/de/aktuelles/detail/news/News/detail/mit-dem-gitw-engpaesse-beim-transport-von-covid-19-patienten-verhindern/>, zuletzt geprüft am 27.01.2022.
- Lorenz, Daniel F.; Dittmer, Cordula (2020): (Disaster) Utopian Moments in the Pandemic: A European Perspective. *Items - Insights from the Social Science*. Online verfügbar unter <https://items.ssrc.org/covid-19-and-the-social-sciences/disaster-studies/disaster-utopian-moments-in-the-pandemic-a-european-perspective/>, zuletzt geprüft am 27.01.2022.
- Lorenz, Daniel F.; Dittmer, Cordula (2022): The Pandemic's Brief Disaster Utopia. In: Sugrue, Thomas J., Zaloom, Caitlin (Hg.): *The Long Year: A 2020 Reader*. New York: Columbia University Press, S. 469–480.
- Lorenz, Daniel F.; Schulze, Katja; Voss, Martin (2018): Emerging Citizen Responses to Disasters in Germany. Disaster Myths as an Impediment for a Collaboration of Unaffiliated Responders and Professional Rescue Forces. In: *Journal of Contingencies and Crisis Management* 26 (3), S. 358–367. DOI: 10.1111/1468-5973.12202.
- Major, Claudia; Schulz, René; Vogel, Dominic; Stiftung Wissenschaft und Politik (2020): Die neuartige Rolle der Bundeswehr im Corona-Krisenmanagement. Berlin: German Institute for International and Security Affairs.
- Matheisen, Saskia; Brandt, Daniel; Dietrich, Marc (2020): DRK führt ersten Corona-Massentest durch. In: *Im Einsatz* 27 (Dezember), S. 16–19.
- McNeill, William (1998): *Plagues and Peoples*. New York: Anchor Books Doubleday.
- Michels, Harald (2010): Katastrophenschutz und Öffentlicher Gesundheitsdienst. In: Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes (Hg.): *Engagement für die Gesundheit der Bevölkerung*. Aalen: BVÖGD, S. 154–163.
- Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz (08.12.2020): Gesundheitsministerin Nonnemacher: Krankenhäuser gelangen an ihre Belastungsgrenze. Online verfügbar unter https://msgiv.brandenburg.de/sixcms/media.php/9/628_20_MSGIV_Krankenhaeuser_Rettungsdienste_20201208.pdf, zuletzt geprüft am 27.01.2022.

Montano, Samantha; Savitt, Amanda (2020): Not All Disasters Are Disasters: Pandemic Categorization and Its Consequences. Items - Insights from the Social Science. Online verfügbar unter <https://items.ssrc.org/covid-19-and-the-social-sciences/disaster-studies/not-all-disasters-are-disasters-pandemic-categorization-and-its-consequences/>, zuletzt geprüft am 27.01.2022.

Morse, Stephen S. (Hg.) (1996): Emerging Viruses. New York: Oxford University Press.

Müller, Wolfgang (2011): Einbindung des ÖGD in den Katastrophenschutz. In: Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (Hg.): Proceedings: Biologische Gefahren in Deutschland. Kongressbericht der German BioSafety 2005. Bonn: BBK, S. 51–60.

Müller-Jung, Joachim (2020): „Man fühlt sich schon als Opferlamm der Politiker“. In: *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, 07.02.2020. Online verfügbar unter <https://www.faz.net/aktuell/wissen/eine-quarantaene-bewohnerin-spricht-das-entspricht-nicht-gerade-der-wahrheit-16621841.html>, zuletzt geprüft am 27.01.2022.

Mutschler, Kai (2021a): Covid-bedingte Veränderungen des sozialen Miteinanders: Freiwillige Feuerwehr Mannheim. In: *Im Einsatz* 28 (April), S. 14–15.

Mutschler, Rebecca (2021b): Covid-bedingte Veränderungen des Dienstablaufs: Johanniter-Einheit Mannheim. In: *Im Einsatz* 28 (April), S. 16–18.

Nagel, Christian; Rebeck, Julia (2021): Aufbau und Inbetriebnahme eines Corona-Impfzentrums: Herausforderungen und Erkenntnisse. In: *Im Einsatz* 28 (April), S. 20–24.

Neal, David M. (1997): Reconsidering the Phases of Disaster. In: *International Journal of Mass Emergencies and Disasters* 15 (2), S. 239–264.

Niedersächsisches Ministerium für Inneres und Sport (29.11.2021): Klarstellung zur Feststellung eines landesweiten Katastrophenfalles. Online verfügbar unter <https://www.mi.niedersachsen.de/startseite/aktuelles/presseinformationen/klarstellung-zur-feststellung-eines-landesweiten-katastrophenfalles-206418.html>, zuletzt geprüft am 27.01.2022.

Obermeier, Nikola (2020): Corona: Das Dachauer Hilfskrankenhaus ist Geschichte. In: *Merkur*, 07.06.2020. Online verfügbar unter <https://www.merkur.de/lokales/dachau/dachau-ort28553/corona-dachauer-hilfskrankenhaus-ist-geschichte-13777171.html>, zuletzt geprüft am 27.01.2022.

Obladen, Rolf (2001): Rettungsdienst und Katastrophenschutz aus Public-Health-Perspektive - Ansatzpunkte für den ÖGD. Bielefeld: Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst.

Pfenninger, Ernst; Himmelseher, Sabine; König, Silke (2004): Untersuchung zur Einbindung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in die katastrophenmedizinische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Bonn: BBK.

Redaktionsnetzwerk Deutschland (2020): Verfassungsrechtler hält Corona-Einsatz der Bundeswehr für schwierig. Online verfügbar unter <https://www.rnd.de/politik/corona-einsatz-der-bundeswehr-verfassungsrechtler-sieht-hohe-hurden-Y64KI3EDYMC7XUUNMAEYVE24HQ.html>, zuletzt geprüft am 27.01.2022.

Reifferscheid, Florian (2015): Ethische Herausforderungen beim Massenanfall von Notfallpatienten. In: Fred Salomon (Hg.): Praxisbuch Ethik in der Notfallmedizin. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S. 153–164.

Rengeling, David (2017): Vom geduldigen Ausharren zur allumfassenden Prävention. Grippe-Pandemien im Spiegel von Wissenschaft, Politik und Öffentlichkeit. Baden-Baden: Nomos Verlag.

Robert Koch-Institut (2007): Nationaler Pandemieplan. Berlin: RKI.

Robert Koch-Institut (2017): Nationaler Pandemieplan. Teil 1. Berlin: RKI.

Robert Koch-Institut (2019): Epidemisch bedeutsame Lagen erkennen, bewerten und gemeinsam erfolgreich bewältigen. Rahmenkonzeption mit Hinweisen für medizinische Fachkräfte und den Öffentlichen Gesundheitsdienst in Deutschland. Berlin: RKI.

Scharmann, Arthur (2001): 50 Jahre Schutzkommission. In: *Bevölkerungsschutz. Magazin für Zivil- und Katastrophenschutz* (3), S. 3–6.

Schedlich, Claudia; Helmerichs, Jutta (2009): Psychosoziales Krisenmanagement in CBRN-Lagen. Zusammenfassung zum Stand der Forschung Erfahrungen aus Einsätzen und Übungen. Bonn: BBK.

Schirrmeister, Gundel; Graeger, Arvid (2007): Einsatzgrundsätze - Führungsorganisation bei biologischen Schadenslagen. In: Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe und Robert Koch-Institut (Hg.): Biologische Gefahren I: Handbuch zum Bevölkerungsschutz. Bonn: BBK, S. 214–248.

Schleiermacher, Sabine (2017): Der Öffentliche Gesundheitsdienst Funktion, Aufgabe und Handlungsfelder in Weimarer Republik, Nationalsozialismus und im Nachkriegsdeutschland. Online verfügbar unter <https://gbp.vdaae.de/index.php/146-2017/2017-1/919-gbp-1-2017-sabine-schleiermacher>, zuletzt geprüft am 27.01.2022.

Schreiber, Wolfgang; Wolf, Philipp; Bigalke, Nicole; Bigalke, Marc U.; Graf, Bernhard M.; Dittmar, Michael S. (2021): Managementstrategie für den Massenanfall von Erkrankten/Infizierten in Alten- und Pflegeheimen im Kontext der COVID-19-Pandemie. In: *Medizinische Klinik, Intensivmedizin und Notfallmedizin* 2021. DOI: 10.1007/s00063-021-00816-1.

Schulz-Weidhaas, Claudia; Wenzel, Tobias; Kolobaric, Zvonimir (2019): Schlußbericht: Ressortforschungsvorhaben Zeitnah, zielgruppenorientiert und zielgerichtet in einer Krise informieren. Berlin: RKI. Online verfügbar unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Daten/5_Publikationen/Praevention/Berichte/RKI_Abschlussbericht_BMG-Projekt-INFOKRI.pdf, zuletzt geprüft am 28.01.2022.

Schutzkommission beim Bundesminister des Innern (1996): Mögliche Gefahren für die Bevölkerung bei Großkatastrophen und im Verteidigungsfall („Gefahrenbericht“). Bonn: BBK.

Schutzkommission beim Bundesminister des Innern (2001): Zweiter Gefahrenbericht. Bericht über mögliche Gefahren für die Bevölkerung bei Großkatastrophen und im Verteidigungsfall. Bonn: BBK.

Schutzkommission beim Bundesminister des Innern (2006): Dritter Gefahrenbericht. Bericht über mögliche Gefahren für die Bevölkerung bei Großkatastrophen und im Verteidigungsfall. Bonn: BBK.

Schutzkommission beim Bundesministerium des Innern (2011): Vierter Gefahrenbericht. Bonn: BBK.

Schwind, Joachim (2020): Verwaltungsrechtliche Aspekte der Corona-Krise in Niedersachsen. Zusammenwirken von staatlicher und kommunaler Verwaltung. In: *Niedersächsische Verwaltungsblätter - Zeitschrift für öffentliches Recht und öffentliche Verwaltung* 10, S. 293–300.

Snowden, Frank M. (2020): *Epidemics and Society. From the Black Death to the Present*. Yale: Yale University Press.

Solnit, Rebecca (2009): *A Paradise Built in Hell. The Extraordinary Communities that Arise in Disaster*. New York: Viking.

Statista (2022): Coronavirus (COVID-19) - Todesfälle nach Ländern 2021. Online verfügbar unter <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1100818/umfrage/todesfaelle-aufgrund-des-coronavirus-2019-ncov-nach-laendern/>, zuletzt geprüft am 27.01.2022.

Statistisches Bundesamt (2021): Sterbefallzahlen und Übersterblichkeit. Online verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Corona/Gesellschaft/bevoelkerung-sterbefaelle.html>, zuletzt geprüft am 27.01.2022.

Staupe-Delgado, Reidar (2019): Progress, Traditions and Future Directions in Research on Disasters Involving Slow-onset Hazards. In: *Disaster Prevention and Management* 28 (5), S. 623–635. DOI: 10.1108/DPM-11-2018-0358.

Süddeutsche Zeitung (2020): Corona-Ausbruch: Pflegeheim in St. Augustin teilevakuiert. In: *Süddeutsche Zeitung*, 11.04.2020. Online verfügbar unter <https://www.sueddeutsche.de/gesundheit/krankheiten-sankt-augustin-corona-ausbruch-pflegeheim-in-st-augustin-teilevakuiert-dpa.urn-newsml-dpa-com-20090101-200410-99-665833>, zuletzt geprüft am 28.01.2022.

Taupitz, Jochen (2011): Infektionsschutzrechtliche „Triage“: Wer darf überleben? - Zur Verteilung knapper medizinischer Güter aus juristischer Sicht. In: Michael Kloepfer (Hg.): *Pandemien als Herausforderung für die Rechtsordnung*. Baden-Baden: Nomos Verlag, S. 103–125.

Teichert, Ute; Tinnemann, Peter (Hg.) (2020): *Krisenmanagement. Lehrbuch für den öffentlichen Gesundheitsdienst*. Düsseldorf: Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf.

THW (2020a): Corona-Einsatz: Erste Lockerungseinsätze und Präsidentenbesuch. Online verfügbar unter https://www.thw.de/SharedDocs/Meldungen/DE/Einsaetze/national/2020/corona/meldung_036_corona_einsatz_0605.html?noMobile=1, zuletzt geprüft am 27.01.2022.

THW (2020b): Corona-Einsatz: Schutzausstattung vom THW sicher geliefert. Online verfügbar unter https://www.thw.de/SharedDocs/Meldungen/DE/Einsaetze/national/2020/corona/meldung_044_corona_einsatz_2205.html?nn=13887606, zuletzt geprüft am 27.01.2022.

THW (2020c): Corona-Einsatz: Sieben Wochen Dauereinsatz. Online verfügbar unter https://www.thw.de/SharedDocs/Meldungen/DE/Einsaetze/national/2020/corona/meldung_035_corona_einsatz_0505.html?noMobile=1, zuletzt geprüft am 27.01.2022.

THW (2020d): Corona-Einsatz: Testkapazitäten erweitert, Haushalte versorgt und Test-Teams gepflegt. Online verfügbar unter https://www.thw.de/SharedDocs/Meldungen/DE/Einsaetze/national/2020/corona/meldung_050_corona_einsatz_2406.html?nn=13887606, zuletzt geprüft am 27.01.2022.

THW (2020e): Corona-Einsatz: THW-Fachberatung als wichtige Vermittlungsinstanz. Online verfügbar unter https://www.thw.de/SharedDocs/Meldungen/DE/Einsaetze/national/2020/corona/meldung_039_corona_einsatz_1105.html, zuletzt geprüft am 27.01.2022.

THW (2020f): THW mit weiterem Logistikstützpunkt in Berlin. Online verfügbar unter https://www.thw.de/SharedDocs/Meldungen/DE/Meldungen/national/2020/04/meldung_005_logistikstuetzpunkt_berlin.html?nn=924068, zuletzt geprüft am 27.01.2022.

THW (15.02.2021): Vier neue THW-Logistikzentren bundesweit. Online verfügbar unter https://www.thw.de/SharedDocs/Meldungen/DE/Pressemitteilungen/national/2021/02/pressemitteilung_002_logistikzentren.html?noMobile=1, zuletzt geprüft am 27.01.2022.

THW Limburg (12.03.2020): THW Leitung aktiviert Pandemieplan. Online verfügbar unter <https://www.thw-limburg.de/aktuelle-informationen/aktuelle-meldungen/artikel/thw-leitung-aktiviert-pandemieplan/>, zuletzt geprüft am 27.01.2022.

t-online.de (2021): Braun will Bürger als Krisenhelfer für die Amtsstuben einsetzen, 08.03.2021. Online verfügbar unter https://www.t-online.de/nachrichten/deutschland/innenpolitik/id_89609672/kanzleramtsminister-helge-braun-schlaegt-zivile-reserve-fuer-krisen-wie-corona-pandemie-vor.html, zuletzt geprüft am 27.01.2022.

Tutt, Lars (2020): PSNV unter den Bedingungen einer Pandemie. In: *Im Einsatz* 27 (Dezember), S. 26–29.

Tyllianakis, Sarah (2020): Hilfe im Kampf gegen Covid-19: Ein mobiles Krankenhaus für Norditalien. In: *Im Einsatz* 27 (Juni), S. 15–17.

Uhlenhaut, Christine (2011): Pandemie, Endemie und lokaler Ausbruch. Prävention und Krisenreaktion bei biologischen Gefahren am Beispiel viraler Infektionskrankheiten. Berlin: Forschungsforum Öffentliche Sicherheit.

Universitätsklinikum Ulm (24.04.2020): Großraum-Intensivtransportwagen (G-ITW) für den Transport von COVID-19-Patienten. Online verfügbar unter https://www.uniklinik-ulm.de/aktuelles/detailansicht/news/grossraum-intensivtransportwagen-g-itw-fuer-den-transport-von-covid-19-patienten.html?tx_news_pi1%5Bcontroller%5D=News&tx_news_pi1%5Baction%5D=detail&cHash=c1e43ac9fc1c28f1fd6e90b4481a633b, zuletzt geprüft am 27.01.2022.

Verband der Ersatzkassen (2021): Gesetzgebungsverfahren der deutschen Gesundheitspolitik: 2017–2021. Online verfügbar unter https://www.vdek.com/politik/gesetze/wahlperiode_19.html, zuletzt geprüft am 27.01.2022.

von Spiczak-Brzezinski, Christian (2020): Blaue Unterstützung in der Pandemie. In: *Im Einsatz* 27 (Juni), S. 12–14.

Voss, Martin (2022): Zustand und Zukunft des Bevölkerungsschutzes in Deutschland – Lessons to Learn. KFS Working Paper Nr. 20 (Version 3). Berlin: Katastrophenforschungsstelle.

Weidringer, Johann Wilhelm; Weiss, Wolfgang (Hg.) (2010): Empfehlungen zur Verbesserung des medizinischen Bevölkerungsschutzes. Drei Beiträge. Bonn: BBK.

Weisenburger, Roland (2020): Germersheim: Gute Laune in Coronavirus-Quarantäne dank WLAN und Spätzle. In: *Badische Neueste Nachrichten*, 03.02.2020. Online verfügbar unter

<https://bnn.de/nachrichten/politik/wlan-und-spaetzle-sorgen-in-der-corona-quarantaene-in-germersheim-fuer-gute-laune>, zuletzt geprüft am 27.01.2022.

Witte, Wilfried (2011): Die Grippepandemie 1968-1970: Strategien der Krisenbewältigung im getrennten Deutschland. „Wodka und Himbeertee“. In: *Deutsche medizinische Wochenschrift* 136 (51/52), S. 2664–2668. DOI: 10.1055/s-0031-1292869.

World Health Organization (Hg.) (2006): SARS: How a Global Epidemic Was Stopped. Genf: WHO.

Yamori, Katsuya; Goltz, James D. (2021): Disasters Without Borders: The Coronavirus Pandemic, Global Climate Change and the Ascendancy of Gradual Onset Disasters. In: *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18 (6). DOI: 10.3390/ijerph18063299.

Zukunftsforum Öffentliche Sicherheit (2020): Grünbuch 2020 zur öffentlichen Sicherheit. Berlin: Zukunftsforum Öffentliche Sicherheit.

Zukunftsforum Öffentliche Sicherheit (2021): Perspektiven aus der Corona-Krise. Erkenntnisse und Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der Resilienz. Berlin: Zukunftsforum Öffentliche Sicherheit.

Impressum

Titel

Gesundheitlicher Bevölkerungsschutz: Der Zivil- und Katastrophenschutz an der Schnittstelle zum Öffentlichen Gesundheitsdienst in der Bewältigung der SARS-CoV-2-Pandemie

Herausgeber

Katastrophenforschungsstelle (KFS)
Freie Universität Berlin
FB Politik- und Sozialwissenschaften
Carl-Heinrich-Becker-Weg 6-10
12165 Berlin

Titelfoto

©Arbeiter-Samariter-Bund (ASB) - Bundesverband

Die Autor*innen

Daniel F. Lorenz und Dr. Cordula Dittmer sind wissenschaftliche Mitarbeiter*innen der KFS.

Danksagungen

Das Projekt „Gesundheitlicher Bevölkerungsschutz durch den Zivil- und Katastrophenschutz in Pandemielagen am Beispiel SARS-CoV-2 (BePal)“ wurde vom Bundesministerium für Bildung und Forschung unter dem Förderkennzeichen 01KI2097 gefördert. Ein herzlicher Dank geht an die assoziierten Partner des Projekts: Deutsche Gesellschaft für Katastrophenmedizin (DGKM) e.V., Arbeiter-Samariter-Bund (ASB) Bundesverband e.V., Arbeiter-Samariter-Bund (ASB) Regionalverband Bad Windsheim e.V., Deutsches Rotes Kreuz (DRK) Landesverband Schleswig-Holstein e.V., Firma Dräger Safety AG & Co KGaA sowie an die Vielzahl an Expert*innen, die sich an den Interviews sowie den Workshops beteiligt haben, uns Material und Dokumente zur Verfügung stellten und uns Einblicke in ihre Arbeit ermöglicht haben. Wir danken ganz besonders unseren studentischen Hilfskräften Hendrik Schnittker, Luzia Schleip und Ludwig Frenzel, die uns im Prozess der Datenerhebung und -auswertung sowie beim Korrektur- und Layout unterstützt haben. Ganz besonderer Dank geht an Erich Matthis, Michael Sieland und Michael Schnatz.



Katastrophenforschungsstelle (KFS)
Freie Universität Berlin



<http://www.polsoz.fu-berlin.de/ethnologie/forschung/arbeitsstellen/katastrophenforschung>