

Jahrbuch Sozialer Protestantismus

2022

Öffentliche Gesundheit



Band 14

ÖFFENTLICHE GESUNDHEIT

Jahrbuch Sozialer Protestantismus

Band 14

Herausgegeben von Georg Lämmelin,
Traugott Jähnichen, Torsten Meireis, Thorsten Moos, Sabine Plonz,
Johannes Rehm, Sigrid Reihls im Auftrag der Stiftung Sozialer
Protestantismus, des Evangelischen Verbandes Kirche – Wirtschaft –
Arbeitswelt und des Sozialwissenschaftlichen Instituts der EKD
Redaktion: Thorsten Moos und Sabine Plonz

ÖFFENTLICHE GESUNDHEIT



EVANGELISCHE VERLAGSANSTALT
Leipzig

Bibliographische Information der Deutschen Nationalbibliothek:
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der
Deutschen Nationalbibliographie; detaillierte bibliographische Daten
sind im Internet über <http://dnb.dnb.de> abrufbar.

© 2022 by Evangelische Verlagsanstalt GmbH · Leipzig
Printed in Germany

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

Das Buch wurde auf alterungsbeständigem Papier gedruckt.

Cover: Kai-Michael Gustmann, Leipzig
Satz, Druck und Binden: Druckerei Böhlau, Leipzig

ISBN 978-3-374-07289-7 // eISBN (PDF) 978-3-374-07290-3
www.eva-leipzig.de

INHALT

Öffentliche Gesundheit: Zur Einführung	9
<i>Thorsten Moos & Sabine Plonz</i>	

ÖFFENTLICHE GESUNDHEIT IN GESCHICHTE UND GEGENWART DES WOHLFAHRTSSTAATS

Öffentliche Gesundheit in historischer Perspektive	21
<i>Sabine Schleiermacher</i>	

Öffentliche Gesundheit in europäischen Gesundheitssystemen am Beispiel der Bundesrepublik Deutschland	39
<i>Timo Ulrichs</i>	

Moralische Indienstnahme von Pflegenden?	51
<i>Fürsorgliches Ethos und Handlungsfähigkeit von Beschäftigten in Alten- und Krankenpflege</i>	
<i>Iris Nowak</i>	

Evangelische Krankenpflege und das evangelische Krankenhaus in der öffentlichen Gesundheitsversorgung	71
<i>Barbara Städtler-Mach</i>	

ÖFFENTLICHE GESUNDHEIT, SEUCHEN UND (DEUTUNGEN VON) KÖRPERLICHKEIT

Körper-Politiken in der Pandemie	89
<i>Soziale Ansteckung und gesellschaftliche Immunisierung</i>	
<i>Katharina Liebsch</i>	

Public Health und Krankheitsdeutung	103
<i>Fünf Erkundungsgänge zum Umgang mit Seuchenszenarien von Giovanni Bocaccio bis Johann Joseph Görres</i>	
<i>Stephan Schaede</i>	

Lepra, Pest, Pocken – und Corona 117
*Ethische Aspekte der Präsenz historischer Seuchen
in gegenwärtigen Diskursen*
Megan Arndt

ETHISCHE GRUNDFRAGEN ÖFFENTLICHER GESUNDHEIT IN DER COVID-19-PANDEMIE

Der Ausnahmezustand und die Regeln 137
Ein kritischer Blick auf Pandemie und Recht
A. Katarina Weilert

Individuelle Freiheit und kollektiver Gesundheitsschutz –
ein Widerspruch? 157
Lehren aus der Covid-19-Pandemie aus ethischer Sicht
Sigrid Graumann

Triage als Einübung von Priorisierung und Rationierung
im Gesundheitswesen? 173
Markus Zimmermann

Alte Menschen als Risikogruppe in der Corona-Pandemie 188
*Zur ethischen Kritik des Konzepts vulnerabler Gruppen
und seiner Nützlichkeit in der Pandemie*
Michael Coors

Public Health und Pandemien als globale Herausforderung 204
*Beobachtungen und Reflexionen aus ökumenischer und
globaler Perspektive*
Christoph Benn

Vitale Ungleichheiten und internationale Gesundheitsgerechtigkeit ... 220
Andreas Wulf

ÖFFENTLICHE GESUNDHEIT ALS THEMA DER THEOLOGISCHEN ETHIK

Fehlannonce Öffentliche Gesundheit? 233
*Eine historisch-kritische Studie zum bevölkerungs- und
geschlechterpolitischen Profil des Wohlfahrtsstaats und
der deutsch-lutherischen »Sozialethik«*
Sabine Plonz

Ethische Impulse der EKD für Reformen des deutschen Gesundheitssystems	271
<i>Gerechtigkeit als Kriterium zur Verteilung »knapper« Ressourcen</i> <i>Traugott Jähnichen</i>	
Public Health als zu entwickelndes Thema theologischer Ethik ...	291
<i>Thorsten Moos</i>	

REZENSION

Gärtner, Claudia: Klima, Corona und das Christentum. Religiöse Bildung für nachhaltige Entwicklung in einer verwundeten Welt (Religionswissenschaft Band 20), Bielefeld 2020	321
<i>Megan Arndt</i>	
Zu den Autorinnen und Autoren	325

ÖFFENTLICHE GESUNDHEIT:

Zur Einführung

Thorsten Moos & Sabine Plonz

Public Health bzw. Öffentliche Gesundheit ist in der neueren evangelischen Sozialethik ein kaum etablierter Themenbereich. Während sich wissenschaftliche Netzwerke zu Public-Health-Ethik gebildet haben und entsprechende Studiengänge eingerichtet wurden, muss in der evangelischen Ethik noch sondiert werden, wie das Feld zu beschreiben ist und die dort aufkommenden Fragen im theologischen Horizont zu reflektieren sind. Spätestens in der Covid-19-Pandemie ist deutlich geworden, dass hier medizinische Probleme mit Fragestellungen der Sozialethik, der politischen Ethik und der Ethik der Lebensführung im Zusammenhang behandelt werden müssen. Das Jahrbuch nimmt die Pandemie-Erfahrung zum Anlass, das Themenfeld *Public Health* bzw. Öffentliche Gesundheit aus unterschiedlichen Perspektiven und fachlich breit aufgestellt zu beleuchten. Ziel ist es, mithilfe der hier versammelten Beiträge verschiedener Fachrichtungen ethisch relevante Aspekte herauszuarbeiten und theologisch-ethische Sondierungen vorzunehmen. Dazu gehören historische und aktuelle Zugänge zur Gesundheits- und Sozialpolitik, zur sozialprotestantischen Tradition und zu religiösen Reaktionen auf Seuchenerfahrungen ebenso wie medizin- und rechtsethische, arbeitssoziologische und körperpolitische Analysen, Reflexionen auf Diskussionen im Ethikrat sowie Einschätzungen und Erfahrungen, die im internationalen Engagement für Gesundheit verankert sind. Schließlich erkunden drei Beiträge aus explizit (sozial-)ethisch-theologischer Sicht das Terrain.

Zu den zentralen systematischen Herausforderungen gehören, so wird es in vielen Beiträgen deutlich, Abwägungen zwischen den Ansprüchen von Individuen und den Ansprüchen »aller« und damit verbunden die Frage, wie Freiheit und Gerechtigkeit mit Blick auf Öffentliche Gesundheit ins Verhältnis zu setzen sind. Während eine liberal geprägte Medizinethik vor allem an den Belangen des selbstbestimmten Individuums orientiert ist, hat es Public-Health-Ethik mit der Sicherung und Förderung kollektiver Güter wie Wohlfahrt und Gesundheit der Bevölkerung zu tun, die in globalem Zusammenhang stehen. Individuelle Freiheitsausübung kann sowohl auf der Ebene der persönlichen

Alltagspraxis als auch in medizinischen und wohlfahrtsstaatlichen Vollzügen zur Disposition stehen; sie kann in Konflikt geraten mit der Bedürftigkeit und situativ bedingten Verletzlichkeit einzelner Menschen oder großer Gruppen. Auf der öffentlich-politischen Ebene sind entsprechend in den letzten Jahren immer wieder kritische Anfragen an die Rechtsstaatlichkeit und Freiheitsverträglichkeit der ergriffenen Maßnahmen laut geworden.

Die im vorliegenden Band erörterten Problemzuschnitte betreffen angesichts von (unter der Pandemie verschärften) Defiziten der nationalen und globalen Gesundheitsversorgung auch Verständnis und Reichweite von Solidarität und ihrer (sozial-)politischen Verankerung. Das umfasst insbesondere Themen der Arbeitsbedingungen und der Arbeitnehmerorganisation und damit zentrale Anliegen des »Sozialen Protestantismus«. Diese weisen im hier vor allem zu berücksichtigenden Gesundheits- und Pflegesektor allerdings erhebliche Spezifika auf – nicht zuletzt wegen der damit anstehenden Auseinandersetzung mit den Geschlechterverhältnissen. Weiterhin tritt im Kontext von Public Health/ Öffentliche Gesundheit die Bedeutung der körperlichen Dimension von Krankheit, aber auch der Organisation von Wirtschaft und Arbeit hervor. Insbesondere von explizit körpertheoretischen Analysen sind wichtige ethische Impulse zu erwarten.

Insgesamt erschließt der Band das Thema der öffentlichen Gesundheit sozial-ethisch nicht in enzyklopädischer Breite, sondern in exemplarischer Vertiefung und durchaus auch in thetischer Zuspitzung. Zur besseren Übersicht sind die Beiträge des Bandes vier Abteilungen zugeordnet, aber selbstverständlich jeweils in ihren eigenständigen Zuschnitten zu würdigen. Sie werden im Folgenden kurz vorgestellt.

Der erste Teil, *Öffentliche Gesundheit in Geschichte und Gegenwart des Wohlfahrtsstaats*, versammelt einführende Beiträge zur Public-Health-Ethik und zur öffentlichen Gesundheitsversorgung. Einleitend legt die an der Berliner Charité tätige Medizinhistorikerin *Sabine Schleiermacher* in ihrem Aufsatz über *Öffentliche Gesundheit in historischer Perspektive* dar, dass die in Deutschland mit entwickelte Public-Health-Perspektive bei deren Pionieren wie Virchow und Neumann sozialreformerisch und freiheitlich motiviert war, aber im Verlauf ihrer rund 200-jährigen Geschichte sowohl auf politische Widerstände gestoßen ist als auch ambivalente und problematische gesundheitspolitische Entwicklungen ausgeprägt hat. Dadurch geriet das Anliegen der *sozialen Medizin* oder der Verbesserung der Lebensqualität der Bevölkerung gleichsam auf eine schiefe Ebene. In der NS-Epoche spitzte sich diese Entwicklung so zu, dass im Namen von »Gesundheits- und Bevölkerungspolitik« Menschen nicht angemessen versorgt, sondern ausgegrenzt und ermordet wurden. Nach Schleiermacher hat hierzu die überdurchschnittlich nationalsozialistisch orientierte Ärzteschaft, der es seinerzeit gelang, eigene machtvolle Interessenvertretungen voranzutreiben, erheblich beigetragen. Für die Epoche vom Kaiserreich bis zur NS-Herrschaft zeigt sie zudem Weichenstellungen in der staat-

lichen Organisation des Gesundheitswesens auf, die auch danach wirksam blieben und für Schwierigkeiten im aktuellen Pandemiemanagement und die hohen Opferzahlen in stationären Einrichtungen relevant sind. Auch in der DDR seien Ursachenforschung in puncto NS-Zeit und präventive Gesundheitsverantwortung vernachlässigt worden, aber es entstanden ineinandergreifende Strukturen wie Betriebe und die Polikliniken, die weiterhin interessant seien.

Der Epidemiologe *Timo Ulrichs* behandelt in seinem Beitrag *Öffentliche Gesundheit in europäischen Gesundheitssystemen am Beispiel der Bundesrepublik Deutschland* die Spezifika des deutschen Gesundheitswesens im Gegenüber zum steuerfinanzierten Beveridge-System, wie es in Großbritannien, aber auch in einigen skandinavischen und südeuropäischen Ländern etabliert ist. Das intrikate Ineinander von marktwirtschaftlichen und planwirtschaftlichen Elementen im deutschen Gesundheitswesen führt insbesondere zu Ungleichheiten in der Versorgung, etwa zwischen Stadt und Land, aber auch zwischen privat und gesetzlich Versicherten; zugleich ist das Prinzip der gesundheitlichen Gleichheit durch die Dominanz der gesetzlichen Solidarversicherung prägend. Im »Stresstest« unter Pandemiebedingungen zeigt sich dieses Gleichheitsprinzip etwa in der Ablehnung der Berücksichtigung des Impfstatus in Triage-Entscheidungen. Zugleich wurde deutlich, dass das marktwirtschaftlich liberalisierte deutsche Gesundheitswesen auf die Pandemie nur unzureichend vorbereitet war, da zu wenig personelle, materielle und institutionelle Ressourcen für den Pandemiefall vorgehalten wurden. Ein angemessenes *pandemic preparedness planning* erfordert die Stärkung planwirtschaftlicher Elemente im Gesundheitswesen.

Der Widerspruch zwischen der gesellschaftlichen Bedeutung von Kranken- und Altenpflege und dem Mangel an Anerkennung für diese Arbeiten ist zwar oft beklagt worden, doch sind die von Zeitnot und Personalmangel geprägten Arbeitsbedingungen weiterhin hochbelastend bis krankmachend für die dort Tätigen. Die Hamburger Soziologin *Iris Nowak* analysiert in ihrem Beitrag *Moralische Indienstnahme von Pflegenden? Fürsorgliches Ethos und Handlungsfähigkeit von Beschäftigten in Alten- und Krankenpflege* die Situation beruflich Pflegender, gewerkschaftliche Positionen und die wissenschaftliche Debatte dazu. Was fördert oder hemmt ihre Organisationsbereitschaft und -fähigkeit? Welche Rolle spielt das Fürsorge-Ethos dabei? Dass dieses Ethos historisch gesehen gerade von kirchlichen Akteuren Frauen aufgenötigt wurde, um sie für die aufreibende Pflege moralisch in Dienst zu nehmen, ist zwar unbestreitbar, doch sei es zu einseitig, es nur als Hemmschuh für das Erreichen von Verbesserungen in der Arbeitswelt zu brandmarken (Pflegende als *prisoners of love*). Umgekehrt greife es auch zu kurz, das fürsorgliche Ethos unvermittelt zur Ressource für die Mobilisierung dieser Beschäftigten zu erklären. Es sei vielmehr selbst Austragungsort und Gegenstand von Konflikten. Nowak ver-

deutlicht das an Arbeitskämpfen und Organisationsformen von Beschäftigten der Krankenpflege, die in jüngster Zeit Erfolge zeitigten. Ihre eigene Forschung in der Altenpflege zeigt hingegen, wie das Ethos der Fürsorglichkeit unter Konkurrenz- und Machtverhältnissen instrumentalisiert wird. Zur Entwicklung von politisch zu nennenden Veränderungsperspektiven für die Pflege, so schließt sie aus ihren Interviews, brauche es Räume zum Austausch, etwa durch Supervisionsangebote und eine begleitende gesellschaftliche Debatte über Sinn und Ziele von Arbeitskämpfen.

Die Nürnberger Hochschulrektorin und Theologin *Barbara Städtler-Mach* stellt die *Evangelische Krankenpflege und das evangelische Krankenhaus in der öffentlichen Gesundheitsversorgung* dar. Ausgehend von den diakoniegeschichtlichen Wurzeln und der spezifisch deutschen wohlfahrtsstaatlichen Tradition unterstreicht sie, dass die konfessionell getragene Krankenpflege integraler Bestandteil der Gesundheitsversorgung in Deutschland ist. Sowohl in quantitativer als auch in qualitativer Hinsicht sei diese unverzichtbar und gesellschaftlich anerkannt. Das gelte auch angesichts von Anfragen bezüglich der Zeitgemäßheit der staatlichen Einbindung und Finanzierung christlicher Krankenversorgung. Die evangelischen Einrichtungen setzen sich ihrerseits beständig mit Ort und Aktualität ihres christlichen, von der Bibel her vorgegebenen diakonischen Profils und Menschenbilds auseinander und suchen beides mit den aktuellen Herausforderungen des Gesundheitswesens, etwa seiner Ökonomisierung und Technisierung, in Übereinstimmung zu bringen.

Der zweite Abschnitt des Bandes, *Öffentliche Gesundheit, Seuchen und (Deutungen von) Körperlichkeit*, bietet drei soziologische und historische Analysen von Körperlichkeit im Kontext von *Public Health*. Den Anfang macht die Hamburger Soziologin *Katharina Liebsch* mit ihrem Beitrag *Körper-Politiken in der Pandemie – Soziale Ansteckung und gesellschaftliche Immunisierung*. Körperpolitische Theorien durchdenken die Verschränkung von Natur und Kultur, Biologie und Gesellschaft. Sie knüpfen an Michel Foucaults Untersuchungen zum Aufkommen der Biomacht an. Anders als im 18./19. Jh. geht es beim zeitgenössischen Fokus aber nicht um gattungs- oder bevölkerungspolitisch motivierte staatliche Interventionen in das Leben der Einzelnen. Vielmehr rekurriert die Autorin auf Ansätze, die das Körper-Welt-Verhältnis vom Biologischen und Technologischen her durchdenken und radikale Infragestellungen der Subjekthaftigkeit vortragen. Sie veranschaulicht die Verflechtungen zwischen biologischen Körpern und Gesellschaft an zwei zentralen Themen der Bekämpfung der Covid-Pandemie: *Ansteckung und Immunisierung*. Hier werden gewohnte Vorstellungen, einschließlich der Bedeutung von Vernunft und Affekten, auf den Kopf gestellt. Die Steuerung der Körper durch Datenerfassung und ihre Verarbeitung werden unvermeidlich zu einem gesellschaftlich-gesundheitspolitischen Schlüsselthema. Politische Reflexion muss infolgedessen bedenken: Ansteckung bringt »neue Formen von Kollektivierung hervor«

und Immunisierung erfordert eine neue Aufmerksamkeit für die Bemühung um das »kollektive Projekt des Gemeinwohls«.

Anschließend unternimmt der Theologe *Stephan Schaede* eine Reihe historischer Erkundungsgänge in das weite Feld der public-health-bezogenen theologischen Krankheitsdeutungen (*Public Health und Krankheitsdeutung. Fünf Erkundungsgänge zum Umgang mit Seuchenszenarien von Giovanni Boccaccio bis Johann Joseph Görres*). Von Boccaccios Decameron bis in die konservativen Theologien des 19. Jahrhunderts zeichnet er exemplarisch das theologische Ringen um die Deutung von Seuchen nach. Hier treten die traditionellen Interpretamente von Krankheit als Strafe oder Prüfung Gottes neben prädestinationstheologische, dämonologische und apokalyptische Deutungen. Diese haben unterschiedliche ethische Implikationen. Teils bieten sie Raum für Sozialkritik und gesellschaftliche Verfallsdiagnosen, teils für die Legitimation autoritärer Herrschaft, teils aber auch für einen erfahrungsgesättigten Pragmatismus im Umgang mit der Pest und verwandten Seuchen. Gerade letzterer verbindet sich zuweilen mit einer Deutungszurückhaltung, in der sich die Theologie der Gefahren starker Deutungen, die vereindeutigend wirken können, inne wird. In einem gegenwartsorientierten Ausblick plädiert Schaede selbst für eine solche gefahrenbewusste Asketik des Deutens.

Die *Theologin Megan Arndt* zeigt in ihrem Beitrag *Lepra, Pest, Pocken – und Corona: Ethische Aspekte der Präsenz historischer Seuchen in gegenwärtigen Diskursen* die Gegenwart der Seuchengeschichte im Umgang mit der Covid-19-Pandemie. Zum einen sind konkrete Maßnahmen wie die Desinfektion, das Tragen von Masken, der Lockdown und die Impfung mit historischen Konnotationen belegt. Zu diesen gehören habitualisierte Wirksamkeitserwartungen (Desinfektion) ebenso wie eingespurte weltanschauliche Konfliktlinien (Impfung). Zum anderen sind hochstufige Deutungsmuster abrufbar. Der theologische Konnex von Schuld und Strafe oder die verschwörungstheoretische Behauptung einer Hinter- oder Anderswelt, die für das Geschehen verantwortlich gemacht wird, adressieren je auf ihre Weise die Erfahrungen von Ohnmacht und Sinnlosigkeit durch die Einführung hintergründiger Akteure und sinnvoller Pläne. Aus theologischer Perspektive wäre dazu anzumerken, dass die Rationalität religiöser Deutungen gerade nicht in einer kompensatorischen »Sinnstiftung« für ein ansonsten unverständliches Geschehen liegt, sondern in der bewussten Navigation an der Grenze von Sinn und Sinnlosigkeit.

Der dritte Abschnitt des vorliegenden Bandes ist *Ethischen Grundfragen öffentlicher Gesundheit in der Covid-19-Pandemie* gewidmet. Er wird eingeleitet durch den Beitrag *Der Ausnahmezustand und die Regeln. Ein kritischer Blick auf Pandemie und Recht*. Die Heidelberger Juristin *A. Katarina Weilert* diskutiert die Frage, ob und inwieweit die Covid-19-Pandemie einen rechtlichen Ausnahmezustand dargestellt hat. Angesichts eines gegenüber den besonderen Herausforderungen der Pandemie »unvorbereiteten« Rechts wurde staat-

lich mit den Mitteln des Gefahrenabwehrrechts und des Risikoverwaltungsrechts reagiert. Die Dominanz der Exekutive gegenüber dem Parlament und die Stärkung der Bundes- gegenüber den Landeskompetenzen sind vielfach beklagt worden; gleichwohl ist diese Diagnose zu differenzieren, da auch die Judikative, zunächst in der Bestätigung, später in der Differenzierung exekutiver Maßnahmen, stark präsent war. Trotz der genannten Verschiebungen habe es sich, so das gleichermaßen deskriptive wie normative Fazit, das Weilert zur Situation des Rechts in der Pandemie zieht, nicht um einen verfassungsrechtlichen Ausnahmezustand gehandelt. Geschaffene Sonderrechte sind befristet und laufen aus. Inwieweit allerdings die Erfahrungen der Pandemie auf die Rechtskultur selbst Einfluss genommen haben, wird sich erst in Zukunft zeigen.

In ihrem Beitrag *Individuelle Freiheit und kollektiver Gesundheitsschutz – ein Widerspruch? Lehren aus der Covid-19-Pandemie aus ethischer Sicht* lotet die Medizinethikerin *Sigrid Graumann* das grundlegende Spannungsfeld von individuellen Freiheitsrechten und dem Schutz kollektiver Güter aus. Diese stehen sich Graumann zufolge nicht polar gegenüber, sondern sind ineinander verschränkt, etwa indem kollektiver Gesundheitsschutz in vielfacher Hinsicht nicht als Einschränkung individueller Freiheit, sondern vielmehr als deren Förderung zu stehen kommt. Dort, wo es zu Einschränkungen individueller Freiheit gekommen ist, wirkten sich diese je nach Lebens- und Arbeitsbedingungen sehr unterschiedlich aus. Das differenzierte und komplexe Verhältnis von Individualfreiheit und Kollektivschutz gelte es im Kontext des vom Deutschen Ethikrat entwickelten Konzepts »verletzlicher Freiheit« zu entfalten, das Elemente positiver und negativer Freiheit integriert. Die Absolutsetzung negativer individueller Freiheit, wie sie in der Pandemie vielfach vorgenommen wurde, sieht Graumann hingegen in einem Zusammenhang mit der Gewinnorientierung des deutschen Gesundheitswesens, die es zugunsten einer Gemeinwohlorientierung zu überwinden gelte.

In den folgenden Beiträgen wird die Berücksichtigung kollektiver Belange in einzelnen Themenfeldern ausdifferenziert behandelt. Sie sind gestaffelt nach dem Umfang des Kollektivs, dessen Ansprüche in der ethischen Reflexion jeweils bedacht werden. Beim Thema der Triage umfasst dieses Kollektiv die in einer bestimmten Klinik zu gleicher Zeit anwesenden Patienten, die Bedarf an knappen Ressourcen, wie etwa Beatmungsplätzen, haben. Im Konzept der Risikogruppe ist hingegen ein spezifisch charakterisiertes, vorrangig als schützenswert geltendes Teilkollektiv wie das der alten Menschen im Blick. Auf der anderen Seite des Spektrums kommt in Fragen globaler Gesundheitsgerechtigkeit die Menschheit insgesamt in den Blick. Je nach Rahmung und Umfang des berücksichtigten Kollektivs ändert sich die ethische Fragestellung.

Der Schweizer Theologe und Medizinethiker *Markus Zimmermann* setzt sich mit der Frage *Triage als Einübung von Priorisierung und Rationierung im Gesundheitswesen?* auseinander. In der Phase der Aus- und Überlastung von Krankenhäusern, besonders der intensivmedizinischen Behandlung und

gleichzeitigem massenhaften Sterben von Covid-Patienten (Spanien und Italien), rückten die Anwendung der Triage und somit die Fragen, ob, durch wen und mit welcher Legitimität vorrangig zu behandelnde Patientinnen auszuwählen seien, einschließlich der Aussetzung und Verschiebung anderer, mitunter lebenserhaltender Therapien (»stille Triage«), ins öffentliche Bewusstsein. Der Autor schlüsselt auf, wie der Begriff vor und während der Pandemie verstanden wurde und setzt ihn in Beziehung zu den Themen »Priorisierung« und »Rationierung«. Dabei werden zwar Unterschiede in den Debatten verschiedener Länder deutlich, aber auch, dass alle drei Begriffe in der Covid-Pandemie faktisch gleichsinnig verwendet wurden. Dass sich diese Praktiken nach der Pandemie fortsetzen werden, hält er für unwahrscheinlich. Dennoch zeichneten sich in der semantischen Analyse der medizinethisch relevanten Begriffe wie in der Beurteilung der Gesundheitssysteme in den wohlhabenden Ländern (Schweiz und Deutschland) gerechtigkeitsethische Herausforderungen ab: Wie ist mit der Endlichkeit der Ressourcen im Gesundheitssektor umzugehen und ein Konsens über faire Verteilung zu erzielen?

Der Theologe und Medizinethiker *Michael Coors* behandelt in seinem Beitrag *Alte Menschen als Risikogruppe in der Corona-Pandemie. Zur ethischen Kritik des Konzepts vulnerabler Gruppen und seiner Nützlichkeit in der Pandemie* die Konsequenzen der Markierung von Risikogruppen. Indem einer Gruppe anhand eines spezifischen Merkmals wie des Alters eine besondere Vulnerabilität attestiert wird, kommt es zu einer problematischen Vereinfachung: Weder wird der Zusammenhang zwischen einer besonderen und der allgemeinen Vulnerabilität aller deutlich, noch wird zwischen situativer und inhärenter Vulnerabilität unterschieden. Potenziell werden so diskriminierende Stereotype über bestimmte Gruppen verstärkt und in paternalistischen Schutzmaßnahmen praktisch umgesetzt. Coors erkennt die Notwendigkeit der Stratifizierung in Risikogruppen gerade angesichts des wissenschaftlichen Nichtwissens an, plädiert aber dafür, nicht von besonders vulnerablen Gruppen, sondern von besonders vulnerablen Individuen zu sprechen und diese Vulnerabilität nicht durch einen einzigen Indikator, sondern durch mehrere Indikatoren auszuzeichnen.

Wenngleich die rasche und wiederkehrende Verbreitung der Pandemie die Wirkungen der Globalisierung gezeigt hat, haben die EU und besonders Deutschland allenfalls regionale, mehr noch nationale Bewältigungsstrategien verfolgt und die solidarisch-globale Bekämpfung der Pandemie eher behindert, indem sie sich den Forderungen der WHO, vieler Länder wie Südafrika und zahlreichen zivilgesellschaftlichen Organisationen nach einer Aussetzung der geistigen Eigentumsrechte an den Impfstoffen entgegenstellten. Aus evangelisch-ethischer Sicht ist ungeachtet der Einbettung der Kirchen in die globale Ökumene noch zu wenig öffentlich diskutiert worden, dass die Pandemie, aber auch generell Public Health in globaler Sicht anzugehen sind. Zwei Beiträge sind dieser Perspektive auf das Kollektiv der Menschheit gewidmet.

Christoph Benn, Mediziner und seit vielen Jahren in leitenden Stellen in internationalen Gesundheitsorganisationen tätig, beleuchtet in seinem Aufsatz *Public Health und Pandemien als globale Herausforderung – Beobachtungen und Reflexionen aus ökumenischer und globaler Perspektive* Etappen der internationalen Zusammenarbeit im Einsatz für Gesundheit, von der Gründung der Weltgesundheitsorganisation und weiterer Sonderorganisationen der Vereinten Nationen über die UN-Millenniumsziele von 2000 und ihre Neufassung zu den Zielen nachhaltiger Entwicklung von 2015. In der letzten Epoche entstanden sehr finanzstarke neue Organisationen zur Bekämpfung der verbreiteten Infektionskrankheiten (*GAVI* und der *Global Funds*), die durch die Kooperation mit privaten Gebern, vor allem der *Bill-und-Melinda-Gates-Stiftung*, geprägt sind und beträchtliche Erfolge bei der Senkung von (Kinder-)Sterblichkeit, z. B. aufgrund von Malaria, erzielten. Wichtig für eine evangelisch und ökumenisch ansetzende Ethik ist die gesundheitsbezogene Praxis von Kirchen. Benn skizziert das frühere Engagement des ÖRK, vor allem durch dessen *Christian Medical Commission* und deren Kooperation mit der WHO, markiert kirchliches Versagen angesichts der HIV-AIDS-Epidemie und zeigt die Bedeutung religiös geprägter Verhaltensweisen für die Eindämmung der Ebola-Epidemie. Insgesamt wird die Rolle von »*Faith-Based-Organizations*« im Einsatz für Gesundheit und gegen das Sterben an Infektionskrankheiten deutlich und die Notwendigkeit einer entsprechenden ökumenischen Haltung und Praxis unterstrichen.

Der Frankfurter Mediziner *Andreas Wulf* kontrastiert in seinem Aufsatz *Vitale Ungleichheiten und internationale Gesundheitsgerechtigkeit* die globale Gerechtigkeitslücke, welche die Covid-19-Pandemie, vor allem bei der Impfstoffverteilung und den Behandlungsmöglichkeiten offenbarte, mit dem völkerrechtlich verankerten Menschenrecht auf Gesundheit, das den diskriminierungsfreien Zugang aller zur Gesundheitsversorgung einschließt und den Blick auf gesundheitsfördernde, gesellschaftliche Umstände und Machtverhältnisse lenke. Von hier aus problematisiert er die nationalstaatliche Organisation des Gesundheitswesens und die vorrangig auf eigene Interessen abhebende Haltung reicher Staaten wie Deutschland, die bislang verhindern, dass in vielen Ländern ausreichend Impfstoffe produziert werden können. Diese seien wie auch Medikamente und Versorgung als globale öffentliche Güter zu diskutieren und sicherzustellen, denen auf lokaler Ebene innovative, basisorientierte Gesundheitszentren sinnvoll korrespondieren. Solche Zentren, die in vielen Ländern entstanden sind, schafften Vertrauen und stärkten die Menschen. Ferner müssten rechtsverbindliche Ausgleichsmechanismen etabliert werden, da arme Länder kein Gesundheitswesen aufbauen könnten, das analog zu dem westlicher Wohlfahrtsstaaten funktioniert.

Im vierten Teil, *Öffentliche Gesundheit als Thema der theologischen Ethik*, werden mögliche theologische Beiträge zu einer Ethik öffentlicher Gesundheit entfaltet. In ihrem Beitrag *Fehlansätze Öffentliche Gesundheit?*

Eine historisch-kritische Studie zum bevölkerungs- und geschlechterpolitischen Profil des Wohlfahrtsstaats und der deutsch-lutherischen »Sozialethik« widmet sich die Münsteraner Theologin Sabine Plonz den Schwierigkeiten einer evangelisch-theologischen Public-Health-Ethik, indem sie zunächst (gesundheits-)politisch und ethisch folgenreiche Wechselwirkungen zwischen Wohlfahrtsstaatsgeschichte und protestantischen-ethischen Positionen herausarbeitet. Diese sind festzumachen an der Orientierung an männlicher Erwerbsarbeit, einem essenzialistisch verstandenen Geschlechterdual mit der Reduzierung der Rolle von Frauen auf Reproduktion und Familie, wie sie für das 19. Jahrhundert, aber auch weit darüber hinaus, nachweisbar ist. Hinzu kam die zunehmend nationalistische bevölkerungspolitische Ausrichtung. Als historische Tiefenbohrung präsentiert sie die »Moralstatistik« Alexander von Oettingens, der als Schöpfer des disziplinenprägenden Terminus »Sozialethik« gilt. In seinem Werk verbindet sich ein starkes Interesse für die Wahrnehmung sozialer Wirklichkeit mit einem patriarchalisch fundierten, lutherisch-konservativen theologischen Deutungsapparat, der sich in seinem organologischen Verständnis biosozialer Ordnung und seiner teleologischen Geschichtsauffassung von eben dieser sozialen Wirklichkeit nicht irritieren lässt. Demgegenüber plädiert Plonz für eine menschenrechtlich orientierte theologische Ethik, die sich gegenüber dem Syndrom von biopolitischem Denken, männlichen Hegemonievorstellungen, nationalistischen und demokratieskeptischen Tendenzen in diesem Traditionsstrang kritisch abhebt.

Ausgehend vom völkerrechtlich verankerten Grundrecht auf Gesundheit, das charakteristischerweise nicht eingeklagt werden könne, untersucht *Traugott Jähnichen*, Sozialethiker in Bochum, *Ethische Impulse der EKD für Reformen des deutschen Gesundheitssystems: Gerechtigkeit als Kriterium zur Verteilung »knapper« Ressourcen*. Denn neben der bio- und medizinethischen Diskussion sei die gesundheitsökonomische Perspektive, verstanden als ordnungspolitische Struktur und der jeweilige Stand der Ressourcen- und Verteilungsgerechtigkeit knapper Güter, zentral für die (evangelisch-)ethische Argumentation. Knappheit aber sei sozial und technisch variabel und werde politisch gesteuert. Ob diese Steuerung sich eher an der Tauschgerechtigkeit (Höffe) oder der Befähigungsgerechtigkeit (Dabrock) und daran ansetzenden Konzeptionen von Autonomie und Verantwortung orientiere, mache ethisch den Unterschied. Jähnichen stellt auf diesem Hintergrund die Stellungnahmen der EKD seit den 1990er Jahren vor, macht darin eine stetige Bekräftigung des solidarischen Systems bei variierenden Akzenten der individuellen Leistungsanforderungen aus und unterstreicht die Notwendigkeit, das Verhältnis von steuer- und beitragsfinanzierten Leistungen neu zu debattieren. Die ethische Relevanz der gesundheitsökonomischen Perspektive erörtert er schließlich anhand aktueller Herausforderungen von Rationierung und Priorisierung medizinischer Leistungen.

Der Heidelberger theologische Ethiker *Thorsten Moos* reflektiert in seinem Beitrag *Public Health als zu entwickelndes Thema theologischer Ethik*. Gegenüber der individuell und prinzipienethisch denkenden Medizinethik nehme Public Health von vornherein eine kollektiv orientierte Sicht ein. Dabei müssten die Ansprüche der Einzelnen im Kollektiv, der Einzelnen an das Kollektiv sowie die Ansprüche verschiedener Kollektive gegeneinander in Ausgleich gebracht werden. Er reflektiert die Herausforderungen von Public Health aus liberaltheologischer Sicht anhand von vier Themenfeldern: der Formierung von Körperlichkeit, der Kollektivität, Macht/Governance und Subjektivität. Diese entsprächen weitgehend den medizin-, sozial-, politisch- und professionsethischen Traditionen, denen gegenüber Public-Health-Ethik mithin einen integrierenden Zugang darstellen würde. Er schlägt vor, diese Felder und Krankheitserfahrungen in Korrelation mit klassischen theologischen Themen zu denken. Dabei werden letztere auch neu akzentuiert sowie in umgekehrter Richtung das Erschließungspotenzial theologischer bzw. religiöser Deutungen für die materialetische Situation verdeutlicht. Beispielsweise kommen unter »Körperlichkeit« Theodizee, Klage, Leibverhältnis und Rechtfertigung zur Sprache. Die theologischen Topoi interpretieren also die Situation, ohne deduktiv auf sie angewendet und normativ geltend gemacht zu werden. Vielmehr ist die Idee des Autors, eine »Phänomenologie ethischer Belange« zu skizzieren. Sie wird am aktuellen Fallbeispiel der Impfpflicht in der Pandemie entfaltet. Im resümierenden Abschnitt hebt er hervor, dass durch die theologische und religiöse Deutung auch in säkularen Debatten ausgesparte Probleme zum Ausdruck gebracht werden.

Eine Rezension schließt den Band ab.

Der Dank der Herausgebenden gilt zuvörderst den Autorinnen und Autoren, die sich für die angefragten Themen seit langem engagieren. Weiterhin danken wir Lisa Sentiwany und Florian Sylvester vom Heidelberger Lehrstuhl für Systematische Theologie (Ethik) für die Arbeit in der Organisation des Bandes und an den Typoskripten sowie den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Evangelischen Verlagsanstalt Leipzig für die gewohnt gute Zusammenarbeit.

ÖFFENTLICHE GESUNDHEIT
IN GESCHICHTE UND GEGENWART
DES WOHLFAHRTSSTAATS

ÖFFENTLICHE GESUNDHEIT IN HISTORISCHER PERSPEKTIVE

Sabine Schleiermacher

Seit Beginn der Corona-Pandemie wird die staatliche Verantwortung für Gesundheit in der Öffentlichkeit ausführlich diskutiert. An der Diskussion über die Bekämpfung der Pandemie waren hauptsächlich Politiker, Ökonomen und Virologen beteiligt. Die theoretischen Erwägungen von Wissenschaftlern, die sich mit sozialen Aspekten zur Erhaltung und Verbesserung von Gesundheit beschäftigen, auch als Public Health bezeichnet, waren von geringer Bedeutung, scheint doch Public Health »im öffentlichen Bewusstsein wenig verankert und spiegelt sich institutionell nur unzureichend wider« (Robert Koch-Institut, 2017). Gesundheit, darauf verweisen auch andere Politikfelder, wie Arbeits- und Lebensbedingungen, Geschlechterfragen, Globalisierung, Klimakrise oder Umweltschutz, werden nicht als für die Gesundheit relevant diagnostiziert, so dass hierfür eine staatliche Verantwortung übernommen werden müsste. Vielmehr ist die Sorge um und Verantwortung für Gesundheit dem Einzelnen übertragen, der bei Bedarf medizinischer Intervention die Leistungen von Ärzt:innen in Anspruch nehmen kann. Im Unterschied zum Ärzt:innen-Patient:innen-Verhältnis, das als konstituierendes Merkmal der Medizin bezeichnet werden kann, beziehen sich das öffentliche Gesundheitswesen und die mit ihm verbundenen Wissenschaften, wie Public Health, auf die Gesamtbevölkerung und nehmen daher für sich in Anspruch, »die öffentliche Sorge um die Gesundheit aller« (Brand & Stöckel, 2002: 14) zu sein.

Public Health befasst sich mit dem Gesundheitszustand von Bevölkerungen bzw. Bevölkerungsgruppen. Als multidisziplinäre Wissenschaft beschäftigt sie sich mit den sozialen Determinanten von Gesundheit sowie mit der »Gestaltung von gesundheitsförderlichen Lebenskontexten und Systemen«, um daraus Strategien für zukünftiges gesundheitspolitisches Handeln abzuleiten. Gesundheit ist auf Gesellschaft und nicht auf den einzelnen Menschen bezogen, tangiert »sämtliche Lebensbereiche« und damit verbunden »alle gesellschaftlichen und politischen Entscheidungsprozesse«. Fragestellung und Methodik von Public Health wurden als *soziale Medizin* bereits im 19. Jahrhundert formuliert, als die Fragen nach Auswirkungen von Lebensumständen auf die Gesundheit

von Menschen den »Grundstein für sozialmedizinische und sozialepidemiologische Arbeiten legten« (Babitsch, 2019: 5 f., 10). Das Interesse an Public Health in der Bundesrepublik kann als der »Versuch« verstanden werden, unter Anknüpfung an die in der Weimarer Republik formierte Sozialmedizin, die an den medizinischen Fakultäten nach 1945 ein »Schattendasein« führte, und mit Bezug auf amerikanische *Schools of Public Health*, bei deren Entwicklung in der Emigration lebende deutsche Mediziner handlungsleitend waren, die 1985/86 von der WHO formulierten Standards für auf Bevölkerungsgruppen bezogene Gesundheitsziele in internationaler Perspektive umzusetzen (Hoffmann & Schwartz, 1992: 7).

Ziel einer sozialen Medizin ist die Verbesserung der Lebensqualität der Bevölkerung, die durch biologische Voraussetzungen, soziale wie wirtschaftliche Rahmenbedingungen sowie Entwicklungen in Medizin und Technik bestimmt ist. Vorstellungen von Gesundheit und mit ihr die Medizin sind in gesellschaftliche Entwicklungen eingebunden. Der Frage nach dem Einfluss von Lebens- und Arbeitsbedingungen auf die Entstehung von Krankheit respektive die Erhaltung von Gesundheit korrespondieren Strategien zur Prävention als Antwort, die sich aus »stillschweigend anerkannten oder offen akzeptierten Werten« ergeben und auf die Zukunft gerichtete spezifische Zielsetzungen verfolgen. So richtet sich die Frage nach dem Verständnis und einem daraus resultierenden politischen Anspruch von öffentlicher Gesundheit auch immer auf die Wirtschafts- und Sozialpolitik als »grundlegenden Faktor in der Entwicklung des öffentlichen Gesundheitswesens« (Rosen, 1977a: 27).

Die Einsicht, dass die Entstehung von Krankheit gesellschaftlich bedingt sei, zog die Schlussfolgerung nach sich, dass sie durch menschliches Planen und Handeln auch zu verhindern und gegebenenfalls auch zu beseitigen sei. Das öffentliche Interesse an der »Gesundheit« der Bevölkerung ist seitdem stetig gewachsen. Gesundheit wurde zunehmend als Voraussetzung für eine produktive Gestaltung von Gesellschaft definiert, eine Vorstellung, die nicht frei von ökonomischen Überlegungen und Wünschen war.

Spätestens seit dem 18. Jahrhundert herrschte die Meinung, dass ein Staat den Rahmen zur Sicherstellung von Gesundheit und Wohlfahrt und damit Bevölkerungswachstum herstellen müsse, um dadurch politischen Einfluss und Reichtum zu sichern. Vor diesem Hintergrund wuchs das Interesse an Gesundheits- und Bevölkerungspolitik als eine die Öffentlichkeit betreffende Angelegenheit. Daraus folgend entstanden erste staatliche Verwaltungsstrukturen zur Sicherung und Kontrolle von Gesundheit (Rosen, 1977c).

In Zusammenhang mit Industrialisierung und Urbanisierung widmeten sich Mediziner zunehmend der Frage nach dem Einfluss der Umwelt auf die körperliche Verfassung des Menschen. Gesundheit und deren Erhaltung wurden so auch zu einem politischen Thema. Die Gesundheit der Bevölkerung wurde als Voraussetzung für eine leistungsfähige Gesellschaft begriffen und

die Herstellung von Gesundheit zunehmend als zivilisatorische Entwicklung gedeutet. Medizin und die sie vertretenden Berufsgruppen beanspruchten Einfluss auf und behaupteten Verantwortung für Menschen und Gesellschaft. Die Auseinandersetzung mit den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen für die Entstehung von Krankheit – etwa die Frage nach dem Verhältnis von Armut und Krankheit – geriet im Laufe des 20. Jahrhunderts jedoch wieder ins Abseits. Neben sozialen Kriterien konnten sich vielmehr zunehmend genetische und soziobiologische Erklärungsmuster Geltung verschaffen, wie sich auch bis in die aktuellen Debatten um eine Public-Health-Genetik zeigt (Lemke, 2007).

Die Beschreibung des Aufgabenfeldes einer sozialen Medizin, ihre Selbstbilder und wissenschaftliche Zurichtung erhalten ihre Form nicht außerhalb und losgelöst von ihren gesellschaftlichen Kontexten, wissenschaftlichen Entwicklungen und kulturellen Konstruktionen. Im Folgenden soll danach gefragt werden, in welchen gesellschaftlichen und politischen Kontexten sich soziale Medizin in Deutschland formierte, welche medizinischen Paradigmen sie kennzeichneten und welche Strategien zu ihrer Umsetzung angewandt wurden? Welche Strukturen gesundheitlicher Versorgung wurden dafür staatlicherseits etabliert? Wie wurde Gesundheit in diesen Zusammenhängen verstanden, welche Mittel der Intervention und welche Schwerpunktsetzungen wurden formuliert, und inwieweit waren diese mit der Durchsetzung gesellschaftlicher Wert- und Ordnungsvorstellungen verbunden?¹

1. DIE ENTDECKUNG DES SOZIALEN IN DER MEDIZIN

Im 18. Jahrhundert prägte in den deutschen Ländern eine kameralistische Einstellung die Vorstellung von Gesundheit. Es entstanden staatliche Verwaltungsstrukturen, die, abgeleitet von dem griechischen Wort *politeia*, als »Polizei« deklariert wurden. Die für das Gesundheitswesen zuständige Unterabteilung wurde als Medizinische Polizei bezeichnet (Rosen, 1975: 80).

Der Bedeutungszuwachs an Themen, die sich auf die Gesundheit und damit die Leistungsfähigkeit der Gesellschaft bezogen, zeigt sich u. a. in der Entstehung von Medizinalordnungen, mit denen die Ausbildung von Mediziner*innen, die Bekämpfung von Epidemien sowie die Überwachung von Apotheken und Krankenhäusern etc. geregelt werden sollten. Paternalistisch im Sinne des absolutistischen Staates war der Arzt Diener dieses Staates in einer zentralistisch organisierten Gesundheitspflege. Er sollte, so der »Pionier des öffentlichen Gesundheitswesens und der Sozialmedizin« Johann Peter Frank (1745–1821),

¹ Zur historischen Rekonstruktion der wohlfahrtsstaatlichen Entwicklungen vgl. den Beitrag von PLONZ in diesem Band.

im »System einer vollständigen medicinischen Polizey« dem Staat dienen und die Gesundheit der Bevölkerung überwachen und fördern (Haag, 2009: 47). Als Krankheitsursachen wurde neben den natürlichen Ansteckungswegen nun auch das Verhalten von Menschen angesehen. Mit öffentlicher und privater Hygiene sollte der Entstehung von Krankheit begegnet werden.² Die von Frank angestoßenen Fragen stimulierten im frühen 19. Jahrhundert auf internationaler Ebene Auseinandersetzungen um eine soziale Medizin. In England wurde mit dem *Public Health Act* (1848) ein sanitätspolizeilich ausgerichtetes Gesundheitssystem geschaffen und erst ab den 1880er Jahren eine »Theorie der Sozialmedizin« formuliert (Rosen, 1977b: 305). In Frankreich entwickelten Ärzte (und Techniker) statistische Methoden und fertigten regionale Gesundheitsberichte an, um die Auswirkungen der Industrialisierung und Urbanisierung auf Morbidität und Mortalität in verschiedenen sozialen Schichten analysieren zu können. Unter Bezugnahme auf frühsozialistische Gesellschaftstheorien brachten sie die soziale Frage in den medizinischen Diskurs ein. So führte der Arzt Jean-André Rochoux (1787–1852) 1838 den Begriff »soziale Hygiene« in die medizinische Debatte ein und unterteilte Hygiene in eine individuelle/private und öffentliche/soziale (Rosen, 1975: 90–98).

In Deutschland tat sich eine kleine Gruppe von Medizinern zusammen, um Antworten auf die gesundheitspolitischen Probleme der Zeit zu finden, wobei sie sich auf französische Kollegen bezogen, die den Einfluss von Lebensbedingungen (Armut, Wohnung, Ernährung u. a.) auf Gesundheit untersucht hatten. Diesen Kreis von Ärzten – Rudolf Virchow (1821–1902), Salomon Neumann (1819–1908) und Rudolph Leubuscher (1822–1861) – verband die Vorstellung, dass Medizin »eine soziale Wissenschaft« sei (Regneri, 2011). Vor dem Hintergrund eines komplexen Bündels praktischer Erfahrungen, politischer Tätigkeiten und sozialer Forderungen entwickelten sie eine Theorie der Medizin, die gesellschaftliche und soziale Aspekte berücksichtigte, allerdings ohne ein geschlossenes System zu formulieren. Erste Ansätze der bis heute weiter ausdifferenzierten Methodik einer sozialen Medizin wurden hier bereits formuliert (Babitsch, 2019: 8). Diese Ärzte, die ein Recht auf Gesundheit öffentlich proklamierten, sahen es als eine »Pflicht der Gesellschaft, d. h. des Staates« an, »Leben und Gesundheit der Bürger als Grundbedingung aller Genüsse und Wirksamkeiten zu schützen und wenn sie gefährdet, zu retten« (Neumann, 1847: 64).

Welche Konsequenzen aus dieser gesundheitspolitischen Programmatik erwachsen, wird am Beispiel der von Virchow 1848 im Auftrag der preußi-

² Der Öffentliche Gesundheitsdienst sieht sich bis heute in der Tradition Johann Peter Franks. So vergibt der Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes (BVÖGD) seit 1972 die Johann-Peter-Frank-Medaille (<https://www.bvoegd.de/jpf-medaille/>).

schen Regierung durchgeführten Untersuchung über die in Oberschlesien herrschende Typhusepidemie deutlich. Unter Berücksichtigung von Umwelt-, Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie politischen und sozialen Rahmenbedingungen untersuchte er Entstehung und Verlauf der Epidemie. Resümierend stellte er fest: »Dieses Volk ahnte nicht, dass die geistige und materielle Verarmung [...] zum großen Theil die Ursachen des Hungers und der Krankheiten waren, und dass die ungünstigen Witterungsverhältnisse, welche das Missrathen seiner Erndten und die Erkrankung seiner Körper mitbedingt hatten, eine so schreckliche Noth nicht erzeugt haben würden, wenn es frei, gebildet und wohlhabend gewesen wäre. Denn daran lässt sich jetzt nicht mehr zweifeln, dass eine solche epidemische Verbreitung des Typhus nur unter solchen Lebensverhältnissen, wie sie Armuth und Mangel an Cultur in Oberschlesien gesetzt hatten, möglich war.« (Virchow, 1848: 167).

Virchows Verständnis von Gesellschaft folgte einem biologischen Paradigma. Das Individuum setzt er der Zelle, den Staat einem Organismus gleich (Virchow, 1862: 55f.). Nach seinem Verständnis war Krankheit, die Schädigung einer Zelle, nicht ohne Rückwirkungen auf den Organismus und ebenso verhielt es sich mit der Krankheit des Einzelnen und der Gesellschaft. Ebenso wie die oben genannten anderen Mediziner, die Gesundheit als »kostbares Eigentum« und als das »natürliche, angeborene Recht eines jeden Menschen« verstanden (Leubuscher, 1848: 11), das legalisiert werden müsse, damit auch die »Besitzlosen ihr einziges Eigentum, ihre Gesundheit« gesichert wissen könnten, vertrat er die Position, dass der Staat die Gesundheit zu garantieren habe (Neumann, 1847: VIII). Virchow ging hier von einem »demokratischen Staat« aus, für den Bildung und Gesundheit sowie eine »Verpflichtung aller für Alle« unabdingbare Voraussetzungen waren (Virchow, 1848: 169–177). Die Funktion, die Ärzten im Rahmen einer staatlichen Gesundheitssicherung zugeschrieben wurde, war die eines »Hohenpriesters der Natur in der humanen Gesellschaft«, wobei sich diese Funktion nivellieren sollte, wenn Medizin keine besondere Wissenschaft mehr sei und Politik und Medizin miteinander verschmolzen (Schmiedebach, 2002: 28).

2. VERANTWORTUNG FÜR GESUNDHEIT, HYGIENE UND DIE ABSICHERUNG IM KRANKHEITSFALL

Mitte des 19. Jahrhunderts entstanden im Zusammenhang von Industrialisierung und kapitalistischer Produktionsweise städtische Ballungsräume, deren Bewohnerinnen und Bewohner Lebensbedingungen erdulden mussten, die durch Armut, Mangelernährung und unzureichende hygienische Versorgung gekennzeichnet waren und die die Ausbreitung von Seuchen begünstigten. Die sich in dieser Zeit entwickelnde naturwissenschaftliche Hygiene, die Erkennt-

nisse und Methoden aus der gleichzeitig fortschreitenden Bakteriologie aufnahm, stellte eine Reaktion auf diese soziale Situation dar. Während die Bakteriologie genuin den Kausalzusammenhang zwischen dem Vorhandensein der entdeckten Bakterien und der Entstehung von Krankheit definierte und Instrumente zur Verfügung stellte, epidemisch sich verbreitende Infektionskrankheiten (Tuberkulose, Pest, Cholera) bekämpfen zu können, zielte die Hygiene auf die Erforschung der materiellen ökologischen Bedingungen, die mit der Entstehung dieser Krankheiten verbunden waren und ihrer Verbreitung gegebenenfalls Vorschub leisteten und damit nur indirekt auf die Verbesserung der Lebensverhältnisse der Menschen. Beide Disziplinen spielten eine zentrale Rolle in dem sich erst formierenden öffentlichen Gesundheitswesen. Zu ihren wichtigsten Vertretern gehörten Max von Pettenkofer (1818–1901), Robert Koch (1843–1910) und Ferdinand Hueppe (1852–1938). Gesundheit wurde als wirtschaftliches Gut begriffen, das die Voraussetzung für eine ökonomisch prosperierende Volkswirtschaft bildete, und so basierte die Motivation zur Intervention zur Veränderung der Lebensbedingungen, hier der Verhinderung von Krankheit, auf nationalökonomischen Erwägungen. Mit der Integration vererbungswissenschaftlicher Theorien in die Bakteriologie wurde mit Verweis auf die genetische Disposition eines Menschen unter der Bezeichnung »Konstitutionshygiene« die Verantwortung für eine Erkrankung auf den Einzelnen verlagert (Hueppe, 1923).

Diese Dynamik der Übertragung der Verantwortlichkeit für eine Erkrankung auf den Einzelnen zeigt sich auch in den Regelungen der Versorgung und Absicherung im Krankheitsfall.³ So wurden die ursprünglich als Solidarsystem der Versicherten hierfür gegründeten unabhängigen Sicherungssysteme mit der im Rahmen der sozialdefensiv intendierten Bismarckschen Sozialgesetzgebung eingeführten Krankenversicherung (1883) überformt und ihre Kosten anteilig, und zwar in der Hauptsache den Versicherten aufgelastet und nicht, wie ursprünglich gedacht, durch Steuern und damit von den Abgaben jedweder Einkommensart finanziert. Diese Entscheidungen legten die Basis für weitreichende Folgen. »Das politische Handeln, das die gesetzliche Krankenversicherung offiziell installiert hat, um die Arbeiterbevölkerung vor der Verarmung zu schützen (ohne an den bedürfnisadäquaten Arbeitslöhnen etwas zu ändern), führte zu einem weiteren sozialgeschichtlich bedeutsamen Sekundäreffekt: zur sukzessiven ökonomischen Garantie der ›Medikalisierung der Gesellschaft (I. Illich) und damit zur liberalkapitalistischen Expansion des ›Gesundheitssektors« (Tennstedt, 1981: 173). In der für alle Arbeiter verpflichtenden Versicherung war anfänglich jedoch nur jeder fünfte Arbeitnehmer versichert und erst

³ Zum Thema Krankenversicherung s. a. die Beiträge von ULRICH, JÄHNICHEN und PLONZ in diesem Band.

im Laufe der Jahre wurde der Kreis der mitversicherten Personen etwa auf Familienmitglieder ausgedehnt. Die Abhängigkeit der Versicherung von Erwerbsarbeit bedeutete gleichzeitig eine geschlechtsspezifische Benachteiligung von Frauen, die unbezahlte Familien- und Erziehungsarbeit leisteten, mit unregelmäßiger und damit nicht versicherungspflichtiger außerhäuslicher Lohnarbeit zur Existenzsicherung der Familien beitrugen oder deren Arbeit aus anderen Gründen nicht von der Versicherungspflicht erfasst wurde (Fait, 1997: 172 f.).

3. GESUNDHEITSSICHERUNG ALS STAATSAUFGABE

Angesichts der infolge des Ersten Weltkrieges gegenüber der Vorkriegszeit noch weiter verschlechterten Lebensbedingungen bis weit in die Nachkriegszeit hinein, die nicht ohne Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung blieben, befürchteten die Weimarer Regierungen negative Effekte auf die Wirtschaftskraft der Gesellschaft. So rückte die Einrichtung eines strukturierten Gesundheitswesens als Faktor für die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Staates auf die innenpolitische Agenda, wobei Weimarer Regierungen bei bereits im Kaiserreich und während des Krieges geschaffenen Strukturen, wie der Sozialversicherung und dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD), ansetzen konnten. Ein zentrales Ministerium, in dem alle auf die Gesundheit der Bevölkerung bezogenen Kompetenzen zusammengeführt wurden, wurde jedoch weder im Kaiserreich noch in der ebenfalls föderal strukturierten Weimarer Republik eingerichtet. Vielmehr verblieben diese Befugnisse bei Abteilungen von Reichsämtern bzw. dem Reichsarbeitsministerium und Reichsinnenministerium. Auch das Kaiserliche Gesundheitsamt, 1876 gegründet und 1918 in Reichsgesundheitsamt umbenannt, sowie der Reichsgesundheitsrat (1900) hatten nur beratende Funktion und waren dem Reichsamt des Innern unterstellt (Hüntelmann, 2006: 28 f.).

Diese Struktur geht zurück auf Institutionen des ÖGD, die ausgehend aus und parallel zu regional orientierten Einrichtungen in privater und öffentlicher Trägerschaft, die sich insbesondere Menschen in prekären Lebenssituationen widmeten, als Teilbereich der Fürsorge und Wohlfahrtspflege seit dem 19. Jahrhundert auf Initiative einzelner Städte und Gemeinden gegründet worden waren. Sollten alle Länder betreffende, reichsweit geltende Regelungen getroffen haben, entschieden die Mitglieder des Reichstages, wie etwa bei der Einführung des Reichsimpfgesetzes (1874) (geltend bis 1966 DDR, bzw. 1983 BRD) oder des Reichsseuchengesetzes (1900) (bis 1961 BRD bzw. 1965 DDR).

Bereits vor dem Ende des Ersten Weltkrieges war die Gesundheitssicherung als Staatsaufgabe mit dem Ziel der Erhaltung der Leistungsfähigkeit des »Deutschen Volkes« und weniger orientiert am Wohlbefinden des Individuums in allen politischen Lagern und durchgängig mit bevölkerungspolitischem Un-

terton debattiert worden. Diese gesundheitspolitische (Neu-)Orientierung setzte sich in der Weimarer Republik fort und fand ihren Niederschlag in Art. 161 der Weimarer Verfassung (1919), mit dem die Sozialversicherung Verfassungsrang erhielt und indirekt ein Anrecht auf Gesundheit festgeschrieben wurde.

Sozialdemokratie und eine sich formierende sozialwissenschaftlich orientierende Medizin beeinflussten die Ausweitung kommunaler Gesundheitsfürsorge. Gleichzeitig mit dem Fortschreiten bakteriologisch-hygienischer wie genetischer Erklärungsmuster für die Entstehung von Krankheit etablierte sich mit Beginn des 20. Jahrhunderts eine soziale Hygiene, die mit dem Namen Alfred Grotjahn (1869–1931) verbunden ist. Grotjahn, ordentlicher Professor für Sozialhygiene in Berlin seit 1920 und Reichstagsabgeordneter der SPD (1921–1924), für die er gesundheitspolitische Zielsetzungen formulierte, definierte Sozialhygiene, ihre Methoden und Zielsetzung (Labisch, 1983). Als medizinische Wissenschaft sollte sie der allgemeinen Hygiene eine sozialwissenschaftliche Perspektive hinzufügen, ohne naturwissenschaftliche Theorien einschließlich der Vererbungswissenschaft abzulehnen (Grotjahn, 1912). Insofern war ihr methodisches Vorgehen interdisziplinär. Als deskriptive wie normative Wissenschaft fragte sie nach den Auswirkungen sozialer Bedingungen auf Entstehung und Entwicklung von Krankheit und gleichzeitig damit nach sozialen Mitteln, auf diese Bedingungen mit Prävention und Prophylaxe therapeutisch einzuwirken, womit sie sich zu den sozialen Fragen der Zeit positionieren musste.⁴

Indem als Ziel der Sozialhygiene die Erlangung der Gesundheit aller in einer Gesellschaft Lebender als Voraussetzung für die Leistungsfähigkeit dieser Gesellschaft beschrieben war, dem die Forderung nach Übernahme von gesundheitlicher Verantwortung durch den Einzelnen für die Gesellschaft unterlag, wurde der Gesundheit der individuell private Charakter genommen. War die Prävention das zentrale Mittel der Umsetzung sozialhygienischer Vorstellungen, konnte durch die Aufnahme von Theorien aus der Genetik ein Normierungsdruck entstehen, der sich über die Einpassung des Individuums in ein gegenwärtiges spezifisches milieu- und zeittypisches Ordnungs- oder Gesellschaftssystem hinaus auf die angenommene Konstitution zukünftiger Generationen mittels heutiger genetischer Manipulation erstreckte. Die Sozialhygiene lieferte die wissenschaftliche Grundlage für das Vorgehen des ÖGD in der Schnittmenge von medizinischem und sozialpolitischem Handeln, ihre gesellschaftliche Praxis war die Gesundheitsfürsorge. Sie war beeinflusst von teils

⁴ Den Forschungsstand zur Sozialhygiene von 1912 spiegelt das von MAX MOSSE (1873–1936) und GUSTAV TUGENDREICH (1876–1948) herausgegebene Sammelwerk über »Krankheit und soziale Lage« (Mosse & Tugendreich, 1913).

überkommenen bevölkerungspolitischen Annahmen von einem vermeintlichen »Niedergang des deutschen Volkes« nebst daraus abgeleiteten Forderungen (Grotjahn, o.D.: 3f.). Mehr noch, sie teilte eugenische und zum Teil rassenhygienische Auffassungen. Da sie soziale wie biologische Aspekte vereinte, ohne Gewichtung oder Grenzen klar zu definieren, konnte mit ihr die Lösung der »sozialen Frage« je nach Kontext mit sozialen, aber auch mit biologistischen Mitteln propagiert werden. Eine biologisch ausgerichtete Sozialhygiene bildete schließlich die Folie für die Entwicklung der während des Nationalsozialismus zur Leitwissenschaft avancierenden Rassenhygiene.

4. ÖFFENTLICHE GESUNDHEIT UND DER GESUNDE »VOLKSKÖRPER«

Nach der Machteroberung durch die NSDAP wurden in der Sozialhygiene und im öffentlichen Gesundheitswesen geführte Debatten mit neuer Dynamik fortgeführt und entsprechend den nun zur Verfügung gestellten Möglichkeiten neu justiert. Die methodische Offenheit der Sozialhygiene, die in der Weimarer Republik Leitidee des öffentlichen Gesundheitswesens war, ermöglichte nun eine reibungslose Schwerpunktverlagerung zu einem rassenhygienisch ausgerichteten Gesundheitswesen im Nationalsozialismus, den zahlreiche Gesundheitspolitiker unterstützten. Angesichts mangelnder Haushaltsmittel sowie zur Kompensation der Folgen der Weltwirtschaftskrise waren bereits Anfang der 1930er Jahre eine Rationierung gesundheitlicher Leistungen und im Zusammenhang damit eine »eugenische Neuorientierung« im Gesundheits- wie Wohlfahrtssystem gefordert worden (Eugenik, 1932). Bezugspunkte waren biologische und bevölkerungspolitische Vorstellungen mit den Elementen »Auslese« und »Ausmerze«, in denen sich auch von Grotjahn formulierte Ideen einer eugenisch ausgerichteten pronatalistischen Bevölkerungspolitik wiederfanden. Als Ausgangspunkt diente die Behauptung von der Gesellschaft als »Volkskörper«, dessen Gesundheit es zu schützen galt, aus der sich die Frage nach der Zugehörigkeit, also der Inklusion der »gesunden« bzw. Exklusion der »kranken« Anteile ableitete. In diesem System stand der Unterstützung des »leistungsfähigen«, »erbgesunden« Bevölkerungsteils die Segregation von Bevölkerungsgruppen gegenüber, die aus dem »Volkskörper«/der »Volksgemeinschaft« ausgeschlossen werden sollten. Ihnen wurde das Anrecht auf medizinische Versorgung entzogen. Vielmehr wurden sie mithilfe medizinischer Kriterien verfolgt, wenn nicht gar schließlich ermordet (vgl. u. a. Ehegesundheitsgesetz, Zwangssterilisation, »Euthanasie«-Aktion). Im Zusammenhang mit den Kriegsvorbereitungen Mitte der 1930er Jahre gewannen präventive Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit zum Erhalt der »Arbeits- und Wehrfähigkeit« und damit die Einpassung des Einzelnen in eine an Leistung orientierte Gesell-

schaft zusätzlich an Bedeutung. Zu jenen, die nicht dazugehörten, zählten auch die aus den von der Wehrmacht besetzten Gebieten zwangsrekrutierten Zwangsarbeiter, deren Lebenserwartung in den Lagern durch mangelhafte Hygiene, Unterernährung und Arbeitsüberlastung drastisch reduziert wurde (Miquel, 2013: 32).

So fand die Rassenhygiene mit ihren bevölkerungspolitischen Implikationen als Leitidee im Zuge von (Selbst-)Gleichschaltung und Umgestaltungsprojekten nicht nur Eingang in das Gesundheitswesen, sondern auch in die Sozialversicherung wie in die Organisationsstrukturen der Ärzteschaft. Um etwa im Sinne der nationalsozialistischen Gesundheitspolitik, unter Vernachlässigung individueller Bedürfnisse, die Erhaltung und Förderung eines postulierten gesunden »Volkskörpers« zu erreichen, wurde der ÖGD neu strukturiert. Hierfür wurden im gesamten Deutschen Reich im Sinne einer Zentralisierung entweder staatliche Gesundheitsämter neu eingerichtet oder vorhandene kommunale in staatliche Trägerschaft überführt, die dann zusätzlich zu ihrer Funktion bei der Organisation und Planung medizinischer Versorgung die zentrale Rolle bei der Umsetzung der zunehmend erlassenen rassenhygienischen Gesetzgebung übernahmen (Bergemann & Schleiermacher, 2019). Parallel hierzu wurden von der NSDAP zur gesundheitlichen Überwachung der »erbgesunden« und »rasse-reinen« Bevölkerung als Teil der eigenen Organisationsstrukturen spezielle Gesundheitseinrichtungen aufgebaut. Die neue Programmatik bildete sich auch in der Umgestaltung der Sozialversicherung, nun als Reichsversicherung bezeichnet, ab, die in Gleichschaltung, Vereinheitlichung und Umverteilung der Mittel entlang nationalsozialistischer Ideologie bestand. Trotz der Ausweitung des beitragspflichtigen Bevölkerungsteils, nicht zuletzt durch die Versicherungs- und damit Beitragspflicht von Millionen von Zwangsarbeiterinnen und Zwangsarbeitern, sank das Niveau der Leistungen unter das in der Weimarer Republik, zumal gleichzeitig Mittel für neu eingerichtete Bereiche wie Bevölkerungspolitik (z. B. Zwangssterilisation) sowie für Leistungsverbesserungen für »NS-Volksgenossen und Volksgenossinnen« zur Verfügung gestellt wurden (Miquel, 2007, 2013). Die Zustimmung der Ärzteschaft zu dieser Politik lässt sich an der deutlich überdurchschnittlichen Rate an Beitritten zur NSDAP sowie an der zum Teil bereits vor 1933 auf eigene Initiative betriebenen Entfernung »jüdischer« wie politisch missliebiger Kolleginnen und Kollegen (von denen ein Teil ins Exil gehen konnte) aus Standesorganisationen wie auch aus Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitswesens ablesen (Rüther, 1997, 2001). Schließlich konnte sie mit der Reichsärztekammer, der Kassenärztlichen Vereinigung und der »Reichsärzteordnung« zentrale Strukturen etablieren, mit denen sie im Rahmen des nationalsozialistischen Staates Selbstkontrolle und Autonomie für sich einrichtete und die Sicherstellung in der ambulanten Versorgung, die ein Quasi-Monopol nicht zuletzt zur Verteilung erheblicher finanzieller Mittel bedeutete, an sich ziehen. Indem seit langem geführte Debat-

ten nach 1933 in politische Entscheidungen umgesetzt wurden, wurde den damit etablierten gesundheitspolitischen Strukturen gleichzeitig die neue Ideologie eingeschrieben.

5. ÖFFENTLICHE GESUNDHEIT ZWISCHEN STAATLICHEM GESUNDHEITSSCHUTZ UND PRIVATWIRTSCHAFTLICHER LEISTUNGSERBRINGUNG

Nach Ende des Zweiten Weltkrieges war die Wiederherstellung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung und damit des öffentlichen Gesundheitswesens eines der wichtigsten Ziele gemeinsamer alliierter Politik. Gesundheit und Bildung wurden als Voraussetzung für den Wiederaufbau der Nachkriegsgesellschaft und schließlich eines demokratischen Staates angesehen. Im Alliierten Kontrollrat war vereinbart worden, nationalsozialistische Strukturen und rassenhygienische Ideologie zu beseitigen, Personal zu entnazifizieren und das Gesundheitswesen zu demokratisieren. Trotz übereinstimmender Ziele divergierte das Vorgehen der einzelnen Besatzungsbehörden angesichts unterschiedlicher politischer Positionierungen und daraus abgeleiteter Strategien (vgl. zum Folgenden Schleiermacher, 2021).

In den westlichen Besatzungszonen wurden zwar zentrale Reichsbehörden beseitigt. Die Strukturen gesundheitlicher Versorgung auf Länder- bzw. kommunaler Ebene, die während des Nationalsozialismus etabliert worden waren, wurden jedoch, abgesehen von einer Rekommunalisierung, ebenso wenig angefasst wie der ÖGD und die Gesundheitsämter mit ihren Aufgabenfeldern. Die Aufsicht über die Gesundheitsämter lag bei den jeweiligen Innenministerien, denen ab 1949 die Umsetzung der vom Bund erlassenen Gesundheitsgesetzgebung oblag. Die Zuständigkeit für länderübergreifende Fragestellungen lag bis zur Einrichtung eines für die gesamte Bundesrepublik zuständigen Gesundheitsministeriums 1961 bei der Abteilung Gesundheit des Bundesinnenministeriums (Kuschel, 2022: 308 f.). Die rassenhygienisch ausgerichtete Gesundheitsgesetzgebung wurde nicht als nationalsozialistisches Unrecht eingestuft. Vielmehr wurde das Wort »Rassenhygiene« durch »Eugenik« ersetzt und eine seit dem Kaiserreich bestehende enge Verbindung von präventiven mit sanitätspolizeilichen Maßnahmen blieb handlungsleitend. Mediziner wurden in ihren Funktionen im öffentlichen Gesundheitswesen belassen bzw. wieder in diese eingesetzt, wenn sie ein Entnazifizierungsverfahren durchlaufen hatten, oder ihre Kompetenz von besonderer Relevanz war, selbst wenn sie als Experten die rassenhygienisch determinierte Gesundheitspolitik mitformuliert hatten oder an ihrer Umsetzung beteiligt waren. Vor diesem Hintergrund scheiterten Bemühungen einzelner Mediziner, die sozialen Traditionen der Sozialhygiene aus der Weimarer Republik für die medizinische Versorgung in den West-

zonen bzw. der Bundesrepublik fruchtbar zu machen. Vielmehr wurde die Sozialhygiene, die wie in den 1920er Jahren biologistische/eugenische Züge trug, auf »ärztliche Fürsorgetätigkeit« verengt und dem Aufgabenbereich der Gesundheitsämter übertragen.

So wurde in der Bundesrepublik ein Gesundheitswesen etabliert, dessen strukturelle Grundlagen im Kaiserreich und der Weimarer Republik geschaffen und im Nationalsozialismus gefestigt worden waren und dessen Eckpfeiler der ÖGD, die Krankenversicherung wie die nichtstaatliche, privatwirtschaftlich agierende niedergelassene Ärzteschaft waren. Der ÖGD war jedoch mit einem fortdauernden Funktions- und damit Bedeutungsverlust zugunsten der Ärzteschaft konfrontiert, indem dieser etwa 1955 mit dem Kassenarztgesetz die ambulante Versorgung übertragen und ab 1981 auch Impfungen zur Kassenleistung definiert wurden (Lindner, 2004: 38; Klein et al., 2012: 1520).

Insgesamt wurden, obrigkeitsstaatlichem wie auch medizinapolizeilichem Denken verhaftet, nicht neue Konzepte einer sozialen Medizin präventiver Orientierung angestrebt, sondern es wurde eher auf Restauration gesetzt. Erst ab den 1960er Jahren wurde, in Abgrenzung zu der in der DDR vertretenen Sozialhygiene, die dort seit 1947 an der Universität vertreten war, an westdeutschen Universitäten die Sozialmedizin zum Gegenstand von Forschung und Lehre (Schagen, 2005; Lengwiler, 2018: 126). 1989 schuf eine Förderinitiative der Bundesregierung dann die Voraussetzungen für eine international orientierte Public-Health-Ausbildung und -Forschung, 1991 wurde der erste Public-Health-Studiengang an der Medizinischen Hochschule Hannover gegründet und 1994 wurde in Bielefeld die erste Fakultät für Gesundheitswissenschaften eingerichtet. Verblieb die Sozialmedizin im Kanon medizinischer Wissenschaft, entstanden mit Public Health mit zunehmender Multidisziplinarität eine eigenständige Wissenschaft und Praxis unabhängig von medizinischen Fakultäten.

In der Sowjetischen Besatzungszone (SBZ) wurden angesichts sowohl gleicher Ausgangslage wie gleicher Ziele andere Konzepte bei der Reorganisation der medizinischen Versorgung verfolgt. So richtete die Sowjetische Militäradministration für Deutschland bereits im Sommer 1945 die Deutsche Zentralverwaltung für das Gesundheitswesen ein, aus der 1950 das Ministerium für Gesundheitswesen hervorging. Eine solche, für alle Fragen des Gesundheitswesens zuständige Behörde, die alle die Gesundheitspolitik betreffenden Entscheidungen zentral treffen sollte, war seit der Weimarer Republik aus allen politischen Parteien gefordert worden. Die rassenhygienisch geprägte Gesundheitsgesetzgebung wurde abgeschafft und Entnazifizierungsverfahren wurden zielstrebig durchgeführt, auch wenn wegen des auch hier akuten Ärztemangels Ausnahmeregelungen getroffen wurden.

Die Politik der SBZ/DDR maß dem Gesundheitswesen beim Aufbau der Nachkriegsgesellschaft prioritäre Bedeutung zu, sollte mit ihm doch der Rahmen, der dem Bürger das »Recht« auf die »Entfaltung aller körperlichen und