

Zerth/Nass/Garkisch (Hrsg.)

Leben und Versorgung gestalten nach Corona

Lernen und Lehren aus der Krise

Kohlhammer

Kohlhammer

Versorgung gestalten – Gestaltung der Gesundheits- und Sozialversorgung heute und morgen

Herausgegeben von Jürgen Zerth und Elmar Nass

Die Reihe „Versorgung gestalten“ umfasst sowohl Monographien als auch Sammelbände, die das Themenfeld Gesundheitsversorgung aus interdisziplinärer Perspektive untersuchen.

Gesundheits- und Pflegeprozesse sind immer Beziehungen zwischen Ärzten, Patienten, Pflegenden und Gepflegten. Diese Beziehungen sind jedoch in einer organisatorischen und finanziellen Gestaltungsstruktur eingebettet, die wiederum integraler Bestandteil von (regulierten) Marktmechanismen ist. In diesem Sinne sind handlungstheoretische Perspektiven und Begründungsebenen genauso relevant wie die Auseinandersetzung mit organisationstheoretischen Anreiz- und Managementaspekten sowie wertorientierten Führungs- und Leitungsstrukturen. Die Reihe greift daher Fragestellungen der Handlungs- wie Organisationsebene im Gesundheitswesen genauso auf wie Aspekte der Technologieimplementierung im Gesundheits- und Sozialmarkt und den damit einhergehenden Konsequenzen für Akteure, Betroffene, Organisationen und Institutionen.

Die Analyse übergeordneter institutioneller Strukturen (regulierter) Gesundheitsmärkte komplettiert den interdisziplinären Blick auf die Herausforderung „Versorgung gestalten“.

Zerth/Nass/Garkisch (Hrsg.)

Leben und Versorgung gestalten nach Corona

Lernen und Lehren aus der Krise

Verlag W. Kohlhammer

1. Auflage 2022

Alle Rechte vorbehalten

© W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Gesamtherstellung: W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Print:

ISBN 978-3-17-041066-4

E-Book-Format:

pdf: 978-3-17-041067-1

Für den Inhalt abgedruckter oder verlinkter Websites ist ausschließlich der jeweilige Betreiber verantwortlich. Die W. Kohlhammer GmbH hat keinen Einfluss auf die verknüpften Seiten und übernimmt hierfür keinerlei Haftung.

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Inhalt

Thematische Hinführung	7
------------------------------	---

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

<i>Peter Schallenberg</i> Leben – Gesundheit – Staat in der Corona-Krise	15
<i>Elmar Nass</i> Ein Kompass zur Corona-Ethik Sondierung und christliche Orientierung	29
<i>Werner Schöniß</i> Irenik in Zeiten des Corona-Virus Stresstest und bedingte Resilienz der bundesdeutschen Sozialordnung	53
<i>Hannes Jännert</i> Neustart nach Corona – die Bürgergesellschaft im digitalen Wandel	63

Kapitel 2: Handlungsfelder der Corona-Politik

<i>Andreas Mayert</i> Lassen sich aus den Folgen der Corona-Pandemie ökonomische Lehren ableiten?	77
<i>Nikolaus Knoepffler / Jürgen Zertß</i> Impfpriorisierung und Impfpflicht – eine ethische Bewertung	97
<i>Felix Heider</i> Die Geldpolitik der EZB in der Coronakrise – ein kontrafaktisches Gedankenexperiment	107
<i>Jochen Fleischmann / Jochen Kleining / Dorothee Brakmann / Christoph Glaetzer</i> Pharmazeutische Innovationen nach Covid 19 – eine Industrieperspektive	133

Kapitel 3: Ausgewählte Anwendungsbeispiele

<i>Charlotte Förster / Stephanie Ducheck / Silke Geithner</i>	
Resilienz von Führungskräften in pandemischen Zeiten: Stärkung oder Erosion?	149
<i>Sabine Depew</i>	
Hybride Führung: Warum die Pandemie ein Beschleuniger für eine neue Führungskultur ist (ein Statement)	167
<i>Stefanie Scholz / Philipp Stang</i>	
Studieren während der Covid-Pandemie Eine explorative Bestandsaufnahme mit praktischen Implikationen	173
<i>Simon Weigele / Gwendolin Prins / Bruno Ristok</i>	
„Covid-19: aktuelle und zukünftige Herausforderungen für die IT in der Altenhilfe – Statusbericht eines IT-Anbieters“	183
<i>Clemens Werkmeister / Martin Oppelt</i>	
Der Covid-Schock als Katalysator von Filialeinsparungen gesetzlicher Krankenkassen	193

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 wertorientierter 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 Gesundheitssystems 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 Allgemeinplatz, 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 Impfverweigerung 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 Resilienzbegriff, der 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 touristicen 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 Medikalisierung 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 „Gouvernementalité“ (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).

3 Medizinische Güterabwägung als „Triage“

Eine Krise bündelt immer verschiedene unterschiedliche und bisher vielleicht verborgen schlummernde Probleme des individuellen wie des gesellschaftlichen Zusammenlebens. Manchmal werden auch altgewohnte Theorien und Denkschemata wie zufällig an die Oberfläche der öffentlichen Debatte gespült und zeigen sich unvermutet in neuem Gewand. So auch in der Corona-Krise, besonders eindrücklich im Feld der Intensivmedizin angesichts einer wirklichen (wie etwa in Italien, Spanien und Frankreich) oder auch nur befürchteten Überlastung und Überbeanspruchung des öffentlichen Gesundheitssystems, der öffentlichen Krankenhäuser und nicht zuletzt der Intensivstationen. Die Debatte verschärfend kommt innerhalb der Europäischen Union ein erhebliches Gefälle der öffentlichen Gesundheitsversorgung hinzu, mit zum Teil finanziell sträflich schlecht und mangelhaft ausgestatteten Krankenhäusern und Intensivstationen, wie auch erhebliche Unterschiede in der Versorgung mit Intensivbetten (in Deutschland Stand Februar 2020, kurz vor Ausbruch der Corona-Pandemie, etwa 35 pro 100 000 Einwohner, in Großbritannien etwa 6 pro 100 000 Einwohner) und weiterhin erhebliche Unterschiede in der Organisation und Struktur der Krankenversicherung und des Gesundheitswesens.

Aus einigen Epizentren der Corona-Pandemie im nicht-deutschsprachigen Ausland wurde im März und April 2020 berichtet, dass Ärzte mehrmals am Tag entscheiden müssen, wen sie in der intensivmedizinischen Betreuung an eine für das Überleben notwendige Beatmungsmaschine legen, und wer überhaupt Zugang zu intensivmedizinischer Behandlung haben darf. Diskussionen um utilitaristisch geprägte Kriterien in der Tradition von John Stuart Mill im angelsächsischen Raum oder deontologisch geprägte Kriterien in der Tradition von Immanuel Kant im kontinentaleuropäischen schließen sich an. Übrigens muss sich ein möglicher Utilitarismus nicht notwendig als Individualismus ausgeben; er kann auch unvermutet im Gewand eines technokratischen Paternalismus auftauchen (vgl. Saint-Paul 2011).

4 Katholische Bioethik

In solchen Fällen der scheinbar notwendigen Güterabwägung von Patienten und ihren Ansprüchen auf umfassende intensivmedizinische Behandlung gibt es aus katholisch-ethischer Perspektive eine klare moraltheologische Handlungsmaxime. Papst Johannes Paul II. hat das 1995 in seiner Enzyklika „*Evangelium vitae*“, in der es um den Wert und die Unantastbarkeit des menschlichen Lebens geht, in prinzipieller Form sehr deutlich gemacht. Hier heißt es: „Der Höhepunkt der Willkür und des Unrechts wird dann erreicht, wenn sich einige Ärzte oder Gesetzgeber die Macht anmaßen darüber zu entscheiden, wer leben und wer

sterben darf. (...) So wird das Leben des Schwächsten in die Hände des Stärksten gelegt; in der Gesellschaft geht der Sinn für Gerechtigkeit verloren und das gegenseitige Vertrauen, Grundlage jeder echten Beziehung zwischen den Menschen, wird an der Wurzel untergraben.“(Johannes Paul II 1995). Das heißt: Grundlage der medizinischen Ethik und der Bioethik muss in dieser Sicht immer die stets gleiche Personengerechtigkeit sein (vgl. Gloy 2017), alles andere verzwecklicht nämlich die Person und ihr Lebensrecht.

Der Kontext der oben zitierten Aussage des päpstlichen Lehramtes ist freilich etwas anders als der Kontext einer Frage von Güterabwägung bei knappen stationären medizinischen Ressourcen. Das Zitat stammt nämlich aus einer längeren und ausführlich begründeten Ablehnung der Euthanasie und der daraus folgenden Ablehnung der Beihilfe zum Suizid, sei es durch Angehörige oder Ärzte, auch wenn es scheinbar aus der guten Absicht des Mitleids geschieht. Dennoch können analoge Bewertungen auch für das hier vorliegende Problem der Abwägung von Zugangsrechten zu knappen medizinischen Ressourcen gegeben werden: Wenn Leben gegen Leben steht, ist aus Sicht eines ethischen deontologischen und anti-konsequentialistischen Personalismus eine Güterabwägung unmöglich. Ein solcher vitaler Konflikt ist nämlich prinzipiell unauflöslich. Allerdings gilt dies nur für das absolut gleichzeitige Auftreten des Konflikts. Ansonsten gilt nämlich der alte ethische Grundsatz „*melior est status possidentis*“ (besser ist der Zustand des Erreichten), das heißt in diesem Fall konkret: Nicht das Anschalten einer frei gewordenen Behandlungskapazität, sondern das Abschalten der noch belegten Maschine muss sich rechtfertigen. Und das ist im Angesicht von Person zu Person prinzipiell unmöglich; eine Abschaltung der lebensnotwendigen Intensivmaßnahme eines Patienten zugunsten eines anderen ist grundsätzlich nicht zu rechtfertigen, sonst würde man sich anmaßen, ein Urteil über den Lebenswert zu fällen. Dies gilt mit einer Ausnahme, auf die wir gleich zu sprechen kommen.

Zuvor werfen wir nochmals einen Blick auf die in Frage stehende Güterabwägung, die in der fachmedizinischen Literatur auch als „Triage“ (Brech 2008) (französisch: „*trier*“ für sortieren, aussuchen) bezeichnet wird, und zunächst ein legitimes Verfahren zur Priorisierung medizinischer Hilfe und Notfallmaßnahme ist, um bei unerwarteter hoher Patientenzahl und begrenzten Ressourcen zu einer Strukturierung der notfallmedizinischen Maßnahmen zu kommen. Den Ursprung hat das Verfahren wohl im Krimkrieg 1854 (vgl. etwa Figes 2014) und der dort in der russischen Armee von dem russischen Chirurgen Nikolai Iwanowitsch Pirogow (1810–1881) eingeführten abgestuften chirurgischen Behandlung und der Einteilung der Verwundeten in fünf Stufen (Pirogowsche Sichtung). Die preußische und die französische Armee übernahmen das Prinzip, bis hin zum Motto des französischen Sanitätsdienstes im Ersten Weltkrieg „*Triage – Transport – Traitement*“ (Sichtung, Transport, Behandlung). Natürlich ist mit der ersten Sichtung immer auch eine unwillkürliche Selektion verbunden, um der Ordnung der darauffolgenden effektiven Behandlung willen (vgl. Ellebrecht

2009), nicht um der Abwägung von Überlebenschancen willen, jedoch immer und explizit nur für plötzlich auftretende Notfälle und Katastrophen, ähnlich der modernen Notfallmedizin und Intensivmedizin (vgl. Frühwald 2016), und streng begrenzt immer auf den absoluten Ausnahmefall.

Die oben verzeichnete Aussage aus der Enzyklika „*Evangelium vitae*“ ist freilich zunächst eine grundsätzliche Aussage über das prinzipiell gleiche Lebensrecht eines jeden Menschen, auch und gerade am intensivmedizinisch begleiteten und assistierten Lebensende bei expliziter Ablehnung eines assistierten Suizids (vgl. Schaber 2016). Die Aussage bezieht sich damit noch nicht direkt auf intensivmedizinische Maßnahmen am irreversiblen Lebensende. Dennoch kann von dieser Aussage der Enzyklika darauf geschlossen werden, dass ein jeder Mensch, unabhängig von Alter oder Gesundheitszustand, das unbedingte Recht auf eine gleiche und gerechte optimale Gesundheitsversorgung hat. Daher kann es zu einer sogenannten „Triage“ aus katholisch-ethischer Sicht nur in Ausnahmesituationen kommen, unabhängig natürlich von der Tatsache, dass ein „Triage-Verfahren“ in den Notfallambulanzen und in der Intensivmedizin zu Recht und medizinisch indiziert dann Anwendung findet, wenn man herausfinden muss, mit welchem Grad von Dringlichkeit die Behandlung eines Patienten erforderlich ist, und mit welchem Behandlungsziel. Nicht immer ist vollständige Heilung und Gesundung, oft auch nur eine Milderung des Krankheitsverlaufes, manchmal eine palliative Begleitung des einsetzenden finalen Sterbeprozesses möglich.

5 Intensivmedizinische und palliative Kasuistik

Darüber hinaus und im weiteren Sinn könnte es zu einer Auswahl nur in zwei Situationen kommen, und zwar: Erstens – sogenannte „*ex-ante-triage*“ im Fall der Vor-Auswahl – dann, wenn beispielsweise zwei erkrankte Personen zeitgleich an einem intensivmedizinischen Behandlungsplatz ankommen und der Arzt auswählen muss unter den ankommenden Patienten. Hier liegt auch der eigentliche Ursprung der Triage, nämlich ursprünglich in der Kriegsmedizin und im Lazarettwesen: Schnell und unbürokratisch und oftmals intuitiv musste der Arzt entscheiden, wem die medizinische Behandlung und die knappen medizinischen Ressourcen zukommen sollten. Später wurde dieses Verfahren der Triage vom Kriegsfall auch ausgeweitet auf den Bereich der Notfallmedizin, weil hier manchmal ähnliche Situationen schneller notwendiger medizinischer Auswahl angesichts knapper medizinischer Ressourcen gegeben sind. In solchen Fällen der Not, des Notfalls und der Ausnahme ist der Arzt prinzipiell frei in seiner Entscheidung, die schnell und präzise erfolgen muss.

Zweitens – sogenannte „*ex-post-triage*“ im Fall der späteren (nach Bettenbelegung) erfolgten Auswahl – dann, wenn ein intensivmedizinisch behandelte