

Thomas Sören Hoffmann

Freiheit und ‚Corona‘: Zur biopolitischen Dimension einer Krise

Freedom and 'Corona': On the Biopolitical Dimension of a Crisis

Zusammenfassung

Der Beitrag zeigt auf, dass ‚Corona‘ als eine biopolitische Krise zu verstehen ist, in der nicht nur epidemiologische Probleme, sondern das Selbstverständnis des Menschen als Freiheitswesen zur Debatte steht. In diesem Sinne ist zunächst der spezifische Begriff einer ‚öffentlichen Gesundheit‘ herauszuarbeiten, sind die Spuren des Utilitarismus und des ‚homo hygienicus‘ nachzuverfolgen und sind ethische Fragen wie etwa die nach einer ‚Gesundheitspflicht‘ zu klären. Der Beitrag plädiert zudem für ein Verständnis des Rechts, das notwendig zum Selbstverständnis eines vernunftbegabten Freiheitswesens gehört und in dieser Funktion gerade in Zeiten der Krise gestärkt, nicht suspendiert werden muss.

Schlüsselwörter: Öffentliche Gesundheit, Gesundheitspflicht, homo hygienicus, Biopolitik

Abstract

The article shows that the ‘corona crisis’ has to be understood as a biopolitical crisis which has prompted not only epidemiological questions but also a debate over the self-understanding of man as a free being. In this sense, the concept of ‘public health’ must be elaborated, the influence of utilitarianism and the concept of ‘homo hygienicus’ must be identified, and ethical questions such as that of a ‘duty to be healthy’ must be discussed. The article also calls for an understanding of law, which is a necessary part of our understanding of a rational system of freedom – which, especially in times of crisis, needs to be strengthened rather than suspended.

Keywords: public health, duty to be healthy, homo hygienicus, biopolitics

Univ.-Prof. Dr. Thomas Sören Hoffmann
Fernuniversität in Hagen
Institut für Philosophie
Lehrgebiet Praktische Philosophie I:
Ethik, Recht, Ökonomie
Universitätsstr. 33, D-58084 Hagen
thomas.hoffmann@fernuni-hagen.de

Mehr oder weniger von ihrem Beginn an hat die ‚Corona-Krise‘ keineswegs nur ein epidemiologisches Gesicht gezeigt: was sie zeigte, waren viele, auch ambivalente Gesichter. So konnte, was auf der einen Seite medizinisch als ‚Pandemie‘ beschrieben und entsprechend angegangen wurde, auf der anderen Seite als ‚Public Health Emergency of International Concern‘ (PHEIC) – als Sicherheitsproblem, das entsprechende sicherheitspolitische Reaktionen erforderte – ausgerufen und aufgefasst werden.¹ Was sodann einerseits weltweite einschneidende Maßnahmen mit noch längst nicht absehbaren ökonomischen und psycho-sozialen Folgen nach sich zog, wurde andererseits – auch von Teilen der Politik² – als willkommene Gelegenheit zu einer nicht weniger als gesamtgesellschaftlichen ‚Transformation‘ im Zeichen von Klimaschutz, Digitalisierung und Etablierung eines neuen Weltfinanzsystems aufgefasst.³ Und was den einen als erst näher zu dechiffrierende individuelleethische, soziale und politische Problematik eines wie auch immer zustande gekommenen ‚Ausnahmezustands‘ erschien,⁴ wurde für andere zum Anlass, ohne nennenswerte Bedenken selbst totalitäre Ansätze für eine neue, ‚effizienzorientierte‘ Neuorganisation der Politik, ja des menschlichen Lebens insgesamt in Erwägung zu ziehen, wenn nicht gar offen zu empfehlen.⁵

Der vorliegende Beitrag vertritt die These, dass die ‚Corona-Krise‘ trotz ihres epidemiologischen Auslösers als eine *biopolitische Großkonstellation* aufgefasst werden muss, die zwar auch medizinische, ökonomische, soziale und weitere Einzelfacetten aufweist, in der es im Kern aber um Fragen geht, die unser humanes und gesellschaftliches Selbstbild insgesamt betreffen. Da dieses Selbstverständnis bislang auf Begriffe wie ‚Menschwürde‘, ‚Rechtsstaatlichkeit‘, ‚Vernunft‘ und ‚Freiheit‘ rückführbar war, geht es um eine Bilanz im Zeichen der Frage, inwieweit das, worauf diese Begriffe zielen, von der gegebenen Konstellation betroffen, durch sie gefährdet oder gar zur Disposition gestellt worden ist. Dabei wird

sich zeigen, dass zentrale Fragen bereits die neue Dominanz des öffentlichen Gesundheitswesens gegenüber dem tradierten Verständnis von Medizin und (individueller) Gesundheit betreffen; diese Fragen zielen auf die Strukturlogik, aber auch die machtsociologische Seite der modernen öffentlichen Gesundheitsdienste, die inzwischen so tief in das Leben der Menschen eingreifen, wie es kaum je zuvor der Fall gewesen ist. Den Beitrag beschließen sollen einige zusammenfassende Thesen, die an das alte Gravitationszentrum aller Humanität, das in letzter Instanz im Begriff der Vernunft als der entscheidenden Sachwalterin der Freiheit liegt, erinnern.

I. Hippokratische vs. öffentliche Gesundheit

1. Die ‚Corona-Krise‘ hat ein ganzes Bündel von medizinethischen Fragen aufgeworfen:⁶ Fragen, die von ‚Klassikern‘ wie der Triage über die Forschungs- und Kommunikationsethik bis etwa zu Problemen der Gerechtigkeit in der Ressourcenallokation⁷ reichen. Nicht immer mitbeachtet wird dabei, dass implizit schon der Begriff der Gesundheit selbst zur Debatte steht, und zwar in dem Sinne, dass es zu einer Verschiebung hin zu einem nunmehr dominanten Begriff von ‚öffentlicher Gesundheit‘ kommt, dem (was im Prinzip keine neue Einsicht ist) eine vollkommen andere Strukturlogik eignet als dem lebensweltlich verankerten Ausgangsbegriff von ‚Gesundheit‘, bei dem in der Regel auch die Medizinethik ansetzt und den wir hier den ‚hippokratischen Begriff‘ der Gesundheit nennen wollen.

Gegenstand des hippokratischen Gesundheitsbegriffs ist die leibliche Existenz eines Menschen – Aristoteles hat vor diesem Hintergrund die Gesundheit die ‚Tüchtigkeit‘ oder ‚Bestform des Leibes‘ (σώματος ἀρετή) genannt.⁸ Da es eben die physische ‚Tüchtigkeit‘ des Individuums ist, die es in die Lage versetzt, seine Zwecke und Ziele im äußeren Handeln zu erreichen, ist ‚Gesundheit‘ insoweit auf menschliche Praxis und reale Freiheit bezogen – ihr Wert, ihre innere ‚Normativität‘, aus

der sich auch der Normativitätsbezug der Medizin ergibt, gründet genau darin, *Befähigung zum Handeln* und zur *Realisierung der eigenen Zielwahl* zu sein. Und da, wiederum nach Aristoteles, der Arzt nicht ‚den Menschen‘, sondern ‚diesen Kallias da‘, d.h. ein Individuum, nicht die ‚Gattung‘ behandelt,⁹ ist unmittelbar festgestellt, dass der hippokratische Gesundheitsbegriff im *Individuum* (und nur dort) zentriert ist: in einem Individuum, das im Falle der Heilbehandlung einen „Pakt des Vertrauens“ (Ricoeur) mit dem Arzt eingehen können muss, der wiederum seine eigene Dignität wie auch seine Handlungsziele aus der Beförderung der „leiblichen Tüchtigkeit“, damit aber aus dem Dienst an der Freiheit des Patienten gewinnt.¹⁰

2. Dieses Bild nun ändert sich ums Ganze, wenn man damit den Begriff der ‚öffentlichen Gesundheit‘ kontrastiert. In der ‚Corona-Krise‘ konnte sehr bald beobachtet werden, wie sich das Gesundheitswesen statt an realen Bedürfnissen der Individuen vielmehr an staatlichen ‚Planzielen‘ orientierte – bis hin zum Behandlungsentfall für *wirklich* Schwerstkranke, deren Betten *möglichen* Covid-Patienten vorbehalten bleiben sollten. Gerettet werden sollte auch den politischen Verlautbarungen nach das ‚Gesundheitssystem‘, nicht der einzelne – wobei Patienten zugleich die Wahrnehmung machen konnten, wie sich aus ihren Ärzten des persönlichen Vertrauens bis ins Auftreten hinein Funktionäre eben des zu rettenden Gesundheitssystems entwickelten, die kaum noch etwas anderes als ihren gesundheitspolizeilichen Auftrag zu kennen schienen.

Verständlich, wenn auch nicht schon entschuldbar ist dies, insofern ‚öffentliche Gesundheit‘ sich strukturell eben auf Gesundheit als ein *öffentliches* Gut, sprich ein *staatliches Interesse* bezieht, aus dessen Perspektive das Individuum zuletzt auf eine statistische Größe zusammenschumpft: der bei näherem Zusehen immense Apparat, auf den heute die öffentliche Gesundheitspflege zurückgreift,¹¹ muss sich seiner Logik nach sogar über das Wohl des einzelnen hinwegsetzen, er *kann* nicht

anders, als einem effizienzorientierten utilitaristischen Kalkül folgen.¹² Sinnbildlich für die Logik der ‚öffentlichen Gesundheit‘ kann hier etwa der plakative Imperativ „Flatten the curve!“ stehen, der nichts anderes besagt, als dass der einzelne an einer besser ‚handhabbaren‘ *statistischen Verteilung von Infektionen über die Zeit* – noch nicht einmal an deren absoluter Reduzierung – mitwirken soll: ein Imperativ, der keinen Hehl daraus macht, nicht aus der natürlichen Eigenmotivation wirklicher Menschen, sondern alleine aus der Sphäre statistischer Modelle und Berechnungen heraus generiert worden zu sein.

3. Beobachtungen wie diese erinnern uns nun freilich daran, dass Statistik und Modellbildung überhaupt zu den spezifischen Instrumenten gehören, die die ‚Public-Health-Logik‘ von der hippokratischen Medizin unterscheiden. Die Statistik steht nicht zufällig am Anfang der modernen Form des öffentlichen Gesundheitswesens; sie tritt in der Hygienebewegung Louis-René Villermés (1782-1863)¹³ genauso auf den Plan wie in derjenigen Edwin Chadwicks (1800-1890)¹⁴, und sie hat ihren Platz – trotz aller kritischer Anfragen an die tatsächliche Aussagekraft isoliert betrachteter Zahlen bis hin zu dem inzwischen allbekannten magischen „COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University (JHU)“ – bestens behauptet. Probleme entstehen hier jedoch nicht alleine aus der Suggestivkraft kontextlos in den Raum gestellter Zahlen, sie entstehen auch aus der für den Laien nicht immer leicht vermeidbaren Gefahr der Verwechslung von bloßen Berechnungen im Sinne widerspruchsfreier *Szenarien* mit echten, kausaltheoretisch wirklich validierbaren *Prognosen*. Gerade zu Beginn der ‚Corona-Krise‘ war erkennbar, dass eher abstrakte Szenarien nur allzu schnell *prognostisch* gedeutet und zur Handlungsgrundlage (z.B. für die Errichtung von Notspitälern, die dann niemals benötigt wurden¹⁵) gemacht wurden. ‚Modallogisch‘ wird hier deutlich, dass im Bereich der ‚öffentlichen Gesundheit‘ Möglichkeiten eine andere Rolle spielen

als in der Individualmedizin, für die niemals ‚alles Mögliche‘, sondern ein Sinn für die individuelle Wirklichkeit von zentraler Bedeutung ist.

4. Nun wird man darauf hinweisen können, dass die spezifische Rolle der Quantifizierungen in der öffentlichen Gesundheitspflege sich bereits daraus erklärt, dass es hier um andere ‚Quantitäten‘ geht als in der Individualmedizin: um ganze Populationen nämlich und nicht um „diesen Kallias“, um langfristige Folgen und nicht um individuelles Wohlergehen. Das Problem ist jedoch, dass das öffentliche Gesundheitswesen einen Ersatz für die normative Orientierung bedarf, die die ‚hippokratische Medizin‘ an ihrem ‚Gegenstand‘, dem Individuum, und der Wahrung oder Wiederherstellung seiner Fähigkeit, eigene Zwecke zu realisieren, unmittelbar findet. Dieser Ersatz wird grundsätzlich durch das konkrete politische Interesse geliefert, das an dem Gut einer ‚öffentlichen Gesundheit‘ jeweils besteht. Dass das Interesse an ‚öffentlicher Gesundheit‘ jeweils ein *politisch vermitteltes* ist, kann erneut an der Geschichte des Konzepts von ‚Public Health‘ abgelesen werden.

Zwei (statt vieler) Beispiele mögen dies illustrieren: der ‚Magistrato alla Sanità‘, der sich seit 1490 der Seuchenpolitik Venedigs annahm, bestand jeweils aus drei Senatoren aus vornehmerm Hause, nicht etwa aus Ärzten oder sonst Fachkundigen – der Fokus lag im Sinne der italienischen Handelsmächte auf der ökonomisch relevanten ‚sanitas terrae‘⁶ und damit eindeutig auf der Wahrung von Staatsinteressen, nicht etwa auf der Verhinderung einer Erkrankung von Barbieren und Zofen um dieser selbst willen⁷. Bei Chadwick wiederum, dem bereits erwähnten Begründer des ‚sanitary movement‘ auf den britischen Inseln und – bezeichnend genug – Bentham-Schüler, ging es im Kampf gegen Krankheit und auch Armut nach den Worten Frank M. Snowdens um eine „economy strengthened by a healthy workforce“⁸: es ging um die Gesunderhaltung junger bis mittelalter Männer, während Frauen, Kinder und Alte nur am Rande in den Blick traten. Das Benjamin Franklin,

aber auch anderen zugeschriebene prägnante Diktum „Health is wealth“ bewahrheitete sich insoweit als eigentlicher Treiber im Hintergrund einer keineswegs uninteressierten ‚Gesundheitsfürsorge‘ im Industriezeitalter genauso, wie dies schon im italienischen Mittelalter im Falle der Reaktion auf den ‚Schwarzen Tod‘ der Fall gewesen war: es galt, Handel und Wandel zu schützen; der Schutz der Individuen war dafür allenfalls Mittel, nicht Zweck.

5. Gleichwohl sind ökonomische Zielbestimmungen, mit denen wir im ‚öffentlichen Gesundheitswesen‘ zu rechnen haben, nicht der einzige Zweck, den die Politik hier verfolgen kann. Die Ziele können auch weiter und allgemeiner gesteckt, ja sozialutopisch ausgelegt sein. Die deutschen Medizingeschichtler Alfons Labisch und Norbert Paul haben bereits vor zwei Jahrzehnten davon gesprochen, dass „der Begriff einer *öffentlichen Gesundheit* ... daran geknüpft ist, dass eine aktuelle und zukünftige Normalität nicht nur individueller, sondern überindividueller (oder auch: kollektiver Gesundheit) zunächst wahrgenommen und dann unter normativen Aspekten bewusst gestaltet wird“⁹ – eine Aussage, die deutlich werden lässt, inwiefern der Begriff der ‚öffentlichen Gesundheit‘ unvermeidlich *biopolitisch* konnotiert ist. Von eminenter Bedeutung ist dabei die Feststellung der beiden Autoren, dass „öffentliche Gesundheit ... ein tendenziell alle gesellschaftlichen Bereiche durchdringender Begriff“ und einem „Wahrnehmungs- und Definitionsprozess ausgeliefert“ ist, „der von vornherein durch Elemente von Macht und Herrschaft durchdrungen wird“²⁰. Die Autoren kommen zuletzt explizit zu dem provokanten Schluss, „dass die Implementationen gesundheitsgerichteter Aktivitäten keineswegs ‚krankheitslogisch‘ oder ‚wissenschaftslogisch‘ erfolgt“. Vielmehr gilt, dass „die Wahrnehmung und Gestaltung einer ‚öffentlichen Gesundheit‘ immer auch ebenso sozialtechnologischen wie sozialutopischen Zielvorstellungen“²¹ folgt.

Mit dieser Bemerkung aber sind wir bereits in der ‚Corona-Welt‘ als biopolitischer Gesamtkon-

stellation angekommen: in einer Welt, in der die nur allzu leicht von der Hand gehende Ankündigung ‚neuer Normalitäten‘ Hand in Hand eben mit ‚gesundheits-‘, aber auch diversen politischen Weichenstellungen gehen konnte, die von der Epidemiologie zur – zumindest dem eigenen Anspruch nach – ‚großen Politik‘ des sogenannten „great reset“ übergehen. Wir werfen an dieser Stelle an Hand dreier Stichworte noch einmal einen Blick auf diese ‚Welt‘ und machen an diesen Stichworten – ‚homo hygienicus‘, ‚Gesundheitspflicht‘, ‚Ausnahmestandard‘ – zugleich konkrete ethische und biopolitische Problemfelder deutlich.

6. Das Stichwort ‚homo hygienicus‘ ist von dem bereits erwähnten Medizingeschichtler Alfons Labisch geprägt worden,²² gewann jedoch in der ‚Corona-Krise‘ eine neue Aktualität²³. Der ‚homo hygienicus‘ ist eine legitime Frucht der uns bereits bekannten Hygienebewegungen à la Villermé und Chadwick, die ihrerseits aus einem technologisch-utilitaristisch ausgelegten Fortschrittsoptimismus heraus zu verstehen sind. Der ‚homo hygienicus‘ ist entsprechend ein im Zeichen eines wesentlich technisch-sozialpolitisch zu realisierenden Reinheits- bzw. Reinlichkeitsideals operierender Hygienemaximierer und zugleich Sozialreformer, zu dessen Zielen nicht zuletzt die Etablierung einer von unplanbaren Irritationen weitestgehend befreiten funktionalen Gesellschaft gehört. Eine quasi ‚moralische‘ und jedenfalls weltanschauliche Überhöhung hat das Hygieneideal bzw. die ‚Reinlichkeit‘ dabei schon bei Friedrich Nietzsche erfahren – bis dahin, dass bei ihm gerade in den ‚kalten‘ Zeiten des Nihilismus eben die ‚Reinlichkeit‘ zum Kernbestand desjenigen zählte, was den ‚Gesetzgebern der Zukunft‘ im Sinne einer neuen – wie Nietzsche bildlich sagt – ‚Sternenmoral‘ unbedingt zu verkünden aufgetragen ist: „Nur Ein Gebot gilt dir: sei rein!“²⁴. Nietzsche selbst hat für seine Person davon gesprochen, dass er „eine vollkommen unheimliche Reizbarkeit des Reinlichkeits-Instinkts“²⁵ besitze, während er seinen „Zarathustra“ ausrufen lässt: „Denn diess ist unsre

Höhe und unsre Heimat: zu hoch und steil wohnen wir hier allen Unreinen und ihrem Durste“²⁶. Auf diese Weise auch weltanschaulich aufgeladen, kann der Reinheitsgedanke in der Folge leicht in die verschiedenen Sozial-, ja Rassehygiene-Konzeptionen einwandern, die nicht zuletzt in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts die vormaligen Kulturnationen zu plagen begannen.²⁷ In der Corona-Welt schließlich motiviert er in großem Stile dazu, „in Umkehr des hygienisch riskanten christlichen Grund-Satzes ‚Liebe Deinen Nächsten!‘“ die „Krankheitsvermutung“ in Beziehung auf den Nächsten zu generalisieren und sich so unter „den Leitspruch ‚Fürchte Deinen Nächsten!‘“²⁸ zu stellen.

Im Ergebnis taucht eine neue Hobbes’sche Atomisierung der Gesellschaft auf, in der Menschen einander grundsätzlich als Gefährder ansehen und daher gegeneinander den Nachweis zu führen haben, dass sie es doch nicht sind. An dieser Stelle tritt das öffentliche Gesundheitswesen auf den Plan, mit ihm aber auch der „Leviathan“, dessen Wirksamkeit schon bei Hobbes darin begründet ist, dass die Bürger auf prinzipiell alle Rechte gegen ihn verzichten: eine staatlich umfassend garantierte Sicherheit ist – so das Modell des „Leviathan“ – mit einer Anerkennung auch unabhängig vom Staat geltender Grundrechte nicht vereinbar; Rechte werden vom Staat allenfalls ‚gewährt‘ und bei Bedarf auch wieder entzogen. Der ‚homo hygienicus‘ weiß dies und erwirbt sich sein Recht durch Unterordnung unter den Sicherheitsimperativ. Ein eigentliches Selbstbewusstsein als Freiheitswesen hat er nicht.

7. Dem korrespondiert sodann die ‚Gesundheitspflicht‘ im Sinne einer Pflicht, dem öffentlich als ‚gesund‘ Deklarierten gerecht zu werden. Das Problem, das an dieser Stelle in ethischer Hinsicht auftaucht, ist mindestens ein dreifaches – wir markieren es mit drei Fragen:

a) Was geschieht, wenn die ihrem Maß und ihrer Gestalt nach immer individuelle Gesundheit, die für keinen Menschen schlicht dasselbe heißen kann, nicht der standardisierten öffentlichen Ge-

sundheit entspricht bzw. gar nicht entsprechen kann? Was hindert unter dem Imperativ der ‚Gesundheitspflicht‘ die Wiederkehr der Eugenik, zumindest aber die Begünstigung eines ‚human enhancement‘, das eine ‚Optimierung‘ des Menschen zuletzt immer nach dem Gesichtspunkt ‚öffentlicher‘ Gesundheit verheißt?

b) Was geschieht in der gesundheitspflichtigen Gesellschaft insbesondere mit jenen, die nicht nur ‚nur individuell‘ gesund, sondern schlechterdings krank sind? Nach alteuropäischen Begriffen verlieren Kranke ihre Würde nicht, da Würde nicht an bestimmte objektive Merkmale geknüpft ist, sondern sich auf die Subjektstellung des einzelnen zur Freiheit bestimmten Individuums bezieht. Selbstverständlich ist diese Auffassung nun aber seit dem Auftreten des Sozialdarwinismus nicht mehr. Ein entsprechendes Fanal finden wir bei Nietzsche: „Die *Krankhaften* sind des Menschen grosse Gefahr: *nicht* die Bösen, *nicht* die ‚Raubthiere‘. Die von vornherein Verunglückten, Niedergeworfenen, Zerbrochenen – sie sind es, die *Schwächsten* sind es, welche am Meisten das Leben unter Menschen unterminieren, welche unser Vertrauen zum Leben, zum Menschen, zu uns am gefährlichsten vergiften und in Frage stellen“²⁹.

Noch weiter geht Nietzsche in der *Götzen-Dämmerung* in einem bekannten Aphorismus, der unter dem Titel ‚Moral für Ärzte‘ steht und programmatisch mit der These beginnt: „Der Kranke ist ein Parasit der Gesellschaft“³⁰. Nichts schließt aus, dass *mutatis mutandis* in biopolitischen Konstellationen wie der ‚Corona-Krise‘ ähnliche Perspektiven fröhliche Urstände feiern könnten – angefangen von Personen, die als Asthmatiker keine Masken tragen können, bis hin zu zwar Gesunden, aber ‚Ungeimpften‘, die ‚öffentlich‘ als ‚potentiell‘ Infizierte und Infektiose, nicht mehr als Freiheitssubjekte wahrgenommen werden.

c) Labisch und Paul haben daran erinnert, dass der „Gedanke einer verpflichtenden kollektiven Gesundheit“ in der Zeit des ‚Nationalsozialismus‘ in ein in sich rationales Modell einer weit in die

Zukunft gerichteten Gesundheitssicherung umgestaltet“³¹ worden ist. Das NS-Modell einer ‚totalitären Gesundheitssicherung‘ diente dabei der Gesunderhaltung wiederum nicht des einzelnen, sondern des ‚Volkskörpers‘ und war dabei zugleich an aus der ‚Rassentheorie‘ gewonnenen Zwecken ausgerichtet. Insofern kann auch in ihm eine Frucht der neueren Hygienebewegungen erkannt werden: es war ‚modern‘, wenn auch im Sinne eines dialektischen Beispiels dafür, „wie eine gleichsam losgelassene Moderne sich gegen elementare Menschenrechte durchsetzen kann“³². Dass diese rein technisch-praktisch ‚denkende‘ Moderne eine Gesundheitspflicht kennt, ja dass es ihr möglich war oder ist, Krankheit als ‚Versagen‘ zu brandmarken,³³ kann nicht eigentlich überraschen. Eher zeigt es die Gefahren auf, in die eine jede, auch die sehr subtile Ausrufung einer ‚Gesundheitspflicht‘, führen muss. Sie endet in letzter Instanz in jener Perspektivenverkürzung, die den Menschen nur noch als Biomasse, nicht mehr als „homo noumenon“ (Kant) wahrzunehmen vermag und auch das menschliche Zusammenleben ‚biologisiert“³⁴ – dass die Frage nach einem *freiheitlichen* Zusammenleben, nach dem im menschlichen Sinne guten Leben, hier ad acta gelegt ist, liegt auf der Hand.

8. In seiner Studie zum Ausnahmezustand hat einer der inzwischen prominentesten Kritiker der Biopolitik der ‚Corona-Krise‘, Giorgio Agamben, sich mit der Vorgeschichte der neueren Konzeption eben des Ausnahmezustands auseinandergesetzt. In gewisser Weise werden dabei archetypische Strukturen identifizierbar, die auch seit dem Jahre 2020 wiedererkennbar sind: so schon grundlegend in der Figur des römischen ‚iustitium‘, der Rechtsaussetzung, durch die der „Bestand des öffentlichen Raums“ in Frage gestellt, aber auch „die Privatsphäre neutralisiert“ wurde³⁵; so im Begriff des ‚tumultus‘, des ‚Aufruhrs‘ im Sinne der das Ende des Rechts belegenden Massenbewegung³⁶; so auch im Blick auf ein Regieren nicht aus rechtmäßiger ‚potestas‘, sondern aus diffuser ‚auctoritas‘³⁷ usw. So dankbar man Agamben für viele sei-

ner Beobachtungen bezüglich der Historie, mehr aber noch der Präsenz des Ausnahmezustands in der ‚Corona-Krise‘³⁸ sein muss, gibt es doch einen entscheidenden Punkt, der bei ihm offenbleibt. Dieser Punkt betrifft die Frage, ob der Ausnahmezustand zwingend in der Carl Schmittschen Linie als Substitution des Rechtszustands durch die obrigkeitstaatlich-diktatorische Deziision verstanden werden muss oder nicht vielmehr auch im Sinne der Selbstverteidigung des Rechts gegen die eigene Destabilisierung gedeutet werden kann. Die rechtsstaatliche Theorie des Not- oder Ausnahmezustands kann nur die Theorie der ‚Rechtsnotwehr‘ sein: eine Theorie, die voraussetzt, dass es gerade im Ausnahmefall den rechtsfreien Raum nicht geben darf und um so mehr alles Handeln auch jetzt an das authentisch wahrgenommene Rechtsstaatsprinzip gebunden ist, d.h. der Festigung der im Recht institutionalisierten Anerkennungsordnung und eben nicht ihrer Suspendierung dient.

Nach Agamben hat unter der Oberfläche der europäischen Rechtsstaatlichkeit immer der Obrigkeitsstaat gelauert. Das mag empirisch sogar richtig sein: es käme jedoch darauf an zu zeigen, dass und inwiefern der Rechtsgedanke als solcher sich zwar temporär unterdrücken, aber gerade nicht ‚suspendieren‘ lässt. Es käme darauf an, in Erinnerung zu rufen, dass die eigentliche Macht des Rechts ihm nicht von außen verliehen ist, sondern darin besteht, zum Inventar der Vernunftbegriffe zu gehören, ohne die wir selbst keine freiheitsbezogenen Vernunftwesen sind. Insofern sollte gerade in der ‚Krise‘ das Freiheitsbewusstsein wachsen, nicht schwinden. Nicht weniger, sondern *mehr* Recht ist die Antwort auf den ‚Ausnahmezustand‘.

II. Sechs zusammenfassende Thesen

Das Ergebnis unserer Überlegungen zur ‚biopolitischen Konstellation‘ der ‚Corona-Krise‘ fassen wir in sechs Thesen zusammen:

1. Die ‚Corona-Krise‘ konfrontiert uns mit einer biopolitischen Gesamtkonstellation, die nicht aus einer einzelnen Perspektive – z.B. der epi-

miologischen – alleine heraus angemessen wahrgenommen und bewertet werden kann. Schon der Gesundheitsbegriff, um den es dabei geht, ist nicht einfach nur ein medizinischer, sondern ein auf verschiedenen Ebenen biopolitischer. Das bedeutet nicht nur, dass es eher um das ‚gesunde System‘ als um gesunde Bürger geht; es bedeutet vielmehr auch, dass hier eine Anschlussfähigkeit für Zwecksetzungen gegeben ist, die sich nicht auf die Befähigung der Individuen beziehen, ihre Zwecke selbständig realisieren zu können, wie es in der hippokratischen Medizin der Fall ist. Es handelt sich vielmehr um Zwecke, die dem jeweils vorherrschenden staatlichen Interesse an ‚öffentlicher Gesundheit‘ gemäß sind und das Individualinteresse an Gesundheit relativieren, wenn nicht gänzlich beiseite setzen können. Insofern ist es grundsätzlich bedeutsam, auf Homonymien in der Debatte aufmerksam zu machen, die mit dem Gesundheitsbegriff beginnen und bis hin zu grundlegenden Differenzen im Blick auf die Unveräußerlichkeit der Grundrechte, ja im Menschenbild und im Bild von der Zukunft des Menschen führen. Wenn es in der Individualmedizin um die Wiedereinsetzung des Individuums in seine maximale Freiheit geht, ist die öffentliche Medizin als Therapeutin der Gattung tendenziell sozialutopisch unterlegt und verheißt ‚optimierte‘ Lebenswelten, neue ‚Normalitäten‘ und Sicherheiten. Es ist eine Aufgabe der Medizinethik, konsequent deutlich zu machen, was Aufgabe von Medizin im ursprünglichen Sinne ist und wo ein sozialtechnologisches Handeln auf den ‚neuen Menschen‘ hin beginnt.

2. Das öffentliche Gesundheitswesen ist in seiner modernen Form nicht zuletzt aus den technisch-praktisch ausgerichteten Hygienebewegungen der Neuzeit hervorgegangen und mit diesen in seiner utilitaristischen Grundausrichtung und Effizienzorientierung auch bleibend verbunden geblieben³⁹. Diese Feststellung impliziert nicht eine grundsätzliche Zurückweisung der ‚Public Health‘-Idee als solcher, macht aber auf deren Grenzen und vor allem darauf aufmerksam, dass die

jeweiligen Ziele einer gegebenen ‚Gesundheitspolitik‘ oder gar einer sozialen Utopie niemals selbst-evident, sondern immer rechtfertigungsbedürftig sind. Der Maßstab für die Rechtfertigung von Eingriffen in Grundrechte kann nur in den letzteren selbst gefunden werden, wie der Sinn der Ausrufung eines Notstands nur die Wahrung des Rechtszustandes unter erschwerten Bedingungen, nicht dessen temporäre oder gar dauerhafte Suspension sein kann. Das Recht bekämpft nicht ein Virus, sondern Gefahren bezüglich des Fortbestehens von Anerkennungsverhältnissen bzw. offene Unrechtsverhältnisse. Sein Adressat ist dabei der Mensch als Freiheitswesen, nicht als reine biotische Existenz.

3. Das moderne öffentliche Gesundheitswesen stützt sich, anders als die ‚hippokratische Medizin‘, zentral auf die Medizin als ‚objektive‘ Naturwissenschaft. Es stützt sich darüber hinaus auf starke Bürokratien, auf ein ganzes Netz von Institutionen, Gesetzgebungen mit Einschluss von Optionen auf zwangsweise Umsetzung seiner Ziele. Das moderne Gesundheitswesen ist insoweit, machtsociologisch betrachtet und vielfach ohne öffentliche Reflexion auf diese Tatsache, eine der wichtigsten Säulen moderner Souveränität, bedarf aber gerade deshalb der Kontrolle und des Bewußtseins der Gefahr einer neuen, anonymen Machtkonzentration unter seinem Namen. Zu den ‚Chancen‘, die die ‚Corona-Krise‘ eröffnet hat, gehört die Chance der Wahrnehmung eben dieser Gefahr wie auch die Chance einer Wiederentdeckung eines nicht rein wissenschaftlichen Sinnes von Medizin.

4. Zu den Grundüberzeugungen der europäischen Aufklärung gehört die Auffassung, dass alle bloße ‚Macht‘ nicht nur keinen intrinsischen Wert besitzt, sondern vor allem nicht in der Lage ist, die Autorität der Vernunft auf Dauer außer Kraft zu setzen. Das Streben nach Macht um der Macht willen ist Ausdruck eines Nihilismus, der unfähig ist, sich zur Vernunft und zu vernünftigen Inhalten ins Verhältnis zu setzen und insoweit sich selbst zerstören muss. Eine in einem umfassenden Vernunftanspruch wurzelnde Medizinethik wird sich daher

– gerade auch in der Krise – alle Mittel versagen, die den Menschen nicht als Vernunftwesen adressieren, sondern z.B. über den Furchtappell, über Suggestivbilder, durch den Aufbau von sozialem Druck oder auch die Chaotisierung des Alltags zu manipulieren versuchen.

5. Das impliziert ein eindeutiges Plädoyer für einen auch in der Krise maximal vernünftigen, politisch nicht kontaminierten wissenschaftlichen Diskurs⁴⁰, in dem keine Rückfrage tabuisiert, keine These von vornherein aus sachfremden Gründen inkriminiert und ‚Multiperspektivität‘ nicht nur als Erschwernis für die Handlungsempfehlung angesehen wird. Es impliziert weiter eine rückhaltlose Offenlegung der Interessen der politisch oder sonst in der Umsetzung handelnden Akteure, die persönlich durch ihr Handeln in Extremsituationen keine Gelegenheit zur Vorteilsnahme erhalten dürfen. Und es impliziert in jedem Fall eine nach strengen Regeln erfolgende Verhältnismäßigkeit aller Maßnahmen, denn alleine in ihr kann Vernunft sich wiedererkennen⁴¹.

6. Eine in einem umfassenden Vernunftanspruch wurzelnde Medizinethik wird dann – auch in der Krise – die existentielle ‚Tonalität‘, die ‚Stimmung‘ der Vernunft treffen und mehrten, die niemals die der Furcht oder gar Panik des maßlosen Erschreckens oder einer Bereitschaft zur heteronomen Leitung sein kann. Die Tonalität der Vernunft ist entsprechend der Selbstaffirmativität des Logos die souveräne Freude, die auch unter Extrembedingungen sich nicht selbst preisgeben kann. Es sind keineswegs nur die Auslastungsraten der Psychiater, die Kriminal- oder Suizidstatistiken, die belegen, dass in der Krise der überwiegende Ton der Verzweiflung gewesen sein wird – es genügen dazu Alltagserfahrungen mit einer hinter der Maske sich weiter atomisierenden Gesellschaft, mit eklatanter Empathielosigkeit politisch Handelnder, mit einem neuen Untertanengeist, die davon Zeugnis ablegen. Aber gerade, damit das letzte Wort nicht diesen und ähnlichen Erfahrungen gehört, ist die Besinnung auf die sin-

guläre Auszeichnung des Menschen, Repräsentant der Vernunft, ihr Botschafter auch in äußeren Bedrängnissen zu sein, von elementarer Wichtigkeit. Das ‚transhumanistische‘ Versprechen, dass uns die Technik und technische Selbstoptimierung aus aller Bedrängnis führen könne, verfängt hier nicht. Es verblasst als hohle Phantasie von selbst vor gelebter Vernunft, auf die im Kern alle Wissenschaft, alle Medizin und auch alle Medizinethik gegründet und verpflichtet ist.

Referenzen

- 1 Diese Ausrufung der „Public Health Emergency of International Concern“ durch den Generaldirektor der WHO erfolgte bereits am 30. Januar 2020 ([https://www.who.int/publications/m/item/covid-19-public-health-emergency-of-international-concern-\(pheic\)-global-research-and-innovation-forum](https://www.who.int/publications/m/item/covid-19-public-health-emergency-of-international-concern-(pheic)-global-research-and-innovation-forum)), also noch vor der Ausrufung der Covid-19-Erkrankung als ‚Pandemie‘, die erst am 11. März 2020 vollzogen wurde. Während im Falle einer Pandemie (auf die im Laufe der Zeit deutlich abgeschwächte Bedeutung dieses Begriffs gehen wir hier nicht ein) der Fokus auf medizinischen Maßnahmen liegt, wird im Falle einer „PHEIC“ potentiell der Gesamtapparat staatlicher Gefahrenabwehr aktiviert; dabei gelten auch bestimmte ausnahmerechtliche Grundsätze, etwa die temporär beschränkte Zulassung von zum gegebenen Zeitpunkt noch experimentellen, also noch nicht lege artis erprobten Impfstoffen. Reisenden in der ‚Corona-Krise‘ dürfte der ‚PHEIC-Status‘ zum Beispiel darin begegnet sein, dass sie beim Grenzübergang in ein anderes Land vom Militär statt von der regulären Grenzpolizei empfangen worden sind; generell kann man sagen, dass der schwedische Weg in der Reaktion auf ‚Corona‘ eher dem Pandemie-Status entsprach, während in Ländern wie Deutschland oder Österreich eher zu sicherheitspolitischen Maßnahmen (mit Ausgangsbeschränkungen, ‚Lockdowns‘, Schulschließungen etc.) gegriffen wurde, und zwar auch dann, wenn es unter rein medizinischem Aspekt dafür an Evidenz fehlte. Vgl. zum Thema die informative Dissertation von Behrendt S., *The international health regulations and the executive authority of the World Health Organization during public health emergencies of international concern*, St. Gallen (2009).
- 2 So etwa stereotyp in mehreren Einlassungen die deutsche Bundeskanzlerin Merkel, die z. B. im Juni 2021 davon gesprochen hat, „die Zeit nach Corona dürfe nicht so aussehen wie die Zeit zuvor“. Vielmehr müsse „die wirtschaftliche Erholung nach der Pandemie so genutzt werden, dass unsere Art zu leben, zu wirtschaften und zu arbeiten innovativer, digitaler, resilienter, klimafreundlicher, insgesamt nachhaltiger wird“ (Merkel fordert „Jahrzehnt der Nachhaltigkeit“, BR24, 8.6.2021). In einem Zeitungsinterview hatte der Präsident des deutschen Bundestages, Wolfgang Schäuble, in ähnlichem Sinne bereits im August 2020 erklärt: „Die ‚Corona-Krise‘ ist eine große Chance. Der Widerstand gegen Veränderung wird in der Krise geringer. Wir können die Wirtschafts- und Finanzunion, die wir politisch bisher nicht zustande gebracht haben, jetzt hinkommen“ (Neue Westfälische, 20.8.2020; vgl. <http://www.wolfgang-schaeuble.de/die-pandemie-ist-eine-grosse-chance/>).
- 3 Vgl. – mit entgegengesetzten Vorzeichen – hier nur: Schwab K., Malleret Th., *COVID-19: Der große Umbruch*, Forum Publishing, Cologny/Genf (2020); Hofbauer H., Kraft St. (Hrsg.), *Lockdown 2020. Wie ein Virus dazu benutzt wird, die Gesellschaft zu verändern*, Promedia, Wien (2020).
- 4 Vgl. Brenner A., *CoronaEthik – Ein Fall von Global-Verantwortung?* Königshausen & Neumann, Würzburg (2020).
- 5 Vgl. den Bericht der Tageszeitung „Die Welt“ über einen der beratenden „Experten“ des deutschen Innenministeriums: *Wie das Innenministerium einen Mao-Fan zum Corona-Berater machte*, Die Welt, 21. Februar 2021.
- 6 Für eine Übersicht zu den sich hier aufdrängenden Fragen sei auf den Beitrag von Enrique H. Prat, *15 ethische Fragen zur Corona-Krise*, in: *Imago Hominis* (2020); 27(2): 082–096 verwiesen.
- 7 So kann etwa darauf hingewiesen werden, dass der Aufwand bei der Eindämmung von Infektionskrankheiten tendenziell größer ist als der zur Bekämpfung von anderen (z. B. onkologischen) Erkrankungen, und zwar auch dann, wenn die Letalität der letzteren die der ersteren übersteigt. – Ein eigenes, großes Gerechtigkeitsproblem liegt in den Vermögensumverteilungen, die durch die Corona-Maßnahmen eindeutig ausgelöst bzw. perpetuiert worden sind: mit historisch singulären Vermögenszuwächsen bei wenigen Multimilliardären, aber gleichzeitigem Absinken von nach UN-Angaben 70 bis 161 Millionen von Menschen unter die Hungergrenze im Jahre 2020 (vgl. *UN-Bericht: Hunger in Coronakrise deutlich gestiegen*, Deutsches Ärzteblatt, 13.7.2021).
- 8 Vgl. Aristoteles, *Rhetorik* I 5, 1361 b 3.
- 9 Vgl. Aristoteles, *Metaphysik* I, 1, 981 a 18f.

- 10 Vgl. Ricoeur P., *Die drei Ebenen des medizinischen Urteils*, in: Hoffmann Th. S., Schweidler W. (Hrsg.), *Normkultur vs. Nutzenkultur. Über kulturelle Kontexte von Bioethik und Biorecht*, de Gruyter, Berlin/ New York (2006), S. 519-535.
- 11 Der Gesamtapparat der öffentlichen Gesundheitsfürsorge hat in der modernen Welt teilweise unbemerkt enorme Ausmaße angenommen: seine Ressourcen reichen von der Gesundheitsgesetzgebung, garantierten staatlichen Zuwendungen und Informationsmonopolen über in die Gesellschaft hinein wirksame Institutionen auf verschiedenen Ebenen (Gesundheitsämter, staatliche medizinische Fakultäten, Hygieneinstitute usw.) bis hin zu einem starken System von Versicherungen, Mechanismen der Verhaltenskontrolle (man denke etwa an die in der ‚Corona-Krise‘ stark propagierte Erhebung von Bewegungsprofilen der Bürger durch ‚Tracking‘), ja Zugriffsmöglichkeiten auf das Militär.
- 12 So wurden im Rahmen der Corona-Maßnahmen in vielen Ländern z. B. massive körperliche und psychische Beeinträchtigungen von Kindern und Jugendlichen ohne viel Aufhebens in Kauf genommen. In Lockdown-Zeiten stiegen die Zahlen der Kindesmisshandlungen, des Kindesmissbrauchs und der Tötungen von Kindern deutlich an, ohne dass politische Reaktionen erkennbar geworden wären. Der Berliner „Tagesspiegel“ konnte am 29. August 2021 melden: *Gewalt während der Pandemie: „23 Covid-Tote stehen gegenüber 152 erschlagenen Kindern“*.
- 13 Vgl. dessen „*Annales d’hygiène publique et de médecine légale*“, die seit 1820 erschienen.
- 14 Chadwick brachte 1842 seinen „Sanitary Report“ heraus, in dem die Sozialstatistik als das entscheidende Moment der Gesellschaftsbetrachtung (und -gestaltung) auftritt.
- 15 So etwa im Falle der Berliner Corona-Klinik, die im Frühjahr 2020 für 24,6 Millionen Euro errichtet und im September 2021 wieder geschlossen wurde, ohne jemals genutzt worden zu sein (*Berliner Corona-Klinik an der Messe wird wieder abgebaut*, rbb24, 1.6.2021).
- 16 Vgl. zu diesem Begriff Labisch A., Paul N., *Gesundheitswesen*, in: Korff W. et al. (Hrsg.), *Lexikon der Bioethik*, Bd. 2, Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh (2000), loc. cit. 124.
- 17 Zur venezianischen Gesundheitspolitik vgl. Vanzan Marchini N.-E., *Venezia, la salute e la fede*, De Bastiani, Vittorio Veneto (2011).
- 18 Snowden F. M., *Epidemics and Society. From the Black Death to the Present. With a New Preface*, Yale University Press, New Haven and London (2019), S. 195.
- 19 Labisch A., Paul N., siehe Ref. 16, S. 127.
- 20 Ebd.
- 21 Labisch A., Paul N., siehe Ref. 16, S. 128.
- 22 Labisch A., *Homo Hygienicus. Gesundheit und Medizin in der Neuzeit*, Campus, Frankfurt a. M. (1992).
- 23 Vgl. Burchardt M., „*Versuch über den Homo hygienicus*“, in: Hofbauer H., Kraft St. (Hrsg.), siehe Ref. 3, S. 117-127.
- 24 Nietzsche, *Die fröhliche Wissenschaft*, Nr. 63, in: Colli G. et. al. (Hrsg.), *Friedrich Nietzsche. Sämtliche Werke, Bd. 3: Morgenröthe, Idyllen aus Messina, Die fröhliche Wissenschaft*, de Gruyter, Berlin/ Boston: ND (2019), S. 367.
- 25 Nietzsche, *Ecce homo, Warum ich so weise bin*, in: Colli G. et. al. (Hrsg.), siehe Ref. 24, Bd. 6: *Der Fall Wagner, Götzen-Dämmerung, Der Antichrist, Ecce Homo, Dionysos-Dithyramben, Nietzsche contra Wagner*, S. 275.
- 26 Nietzsche, *Also sprach Zarathustra*, in: Colli G. et. al. (Hrsg.), siehe Ref. 24, Bd. 4: *Also sprach Zarathustra I-IV*, S. 126.
- 27 Karl Kautsky etwa hat die „Sozialhygiene“ eine „soziale Pflicht“ genannt, da der Sozialismus „jede Fortpflanzung eines siechen Körpers“ ausschliesse (vgl. Kautsky K., *Vermehrung und Entwicklung in Natur und Gesellschaft*, Dietz, Stuttgart 1910, S. 266).
- 28 Burchardt M., siehe Ref. 23, S. 124.
- 29 Nietzsche, *Zur Genealogie der Moral*, in: Colli G. et. al. (Hrsg.), siehe Ref. 24, Bd. 5, S. 368.
- 30 Nietzsche, *Götzen-Dämmerung. Streifzüge eines Unzeitgemäßen*, in: Colli G. et. al. (Hrsg.), siehe Ref. 24, Bd. 6, S. 134.
- 31 Labisch A., Paul N., siehe Ref. 16, S. 126.
- 32 Ebd.
- 33 Beddies Th., „*Du hast die Pflicht, gesund zu sein!*“ *Der Gesundheitsdienst der Hitler-Jugend 1933 – 1945*, be.bra, Berlin (2010). Von dem HJ-Funktionär Eberhard Kitzing stammt das hierher passende Wort: „Krankheit ist ein Versagen!“ (vgl. Kitzing E., „*Aufbau des Gesundheitsdienstes in Staat und Partei*“, S. 922, zit. nach: Budrus M., *Totale Erziehung für den totalen Krieg. Hitlerjugend und nationalsozialistische Jugendpolitik*, K. G. Saur, München 2003, S. 326-328).
- 34 Vgl. dazu Gierhake K., „*Freiheit? – Freiheit! Die Verabsolutierung des homo phaenomenon im Corona-Diskurs*“, in: *Forschung und Lehre* (2021); 28(3): 190-191.
- 35 Agamben G., *Ausnahmezustand (Homo sacer II.1)*, 7. Aufl. Suhrkamp, Frankfurt/ Main (2017), S. 60. Mit der Aufhebung des öffentlichen Raums ging auch die Einstellung des Handels einher, die dem modernen ‚Lockdown‘ vergleichbar ist.
- 36 Ebd., S. 53 u.ö. Proteste gegen die Corona-Politiken wurden entsprechend dem *tumultus*-Archetyp in der ‚Corona-Welt‘ vielfach nicht im Sinne einer legitimen

Wahrnehmung des Demonstrationsrechts, sondern als ‚Aufruhr‘ klassifiziert.

- 37 Agamben G., siehe Ref. 35, S. 88 ff. Die aktuelle Parallele wäre hier ein Regieren auf Grund von ‚Expertenautorität‘, die die ans Recht gebundene Machtausübung (*potestas*) ablöst.
- 38 Vgl. dazu Agamben G., *An welchem Punkt stehen wir? Die Epidemie als Politik*, Turia+Kant, Wien/ Berlin (2021).
- 39 In den USA ist die ‚Bioethik‘ in den 70er Jahren des 20. Jhdt. nicht zuletzt aus der Kritik an einem bevormundenden und utilitaristisch ausgelegten Gesundheitssystem und Medizinverständnis heraus entstanden; vgl. Tina Stevens, *Bioethics in America: Origins and Cultural Politics*, Johns Hopkins University Press, Baltimore (2003).
- 40 Vgl. Baule R. et al., „Kritischer Geist in der Krise. Zur Aufgabe von Wissenschaft“, in: *Forschung und Lehre* (2021); 28(8): 648-649.
- 41 Das griechische Wort für ‚Vernunft‘ (λόγος) bedeutet seiner Grundbedeutung nach nicht zufällig ‚Proportion‘ oder ‚Verhältnis‘. Es ist der Unrechtsstaat, der Menschen „aus ihren Verhältnissen“ reißt, sie über Gebühr und Verhältnis presst oder ihnen Vorgaben macht, zu denen sie kein rationales Verhältnis einnehmen können – ein Beispiel für das letztere wären zahlreiche in der Sache kaum begründete, rasch wechselnde oder in sich widersprüchliche Maßnahmen im Zuge der Corona-Politik.

Letzter Zugriff auf sämtliche Webseiten am 28.9.2021.