

# Thematische Hinführung

Die Corona-Pandemie hat in vielerlei Hinsicht das individuelle, das berufliche und das gesellschaftliche Leben verändert:

1. Es scheint umstritten, dass gerade das Gesundheits- und Sozialwesen durch die SARS Covid-19-Krise in mannigfaltiger Form herausgefordert worden ist. Einerseits gilt es nun schon nach „vier Wellen“ die Anforderungen an die Belastungsfähigkeit gerade der sozialen Sicherungssysteme immer wieder neu zu justieren. Andererseits adressieren sogenannte „Long-Covid-Effekte“ nicht nur in unmittelbarer Sicht medizinische und pflegerische Folgewirkungen, sondern nehmen Bezug auf langfristige Effekte, wo die Fragen nach dem individuellen wie dem gesellschaftlichen Lernen zu stellen sind.
2. Die erste Konzeptionierung des Buches erfolgte während der „zweiten Welle“ im Jahr 2020. Zum damaligen Zeitpunkt stellte sich die Frage nach einer „wahrgenommenen Normalität“ für ein Jahr 2021. Die Erfahrungen des Jahres 2021 lassen jedoch sowohl demütiger mit Prognosen und Voraussetzungen werden und werfen den Fokus darauf, welche Erfahrungen mit und durch Corona als konstruktive Impulse gesellschaftlicher Veränderung zu verstehen sind und welche Impulse für die Widerstandsfähigkeit von Wirtschaft und Gesellschaft es zu analysieren gilt, um dann tatsächlich daraus „zu lernen“.
3. Letztendlich stellt die Aufforderung des Bandes, nämlich „Leben und Versorgung gestalten nach Corona“ sowohl im wissenschaftlichen Diskurs als auch im gesellschafts-politischen Austausch die Notwendigkeit in den Mittelpunkt, sich in akademischer Offenheit unterschiedlichen Interpretationen und Implikationen zu widmen, solange diese einer ergebnisoffenen Diskussion und einem gemeinsamen Lernen untergeordnet sind.

Im vorliegenden Band finden sich 13 Beiträge, die alle trotz unterschiedlicher Schwerpunktsetzungen dadurch geeint sind, dass stets ein sozialwissenschaftlicher und zum Teil auch sehr dezidiert werteorientierter Fokus eingenommen wird.

Die Bezugnahmen auf coronabedingte Herausforderungen im Gesundheits- und Sozialwesen passen sich genauso ein, wie die Fragestellungen zu ökonomischen Konsequenzen und letztendlich zu Implikationen für das Bild einer sozialen Ordnung. Gleichwohl soll auch deutlich werden, dass die Beiträge sehr eigenständige Positionen vertreten, die durchaus auch Teil der jeweiligen Rolle etwa im Wirtschafts- und Gesundheitssystem sind und daher auch vor dem Interessenshintergrund der jeweiligen Autoren und Autorinnen einzuordnen sind.

Auch deswegen nehmen die Beiträge in diesem Band sich dieser Aufgabe an und richten, auch wenn das Gesundheits- und Sozialwesen einen natürlichen, der Rahmung der Reihe zugeordneten Schwerpunkt darstellt, unterschiedliche Foki auf Erfahrungen und Interpretation des Lebens und des Gestaltens von Leben und Versorgung mit Corona.

Vor diesem Hintergrund umreißen die Beiträge des **Kapitel 1:**

**Grundlegende Gedanken und Fragen an eine gesellschaftliche „Resilienz“ durch Corona** Fragestellungen zum Zusammenhang von Freiheit und Verantwortung, sei es im individuellen Kontext oder im sozialökonomischen Fokus der gesellschaftlichen Debatte.

Im eröffnenden Beitrag von *Peter Schallenberg* wird dieses Spannungsverhältnis allein schon durch die Titelsetzung „Leben-Gesundheit-Staat in der Corona-Krise“ sehr deutlich akzentuiert. Schallenberg nimmt mit der Frage, welche systemischen Eigenschaften etwa der Medizinbetrieb hat und welche Zuordnung Gesundheit sowohl für den Einzelnen als auch im Kontext gesellschaftlicher Verantwortung haben kann und soll. Fast zwangsläufig kommen über die Diskussion zur Triage Fragen zum Machbarkeitsanspruch von Medizin und Pflege in den Blick, und damit korrespondierend die Einordnung nach richtungsweisenden Prinzipien des gesellschaftlichen Zusammenlebens, das laut *Schallenberg* die „Frage nach dem wirklich Guten jenseits des bloßen Machbaren [stellt]“.

In dieser Hinsicht knüpft *Elmar Nass* mit einem „Kompass zur Corona-Ethik“ an der übergeordneten Wertediskussion an, die unterlegt mit corona-bezogenen Entscheidungsherausforderungen, etwa der Priorisierung intensiv-medizinischer Kapazitäten bis hin zu Fragen internationaler, finanzieller Solidarität korrespondiert. Auf Grundlage eines christlichen Menschenbildes versucht *Nass* Orientierungen für die Dilemmata abzuleiten, die am Coronabeispiel orientiert auch weit grundlegendere Fragen des gesellschaftlichen Zusammenlebens und insbesondere der Bedeutung von Gewichtungslinien zwischen individuellen Ansprüchen und gesellschaftlich-legitimierbaren Erwartungen deutlich machen. Der Autor nimmt eindeutig Stellung zur Notwendigkeit eines Wertebezugs und von sozialen Grundprinzipien des gesellschaftlichen Zusammenlebens. Hier sieht er auch gerade in Abgrenzung zu internationalen Bezügen, etwa dem chinesischen Weg, eine Ausdifferenzierung, europäischer, deutscher Ordnungstradition.

*Werner Schöning* erweitert die Diskussion mit einer ordnungspolitischen Bezugnahme auf das Spannungsverhältnis zwischen Freiheit und sozialer Verantwortung, das sich am Prinzip der sozialen Irenik festmachen lässt. Gerade die von Menschen akzeptierte Ordnungsvorstellung, wirtschaftliche Freiheit und soziale Verantwortung in einem gegenseitig befruchtenden Austauschprozess zu setzen, ist mit Bezug auf die Ideen der sozialen Irenik nicht nur ein Alltagsplatz, sondern muss sich gerade in sich verändernden Bedarfslagen widerspiegeln und auszeichnen. Hier sieht *Schöning* das deutsche Sozialsystem im Wesent-

lichen als erfolgreich an, gleichwohl stellen sich veränderte Frage an Ungleichheiten und Zugängen, auch bedingt durch die Erfahrungen gelungener oder misslungener Digitalisierung.

Das erste Kapitel schließt *Hannes Jännert*, der die Einflüsse von Digitalisierung in vielen Lebensbereichen als Beitrag und Verstärker der sozialen Zusammenhänge, als Veränderung der Konstitution der Bürgergesellschaft beschreibt. Somit wirkt die Corona-Pandemie in dieser Hinsicht als moderierende Variable eines schon länger andauernden Prozesses, der nur unzureichend, wie Jännert es formuliert, mit technischen Aspekten von Digitalisierung beschrieben wird. Es geht um die Transformation von Beziehungs- und Netzwerkkontexte, wo die Gestaltung des Sozialen im weiteren Sinne in vielfältige Resonanzräume sich aufteilen lässt, gleichzeitig aber neue Herausforderungen an Vereinzelung und auch an Fremdbestimmung erscheinen. Mit einem Bezug auf eine systematischere Auseinandersetzung von bürgerschaftlichem Engagement, exemplarisch mittels des „Volunteer Function Inventory“ kann es im gesellschaftspolitischen Diskurs gelingen, die Funktionalitäten und damit mögliche potenzielle Handlungsnotwendigkeiten für politische Gestaltung, gezielter zu adressieren.

Die konkreten Handlungsfelder von Politikansätzen folgt im **Kapitel 2: Handlungsfelder der Corona-Politik**.

Welche Lehren mit Blick auf die Auseinandersetzung zwischen wirtschaftlicher Freiheit und Effizienz einerseits und solidarischer Absicherung andererseits gezogen werden können, nimmt *Andreas Mayert* in den Mittelpunkt seiner Ausführungen. Am vermeintlichen Gegensatz zwischen Gesundheitsschutz und ökonomischer Entwicklung lässt sich exemplarisch aufzeigen, dass kluge institutionelle und organisatorische Entwicklungen, die auch vor Corona schon im Diskussionsraum waren, weiter ausgestaltet werden können. Sehr deutlich wird dies, so *Mayert*, mit den Erfahrungen zum Homeoffice und den damit korrespondierenden wirtschaftspolitischen Debatten.

In ähnlicher Weise eine schon ältere Debatte aufgreifend, die aber durch Corona eine noch nie dagewesene Bedeutung erfährt, widmen sich *Nikolaus Knoepffler* und *Jürgen Zerth* den Fragen von Impfpriorisierung und Impfpflicht. Bei der Impfpriorisierung können *Knoepffler* und *Zerth* zeigen, dass es gemäß den Vorstellungen einer Integrativen Medizinethik einen legitimierbaren Ansatz der Priorisierung innerhalb einer Gesellschaft und parallel mit Blick auf weitere Gesellschaften im internationalen Kontext gibt. Auch wenn die aktuelle, tagespolitische Debatte bei der Frage der Impfpflicht schneller voranzuschreiten scheint, betonen beide die hohe Bedeutung, medizinische Evidenz als Grundlage für ein Handlungskorsett auch aus dem ökonomisch-begründbaren Erwartungs- und Handlungsnutzen zu setzen. Hier gilt es auch mit kluger institutioneller Begleitung, die Bedeutung der individuellen Kosten einer Impferweigerung und der gesellschaftlichen Kosten eines wachsenden Impfschutzes auszutarieren.

Das Abwägen unterschiedlicher Wirkungskanäle bezogen auf die Bedeutung geldpolitischer Maßnahmen während der Corona-Pandemie nimmt *Felix Heider* in den Blick. Eine zielgerichtete ökonomische Analyse, orientiert an der Vorgehensweise kontrafaktischer Beweisführung(en), kann helfen, ökonomische Wirkungen der Corona-Pandemie zielgerichteter einordnen und analysieren zu können. *Heider* sieht eine Kombination von Angebots- und Nachfrageschocks mit einem deutlichen Bedeutungsgewinn auf der Angebotsseite und versucht anhand des kontrafaktischen Gedankenexperiments eine alternative Geldpolitik bei Vorlage des Corona-Schocks zu skizzieren. Letztendlich stellt die Corona-Krise die immer wieder alte Frage als neu in den Raum, ob bei elementaren Krisen eine aktive oder eine passive Geldpolitik letztendlich sinnvoller erscheinen mag. Diskussionen um digitale Kryptowährungen geben dieser Diskussion, auch aus ganz anderen Begründungszusammenhängen, weiteren Auftrieb.

Das zweite Kapitel abschließend nehmen *Jochen Fleischmann*, *Jochen Kleining*, *Dorothee Brakmann* und *Christoph Glaetzer* die pharmazeutische Industrie in den Blick, die nicht nur durch die Impfdebatte wieder Teil eines ordnungs- und gesellschaftspolitischen Diskurses geworden ist. *Fleischmann et al.* ordnen die Grundlagen pharmazeutischer Forschung in grundsätzlicher Herangehensweise ein und nehmen insbesondere Bezug zu den auch durch die Corona-Pandemie an Bedeutung gewonnenen Aspekte von psychischen Erkrankungen sowie von Digitalisierung. Die bisherigen Innovationsförderungsmodelle, die im Pharmabereich noch sehr stark von singulären „Blockbuster-Entwicklungen“ getrieben sind, greifen die Herausforderungen der Zukunft nicht mehr adäquat ab. Corona bildet hier ein Beispiel, alternative Formen der Innovationsfinanzierung und Risikoteilung zwischen Patienten, Leistungserbringern, Kostenträgern und der Gesellschaft im Allgemeinen weiterzuentwickeln.

Das dritte und letzte **Kapitel 3: Ausgewählte Anwendungsbeispiele** kann zwar keine vollständige Tour d’Horizon über die vielfältigen Facetten des individuellen und gesellschaftlichen Erfahrungsschatzes, Leben mit Corona zu gestalten, bieten, nimmt jedoch ausgewählte und sehr zum Gestaltungsbild von gesellschaftlichen Kontexten passende Anwendungsbeispiele auf.

*Charlotte Förster*, *Stephanie Duchek* und *Silke Geithner* widmen sich der Frage, wie resilient Führungskräfte gerade im Gesundheitswesen sind. Die Diskussionen zur organisatorischen Resilienz wurden durch das Praxisbeispiel von Corona deutlich herausgefordert. Gerade ein Resilienzkonzept, das auf die Fähigkeiten abzielt, die psychische Gesundheit trotz widriger Umstände zu erhalten, gibt eine Steilflanke zu Führungsdiskussionen und auch zur Bedeutung von Selbstführung. Ein wesentliches Ergebnis können die Autorinnen auch mit Bezug auf empirische Ergebnisse nachzeichnen, indem die Herausforderung für Führungskräfte mit Stress konnotiert ist, der sich aufgrund zwischenmenschlicher Konfliktsituationen aufbaut. Gerade das Gesundheitswesen mit einem hohen Anteil an personenbezogener Arbeit, ist dafür prädestiniert. Die Pandemie-

situation habe diese Herausforderungen, insbesondere in der Pflege, verschärft. Die Zusammenhänge zwischen befördernden oder hinderlichen Kontextfaktoren und Resilienzfaktoren seien, so die Autorinnen, stärker in den Blick zu nehmen.

Unmittelbar mit einem Statement und einem Plädoyer für eine durch die Corona-Pandemie motivierte neue Führungskultur schließt sich *Sabine Depew* an. Diese nimmt Bezug auf den Bedeutungsgewinn von Netzwerkstrukturen sowohl im Außenbild von Unternehmen als auch in inneren Strukturen. Hybride Führungsstrukturen, die sich dieser Netzwerklogiken bewusst sind, gilt es nach *Depew* zu schärfen. Dies gilt insbesondere, weil durch wachsende auch organisational wirkende Unsicherheit die auch durch Führung erlebbare Beziehungsarbeit deutlich an Bedeutung gewinnt.

Mit einem anderen Feld von Netzwerkstrukturen und Beziehungsarbeit befassen sich *Stefanie Scholz* und *Philipp Stang*. Auf Grundlage von studentischen Projekten, die Auswirkungen der Corona-Pandemie aus Sicht von Studierenden analysieren, stellen sie die Ergebnisse dieser Erhebungen dar. Wesentliche Methode dazu ist ein aus der Psychologie stammendes Instrumentarium zur Erfassung des Erholungs-Belastungs-Niveaus. Die Ergebnisse aus der Befragung von über 760 Teilnehmenden zeigen, dass bei Studierenden im Vergleich zu Nicht-studierenden auf signifikantem Niveau Unterschiede im Erholungs- und Belastungsniveau konstatiert werden können. Dabei kommen auch die Unterschiede zwischen Vollzeitstudierenden und berufsbegleitend Studierenden zum Tragen. Gerade Vollzeitstudierende, die während der ersten Phasen der Pandemie kaum realen sozialen Kontakt wahrnehmen konnten, sind mit spürbaren Belastungseffekten konfrontiert.

Die Problematik von Belastungssituation korrespondiert unmittelbar mit der Arbeitssituation in der Pflege, insbesondere in der Altenpflege. Die Frage, ob gerade die Altenpflege mit der Form der „Zwangsdigitalisierung“ während der Corona-Krise profitieren konnte, stellen sich *Simon Weigele*, *Gwendolin Prins* und *Bruno Ristok* und zwar dezidiert aus Sicht eines IT-Anbieters. Gerade die Altenpflege war in vielfältiger Hinsicht von den Corona-Maßnahmen betroffen. Hier konnten teilweise Digitalisierungslösungen eine größere Resonanz als vor den Pandemie-Zeiten finden. Viele Maßnahmen, die im Kontext der Schutzmaßnahmen an die Pflegeeinrichtungen angetragen wurden, stellen jedoch zunächst reine Formen der Digitization dar, etwa Erfassungssysteme für covid-bezogene Symptome oder Schnelltests. Ein relevanter Lösungsbeitrag zur Entlastung von Pflegeprozessen und von Pflegenden bedürfe einer Digitalisierung im engeren Sinne, die sich der verschiedenen Akteursbeziehungen und Rückkoppelungen zum organisatorischen Kontext bewusst ist.

Das dritte Kapitel schließt ein Forschungsansatz von *Clemens Werkmeister* und *Martin Oppelt*. Anhand von Daten aus den Jahresrechnungsergebnissen von gesetzlichen Krankenversicherungen werden Hinweise zum Anpassungsverhalten der Krankenversicherungen an die Corona-Pandemie mit Blick auf die Zahl

der Filialen genommen. Orientiert an der Methode einer Data-Envelopment-Analyse zeichnen die Autoren für ausgesuchte Kassen das Sollmaß an Filialen nach und leiten somit ein Orientierungsmuster für einen Abgleich mit den tatsächlichen Filialen ab. Hier könnte, dies wäre ein weiteres Forschungsprogramm, ein Vergleich mit den tatsächlich geschlossenen Filialen erfolgen.

Mit Blick auf die eingereichten Beiträge lässt sich festhalten, dass trotz unterschiedlicher wissenschaftlicher Methodik und Tiefe, verschiedenen Erfahrungsobjekten und Erkenntnismethoden die Bedeutung des individuellen wie gesellschaftlichen Reagierens aber auch Agierens im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie deutlich werden konnte. Die Corona-Pandemie mag manchmal ursächlicher Auslöser, manchmal nur Verstärker von bereits vorhandenen Entwicklungstrends gewesen sein. Es bleibt aber die Erkenntnis, dass sich in allen Lebensbereichen Veränderungen ergeben haben, die aber nicht nur hingenommen werden, sondern auch zur Gestaltung aufrufen. Somit knüpft auch dieser Band, wie die vorangehenden Bände dieser Reihe auch, an der Idee an, aus einem interdisziplinären Austausch Brückenperspektive zu eröffnen und diese für gesellschaftliche Gestaltung, insbesondere im Gesundheits- und Sozialwesen, zu nutzen.

An dieser Stelle gilt wieder Dank an die vertrauensvolle Zusammenarbeit mit dem Kohlhammer-Verlag, insbesondere mit Herrn Dr. Sebastian Weigert, mit Frau Janina Schüle und Herrn Daniel Wünsch.

Ein ganz besonderer Dank gilt diesmal allen Autorinnen und Autoren für die Bereitschaft, sich in einem sich ständig ändernden Kontext, dem jeweiligen Thema zu stellen. Und es gilt der Dank für die Geduld mit den Herausgebern, die auch getrieben durch die hoch-volatile Corona-Entwicklung, für die Fertigstellung des Bandes länger gebraucht haben als geplant.

Fürth, Köln und Erfurt im Januar 2022

*Jürgen Zerth, Elmar Nass und Michael Garkisch*

Kapitel 1:  
Grundlegende Gedanken und  
Fragen an eine gesellschaftliche  
„Resilienz“ durch Corona



# Leben – Gesundheit – Staat in der Corona-Krise

*Peter Schallenberg*

## 1 Medizin als System

Die Corona-Krise bündelt brennglasartig in kaum geahnter Weise eine Reihe von nur lose miteinander zusammenhängenden Perspektiven unterschiedlicher wissenschaftlicher Provenienz. Dies gilt zumal im Blick auf eine zukünftige tiefgreifende Veränderung des menschlichen Zusammenlebens unter dem Primat bestmöglicher Gesundheitsversorgung und optimierter Überlebensversicherung. Ohne Zweifel nämlich bedeuten die Corona-Krise und das Auftreten einer Covid-19-Pandemie den gewaltigsten Einschnitt in der Geschichte der Menschheit seit dem Ende des Zweiten Weltkriegs. Das liegt wesentlich an zwei Faktoren: Erstens an einer inzwischen weltumspannenden ökonomischen und touristischen Globalisierung, die eine Verbreitung von früher regional begrenzten Epidemien beschleunigt. Zum ersten Mal wurde das bei der verheerenden Spanischen Grippe 1918–1920 beobachtet, die „spanisch“ nur heißt, weil zuerst spanische Zeitungen in jenem damals am Ende des Ersten Weltkriegs neutralen Land davon berichteten, und die wohl zuerst in den USA auftrat und sich von dort ausbreitete und wohl bis zu 50 Millionen Todesopfer gefordert hat, mehr als der gesamte Erste Weltkrieg (vgl. Salfellner 2020; Spinney 2018; Vasold 2008 und 2009; Witte 2008). So kommt es ab Januar 2020, ausgehend von China, zu einer weltweiten Wucht der Virus-Erkrankung und einer dadurch ausgelösten Pandemie.

Zweitens aber und wichtiger noch läuft diese Pandemie zusammen mit einer für die Moderne typischen und in postmoderner Zeit von Michel Foucault ausführlich beschriebenen Medikalisation oder auch „Medizinisierung“ zumindest der westlichen Gesellschaft und des seit Adam Smith entstehenden westlichen Kapitalismus (vgl. Conrad 2007). „Für die kapitalistische Gesellschaft war vor allem die Bio-Politik wichtig, das Biologische, das Somatische und das Körperliche. Der Körper ist eine bio-politische Wirklichkeit; die Medizin ist eine biopolitische Strategie.“ (Foucault 1976–1979, S. 275; Illich 1995). Daraus folgt aber die Systematisierung und auch gleichsam die Verstaatlichung – Foucault nennt das in seinen Vorlesungen am Collège de France 1977/1978 „Gouvernementalität“ (Foucault 2006) – der Medizin als zunächst einmal von der Ethik abgekoppelten Naturwissenschaft; Hippokrates befindet sich buchstäblich am Scheideweg (vgl. Beck 2001): „Man könnte die Ausbildung der Sozialmedizin in drei Etap-

pen nachzeichnen: zunächst die Staatsmedizin, dann die urbane Medizin und schließlich die Medizin der Arbeitskraft.“ (Foucault 1976–1979) Hinzufügen könnte man – im Blick auf den derzeitigen, von der Corona-Krise bewirkten neuen Schub der Medikalisierung – die Medizin der Risikogruppen. Medikalisierung meint also nicht nur – und nicht einmal primär – eine Ökonomisierung der Medizin und ihrer knappen Ressourcen, da in der westlichen Welt mit zunehmendem Alter der Bevölkerung – an der Spitze steht seit Jahren schon Italien mit einem Durchschnittsalter der Bevölkerung von 47 Jahren; sehr ähnlich ist es in Japan – wo eine überproportionale Steigerung der Gesundheitskosten zu verzeichnen ist, die Morbidität mit zunehmendem Lebensalter stark zunimmt und der Anteil kranker Menschen im Vergleich zur Gesamtbevölkerung sich stetig erhöht, wodurch die Ausgaben des Gesundheitswesens überproportional zunehmen. Dieser Prozess der Medikalisierung hat übrigens auch erhebliche Auswirkungen auf die gesamte Palliativmedizin und das weite Feld der bis vor kurzem noch rein privat organisierten Sterbebegleitung (vgl. Stolberg 2011, S. 258–261).

Dem voraus aber liegt ein Prozess der Veränderung im öffentlichen Leben und der Wahrnehmung von Gesundheit als öffentlichem Gut und öffentliches Anrecht, und damit zusammenhängend der Wahrnehmung von Krankheit als Dysfunktionalität privaten und öffentlichen Lebens. Krankheit und insbesondere eine weltweit auftretende Seuche oder Pandemie ist nicht länger ein passiv hinzunehmendes Schicksal oder gar, in archaischer religiöser Deutung, eine Strafe oder Geißel Gottes für Sünde und Laster (vgl. Tück 2020), etwa im Sinn eines alttestamentlichen Tun-Ergehens-Zusammenhangs (vgl. Janowski 1994), sondern ein aktiv zu bekämpfendes *malum physicum*, ein physisches oder biologisches Übel, das als zu bewältigende Herausforderung an das Individuum wie auch an die Gesellschaft und in moderner Zeit an den Sozialstaat herantritt (vgl. hier beispielsweise Helfer 2020). Damit aber ist, anders als bis zum Beginn der Neuzeit und dem Beginn des Siegeszuges der modernen Medizin, Krankheit und Seuche nicht mehr direkt ein Thema der Religion oder der Kirche, allenfalls indirekt über den Weg seelsorgerischen Beistandes (vgl. Schärfl 2020). Dies hat mit dem seit dem 16. Jahrhundert und der Reformation beginnenden Wandel von „der Pastoral der Seelen zur politischen Regierung der Menschen“ zu tun; es beginnt „eine Entwicklung der Leitung der Menschen sogar außerhalb der kirchlichen Autorität“ (Foucault 2006). Krankheit ist, modern gesprochen, ein zu beseitigendes Hindernis auf dem Weg zum öffentlichen optimierten Gut der Gesundheit, das durch den entwickelten Sozialstaat und die ihm verbundene Sozialmedizin garantiert und auch nach möglichst gleichen und gerechten Kriterien im Gesundheitssystem (und in Form gesetzlicher Krankenversicherung oder eines gesetzlichen „national health service“, einer nationalen allgemeinen Gesundheitsversorgung also) zugeteilt wird. Britische und italienische Gesundheitsversorgung orientiert sich, im Unterschied etwa zum österreichischen oder deutschen Gesundheitssystem, an diesem etatistischen Modell. Gesundheit und Krankheitsbekämpfung werden zum Bürgerrecht.

## 2 Gesundheit als Recht und Pflicht

Vor Gottfried Wilhelm Leibniz (1646–1716) und seiner klinisch reinen Unterscheidung von *malum physicum* und *malum metaphysicum* (auch *malum morale*), und vor dem im Zeichen des Protestantismus einsetzenden Siegeszuges der modernen Naturwissenschaften und der Medizin mit ihrer pathologischen Anatomie – die in katholischen Ländern verboten war – hätte davon kaum die Rede sein können. Etwas verkürzt, aber prägnant gesagt: An die Stelle des Hospizes tritt nun das Hospital, an die Stelle der Gebete die Medizin. „Das Krankenhaus als therapeutisches Instrument ist in der Tat eine relativ moderne Vorstellung, die erst Ende des 18. Jahrhunderts aufkam. Etwa um 1760 entstand der Gedanke, das Krankenhaus könne und müsse ein Instrument zur Heilung von Kranken sein.“ (Foucault 1976–1979a, S. 645). Von nun an ist das Krankenhaus und seine Gesundheitstechnik systemrelevant: „Dank der Technologie des Krankenhauses werden Individuum und Bevölkerung gleichzeitig zum Objekt medizinischen Wissens und ärztlicher Eingriffe. Die Neuverteilung dieser beiden Formen von Medizin wird erst im 19. Jahrhundert erfolgen. Die Medizin, die im Laufe des 18. Jahrhunderts entsteht, ist zugleich eine Medizin des Individuums und der Bevölkerung.“ (Foucault 1976–1979a, S. 660).

Die individuelle Gesundheit ist nicht nur ein öffentliches Recht, sondern auch eine öffentliche Pflicht, die vom Staat, bis hin zu Seuchenschutzgesetzen, zur Infektionsschutzgesetzgebung und zur Impfpflicht überwacht, kontrolliert und erhalten wird. In totalitären Systemen des Faschismus und des Kommunismus geht dies bis zum Zwang zur Gesundheit im Dienst an der Totalität des sogenannten und zynisch so benannten „Volkskörpers“. Dieser Pflicht und diesem Recht entspricht zugleich die Einschränkung individueller Freiheiten, wie der Handelsfreiheit, der Reisefreiheit oder auch der Religionsfreiheit. Und wo diese Pflicht zur Aufrechterhaltung der öffentlichen wie privaten Gesundheit in Konkurrenz gerät mit anderen öffentlichen Gütern und Zielen, wie etwa der Schulpflicht oder schlicht der Ermöglichung des wirtschaftlichen Lebens, da werden schmerzhaft und zum Teil vorher kaum geahnte Güterabwägungen nötig. „Triage“ als selektierende Bewertung geschieht nicht erst am Krankenbett oder auf der Intensivstation, sondern vorab bereits im Raum öffentlicher und parlamentarischer Debatten. Gesellschaftliche Rechte und individuelle Pflichten müssen in interdisziplinären Diskursen um das garantierte Gut der Gesundheit – zunehmend entkoppelt vom traditionellen Begriff des Heils, wie er noch im hippokratischen Eid vorkommt – abgewogen werden (vgl. Baltes 2013).