
5 Der Hippokratische Eid – Entstehungsgeschichte und heutige Bedeutung⁷³

Der Arzt soll sagen, was vorher war, erkennen, was gegenwärtig ist, voraussagen, was zukünftig sein wird. Diese Kunst muss er üben. Auf zweierlei kommt es bei der Behandlung der Krankheiten an: zu nützen oder wenigstens nicht zu schaden. Unsere Kunst umfasst dreierlei: die Krankheit, den Kranken und den Arzt. Der Arzt ist der Diener der Kunst. Der Kranke muss gemeinsam mit dem Arzt der Krankheit widerstehen.⁷⁴

Im 11. Kapitel des ersten Buches der *Epidemien* des Hippokrates von Kos (460-377 v. Chr.), das um das Jahr 410 vor Christus entstanden sein dürfte, finden wir die eben zitierten Leitlinien des Hippokratischen Arztes, deren therapeutischer Kernsatz *ὠφελεῖν ἢ μὴ βλάπτειν* (*ophelein è mè bláptein*), „Nützen oder wenigstens nicht schaden“, sich als rhetorischer Topos bis in die Medizin der Gegenwart erhalten hat. Es soll im Folgenden versucht werden, diese Sätze einmal nicht primär als Dokument des ärztlichen Ethos zu deuten, sondern sie als Spiegelbild der beruflichen und sozialen Situation des griechischen Arztes zu betrachten.⁷⁵

Der Arzt soll sagen, was vorher war, erkennen, was gegenwärtig ist, voraussagen, was zukünftig sein wird. Diese Kunst muss er üben.

73 Dieses Kapitel basiert auf einem Vortrag, der am 1. März 1998 vor der Deutsch-Griechischen Akademikergesellschaft in Schwetzingen gehalten wurde.

74 Hippokrates, *Epidemien I*, 11 in der Übersetzung von Diller (1962), S. 21.

75 Siehe zum Folgenden insbesondere Bauer (1986). Zur Sorgfaltspflicht der Ärzte von Kos siehe Preiser (1970), zur Rolle von Arzt und Patient in der Antike siehe Koelbing (1977).

Bei oberflächlicher Betrachtung dieser dreifachen Aufgabe des Arztes fallen uns zunächst die in der modernen klinischen Medizin gebräuchlichen Begriffe Anamnese, Diagnose und Prognose ein, die hier scheinbar angesprochen werden. Doch führt die genaue Analyse des ersten Teils der Formulierung des Hippokrates zu einem anderen Resultat: Der *Arzt* sollte sagen, was vorher war, nicht der *Patient*! Die Situation der Anamnese stellte sich also mit – aus anachronistischer Sicht – vertauschten Rollen dar: Der Arzt berichtete dem Patienten über die Entwicklung der Krankheitszeichen bis zu dieser Stunde; der Kranke hörte aufmerksam zu und bestätigte oder korrigierte die Schilderung.

Es ging dem Arzt bei diesem ersten Arbeitsschritt demnach weniger um eine vollständige Sammlung klinischer Daten, sondern eher darum, durch die möglichst präzise Rekonstruktion und Nacherzählung des Vorausgegangenen das Vertrauen des Kranken zu gewinnen. Nur wenn ihm dies gelang, durfte er hoffen, dass der potenzielle Klient in eine Behandlung einwilligte. Insofern wurde die korrekte Schilderung der Vorgeschichte vor allem für den *Arzt* wichtig, der im Regelfall nicht als beamteter Stadtarzt (*Iatrós demósios*), sondern als Wanderarzt (*Periodeutes*) praktizierte. Der Periodeut sah sich gezwungen, nach marktwirtschaftlichen Prinzipien auf Erfolgsbasis zu wirken, eine Arbeitsplatzgarantie hatte er nämlich nicht. In dieser Lage befand sich auch der etwa 50-jährige Hippokrates, als er um 410 vor Christus auf der Insel Thasos in der nördlichen Ägäis das dritte und das erste Buch der *Epidemien* niederschrieb.⁷⁶

Um die jeweils vorherrschenden Krankheiten richtig einschätzen zu können, bedurfte der Hippokratische Arzt einer Fülle von Vorausinformationen, die er vor allem aus der Umwelt gewann. Besonderes Gewicht legte er dabei auf die Kenntnis von Klima, Jahreszeit und Witterung seines Wirkungsortes, allesamt exogene Faktoren, die Art und Verlauf der Erkrankungen zu bestimmen oder doch wenigstens zu modifizieren schienen. Während des ersten Frühlings auf Thasos registrierte Hippokrates viele akute Infektionskrankheiten, speziell Mumps; im Sommer herrschte „Schwindsucht“ (*phthisis*) vor, im Herbst Fieber und im Winter erneut „Schwindsucht“. Der Ablauf der Krankheiten unter der jeweiligen Jahreszeit und Wetterlage wurde sorgfältig notiert; Hippokrates fasste zusammen: „Von allen [...] beschriebenen Krankheiten liefen allein die Erkrankungen an Schwindsucht tödlich aus; alle andern Krankheiten waren gutartig, und Todesfälle kamen bei den übrigen Fiebern nicht vor.“⁷⁷

Erst nach diesem epidemiologischen Vorspann berichtete der Autor über 14 einzelne Krankengeschichten; die Kasuistik konkretisierte und illustrierte so die

76 Lichtenthaeler (1989); Baader/Winau (1989).

77 *Epidemien* I, 3 a in der Übersetzung von Diller (1962), S. 17.

Allgemeine Krankheitslehre, indem nun der individuelle Verlauf dem generellen Krankheitstypus gegenübergestellt wurde. Die Kenntnis der länger- und mittelfristigen makrokosmischen Konstellationen sollte den Arzt in die Lage versetzen, die Vorgeschichte seines aktuellen Patienten unter Berücksichtigung der pathologischen Symptome hinreichend sicher zu rekonstruieren. Mit der Korrektheit oder der Ungenauigkeit dieser Aussage stieg oder fiel nämlich das Vertrauen des Kranken in die Befähigung seines künftigen Therapeuten.

Jetzt konnte sich der Arzt auf die Analyse des gegenwärtigen Zustandes konzentrieren, was in der köischen Medizin mehr bedeutete als das Festlegen einer bloßen Nominaldiagnose wie zum Beispiel *Typhus* oder *Brennfieber*. Weniger die nosologische Typisierung und die krankheitsorientierte Abstraktion, wie dies den konkurrierenden Ärzten in Knidos nachgesagt wurde, als vielmehr der individuelle gegenwärtige Zustand des einzelnen Kranken bildete den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit des Hippokratikers.⁷⁸ *Erkennen, was gegenwärtig ist* meinte also nicht eine diagnostische Etikettierung, die dem Patienten mitzuteilen wäre, sondern bedeutete Orientierung des Arztes über den aktuellen Zustand seines Klienten. In diesem Augenblick musste der Fachmann (*Technítes*) Chancen und Risiken einer Behandlung abwägen, deren Konsequenzen ihm ja später angelastet würden, falls der Kranke nicht wieder gesund werden sollte.

Voraussagen, was zukünftig sein wird, das war nun der dritte Schritt des Gesprächs mit dem Kranken, der über sein weiteres Schicksal informiert werden musste. Präzision und Nüchternheit waren hier gefragt, unbegründeter Optimismus hingegen zu vermeiden. Fiel das Behandlungsergebnis nämlich ungünstiger aus, als die Prognose erhoffen ließ, so traf den Arzt die volle Verantwortung für sein Scheitern. Eine gewisse Aggravierung der Voraussage konnte deshalb aus taktischen Gründen bisweilen vorteilhaft sein, denn der hernach relativ glänzende Heilerfolg festigte die Reputation des Arztes und steigerte seinen Ruhm (*dóxa*). Nicht zuletzt die Höhe des Honorars (*místhós*) wurde schließlich nach der medizinischen Leistung bemessen, die der Patient nach seiner Genesung subjektiv beurteilen konnte.

Diese Kunst muss er üben. So bekräftigte Hippokrates seine Richtlinien für junge Ärzte, welche die Kunst des richtigen Umgangs mit dem Patienten noch zu lernen hatten. Sehr offen und pragmatisch klärte er seine Schüler im ersten Kapitel der wenige Jahre nach *Epidemien III* und *Epidemien I* entstandenen Schrift *Prognostikón* über den Wert der Prognose auf:

„Für den Arzt ist es nach meiner Ansicht sehr wichtig, dass er die Kunst der Voraussicht übt. Denn wenn er im Beisein der Kranken von sich aus das Gegenwärtige, das

78 Bauer (1994), S. 79-81.

Vergangene und das Zukünftige vorauskennt und vorhersagt und wenn er genauer ausführt, was die Kranken in ihren Aussagen übergehen, dann wird man umso mehr darauf vertrauen, dass er den Zustand der Kranken erkennt, und so werden die Menschen wagen, sich dem Arzt anzuvertrauen. Auch die Behandlung wird er am besten durchführen, wenn er aus den gegenwärtigen Leiden die zukünftigen vorhersieht. Denn alle Kranken gesund zu machen ist unmöglich. Das wäre natürlich noch besser, als das Zukünftige vorher zu erkennen. Aber die Menschen sterben nun einmal oft genug, noch bevor der Arzt mit seiner Kunst den Kampf gegen die Krankheit aufnehmen konnte. [...] Daher muss man die Natur derartiger Krankheiten erkennen und wissen, wie sehr sie der Kraft der Körper überlegen sind, außerdem aber auch, ob etwas Göttliches in den Krankheiten wirksam ist, und ihre Prognose gründlich lernen. So wird man mit Recht bewundert werden und ein guter Arzt sein. Denn man kann auch diejenigen, die die Krankheit überleben können, noch besser bewahren, wenn man sich von langer Hand alles, was kommen kann, überlegt, und man wird, wenn man vorher erkennt und voraussagt, wer sterben und wer am Leben bleiben wird, von der Verantwortung frei.⁷⁹

Mit Recht bewundert zu werden von allen Menschen und für alle Zeit, so lautete das ideelle Ziel jedes griechischen *Technítes*, ein Ziel, das auch – wie wir gleich sehen werden – in den Hippokratischen Eid Eingang gefunden hat: „Wenn ich diesen meinen Eid erfülle und ihn nicht antaste, so möge ich mein Leben und meine Kunst genießen, gerühmt bei allen Menschen für alle Zeiten; wenn ich ihn aber übertrete und meineidig werde, dann soll das Gegenteil davon geschehen“.

Mit den beiden Polen Honorar (*místhós*) und Ruhm (*dóxa*) haben wir zwei wesentliche Triebkräfte des griechischen Arztes im Altertum freigelegt. Es wäre nun zu zeigen, wie eng die berufstaktischen Motive des Hippokratikers mit seinem ärztlichen Ethos verflochten waren. Hierzu folgen wir dem zweiten Teil der Leitlinien aus Epidemien I, 11:

Auf zweierlei kommt es bei der Behandlung der Krankheiten an: zu nützen oder wenigstens nicht zu schaden.

Die Ambivalenz von Nutzen und Noxen moderner Behandlungsmethoden in der Transplantationschirurgie, auf der Intensivstation oder in der Reproduktionsmedizin macht den Sinn dieser fast zweieinhalb Jahrtausende alten Empfehlung nur allzu deutlich, zumindest in ihren Folgen für den Patienten. Das vergleichsweise bescheidene Arsenal diätetischer, pharmakologischer und chirurgischer Maßnahmen, das dem Hippokratischen Arzt zur Verfügung stand, bedurfte indessen einer solchen Einschränkung in vielleicht noch höherem Maße, denn die potenziellen

79 Prognostikón, Kapitel 1 in der Übersetzung von Diller (1962), S. 64.

Schädigungen des Kranken durch Abführen, Aderlass oder Brennen waren zweifellos beträchtlich, während der Nutzen zumeist fraglich blieb.

Der berufsstrategische Aspekt dieser gern zitierten Maxime des Hippokrates verdient jedoch ebenfalls eine entsprechende Würdigung bei ihrer adäquaten Interpretation: Im Falle eines Kunstfehlers drohte dem Arzt der Verlust seines Ansehens und seiner Stellung weit über die eigene *Pólis* hinaus. Der schlechte Ruf eilte dem Periodeuten voraus und diskreditierte ihn unter Umständen so sehr, dass er seinen Beruf überhaupt nicht mehr ausüben konnte. Noch der schon bei seinen Zeitgenossen als Prominenten-Arzt, Experimenteller Physiologe und wissenschaftlicher Autor berühmte Galen von Pergamon (129-199 n. Chr.) schilderte den Fall eines jungen ehrgeizigen Arztes, der in Alexandria bei dem Hippokratiker Metrodoros eine gute Ausbildung genossen hatte, der aber dann vergeblich und unter erheblichen Nebenwirkungen versuchte, die Frau eines reichen Bürgers der Stadt Pergamon von ihrer Kinderlosigkeit zu heilen. Der Arzt verließ daraufhin ohne Honorar die Stadt und wurde Wanderarzt. Doch alles Bemühen um eine neue Existenz blieb zum Scheitern verurteilt, so berichtete Galen, denn trotz seiner unbestrittenen Fähigkeiten begleitete die böse Fama den Unglücklichen und verhinderte sein berufliches Fortkommen.⁸⁰

Das ständige Abwägen von Nutzen und Schaden seines Tuns beschäftigte den Hippokratischen Arzt während seiner gesamten Laufbahn. Es handelte sich also keineswegs um einen Zufall, wenn die Bestimmung, die diätetischen Maßnahmen nach Kräften zum Nutzen der Kranken einzusetzen, Schädigung und Unrecht aber auszuschließen, an prominenter Stelle des Hippokratischen Eides, direkt im Anschluss an den Lehrvertrag, genannt wurde; vielmehr signalisierte diese Platzierung die elementare Bedeutung jenes Prinzips sowohl für den Arzt wie für seine Patienten.

*Unsere Kunst umfasst dreierlei: die Krankheit, den Kranken und den Arzt.
Der Arzt ist der Diener der Kunst. Der Kranke muss gemeinsam mit dem Arzt
der Krankheit widerstehen.*

Krankheit, Kranker, Arzt – in dieser Reihenfolge konstituierte sich die Hippokratische Medizin. Der Arzt erschien erst an dritter Stelle der Aufzählung, er war lediglich der *Hyperétes* (Ruderknecht) der Kunst. Der Ruderknecht eines Schiffes konnte weder den Wind verordnen noch die Richtung bestimmen, in die er steuern sollte; seine Tätigkeit blieb letztlich subaltern und dem Willen des Kapitäns unterworfen. Die Übertragung dieser Metapher auf die Funktion des Arztes durch

80 Krug (1985), S. 192.

Hippokrates sollte unsere Aufmerksamkeit wecken, denn die so bekundete Bescheidenheit entsprach im Grunde nicht dem Selbstverständnis eines *Technítes* als des Experten für ein bestimmtes Fachgebiet. Man darf also noch andere Motive hinter dem vermeintlichen Understatement vermuten, worauf der nächste Satz denn auch hinweist: „Der Kranke muss gemeinsam mit dem Arzt der Krankheit widerstehen.“

Die Klinische Pharmakologie hat diesen elementaren Sachverhalt erst im letzten Viertel des 20. Jahrhundert wieder neu entdeckt und ihn seither unter dem Terminus *Compliance* popularisiert, der in etwa „Kooperationsbereitschaft“ bedeuten soll.⁸¹ Auf den Kern reduziert heißt das, der Patient trägt Mitverantwortung für Erfolg oder Misserfolg jeder Therapie. Schon im 1. Aphorismus aus der Spruchsammlung des *Corpus Hippocraticum* wurde indessen um 400 vor Christus angemerkt, der Arzt müsse nicht nur selbst bereit sein, das Erforderliche zu tun, sondern auch der Kranke, die Gehilfen und die Umstände müssten dazu beitragen.⁸²

Vor dem Hintergrund dieser zweifellos sinnvollen Empfehlung sehen wir die berufsstrategische Seite der Hippokratischen Bescheidenheit in einem etwas anderen Licht: Sie erwies sich für den Arzt der Antike als wichtiges apologetisches Element im Fall eines therapeutischen Misserfolgs. Der vom Patienten, dessen Angehörigen oder Freunden in argumentative Bedrängnis gebrachte Arzt konnte notfalls Mitschuldige benennen, die an dem medizinischen Desaster Anteil hatten: den Kranken, die Gehilfen, die Umstände. Die Rolle eines „Halbgottes in Weiß“ wurde also von Hippokrates aus wohl erwogenen Gründen gar nicht erst angestrebt, denn er erkannte die für ihn darin verborgene Gefahr der unbeschränkten Haftung für Kunstfehler, eine Gefahr, die er im Interesse seiner beruflichen Existenz auf jeden Fall minimieren musste.

Der griechische Arzt zur Zeit des Hippokrates von Kos, also um 400 vor Christus, befand sich als Wanderarzt in einer sozial schwierigen, labilen Position. Seine berufliche Existenz hing von seinem therapeutischen Erfolg und seinem guten Ruf ab. Sein wesentliches immaterielles Ziel bestand entsprechend dem zeittypischen Ideal darin, „Ruhm für alle Zeit“ zu erwerben. Sowohl seine materiellen als auch seine ideellen Orientierungspunkte veranlassten ihn, sich nach rationalen, normierten Leitlinien zu verhalten. Als oberste Prinzipien galten dabei 1. die rasche und korrekte Erfassung der Lage des Patienten, um dessen Vertrauen zu gewinnen, 2. die Freihaltung der Therapie von schädigenden Wirkungen und 3. die Mitverantwortlichkeit des Kranken für seine Genesung.

Das rationale Kalkül der Hippokratischen Leitlinien beruhte auf der Tatsache, dass in ihnen zumindest theoretisch ärztlicher Eigennutz und ärztliches Ethos

81 Bauer (1983).

82 Diller (1962), S. 159.

in harmonischer Weise zusammentrafen. Denn das, was wir soeben aus der berufsstrategischen Perspektive des Hippokratikers analysiert haben, gilt ja in der traditionellen Sicht der Medizingeschichte und der Medizinischen Ethik vor allem als ein Dokument vorbildlichen, patientenorientierten ärztlichen Verhaltens. Die Funktionalität der Hippokratischen Leitlinien resultierte gerade nicht aus einer idealisierenden Überhöhung des Arztes, sondern aus der nüchternen, realistischen Einschätzung und Abwägung der tatsächlichen Interessenlage von Arzt und Patient.

Vor diesem historischen Szenario wollen wir nun – unter partieller Rekapitulation der bisherigen Argumente – den Hippokratischen Eid betrachten:

Ich schwöre bei Apollon dem Arzt und bei Asklepios, Hygieia und Panakeia sowie unter Anrufung aller Götter und Göttinnen als Zeugen, dass ich nach Kräften und gemäß meinem Urteil diesen Eid und diesen Vertrag erfüllen werde:

Denjenigen, der mich diese Kunst gelehrt hat, werde ich meinen Eltern gleichstellen und das Leben mit ihm teilen; falls es nötig ist, werde ich ihn mitversorgen. Seine männlichen Nachkommen werde ich wie meine Brüder achten und sie ohne Honorar und ohne Vertrag diese Kunst lehren, wenn sie sie erlernen wollen. Mit Unterricht, Vorlesungen und allen übrigen Aspekten der Ausbildung werde ich meine eigenen Söhne, die Söhne meines Lehrers und diejenigen Schüler versorgen, die nach ärztlichem Brauch den Vertrag unterschrieben und den Eid abgelegt haben, aber sonst niemanden.

Die diätetischen Maßnahmen werde ich nach Kräften und gemäß meinem Urteil zum Nutzen der Kranken einsetzen, Schädigung und Unrecht aber ausschließen. Ich werde niemandem, nicht einmal auf ausdrückliches Verlangen, ein tödliches Medikament geben, und ich werde auch keinen entsprechenden Rat erteilen; ebenso werde ich keiner Frau ein Abtreibungsmittel aushändigen. Lauter und gewissenhaft werde ich mein Leben und meine Kunst bewahren. Auf keinen Fall werde ich Blasensteinkranke operieren, sondern ich werde hier den Handwerkschirurgen Platz machen, die darin erfahren sind. In wieviele Häuser ich auch kommen werde, zum Nutzen der Kranken will ich eintreten und mich von jedem vorsätzlichen Unrecht und jeder anderen Sittenlosigkeit fernhalten, auch von sexuellen Handlungen mit Frauen und Männern, sowohl Freien als auch Sklaven. Über alles, was ich während oder außerhalb der Behandlung im Leben der Menschen sehe oder höre und das man nicht nach draußen tragen darf, werde ich schweigen und es geheimhalten.

Wenn ich diesen meinen Eid erfülle und ihn nicht antaste, so möge ich mein Leben und meine Kunst genießen, gerühmt bei allen Menschen für alle Zeiten;

*wenn ich ihn aber übertrete und meineidig werde, dann soll das Gegenteil davon geschehen.*⁸³

Der Hippokratische Eid ist ein zeitgebundenes medizinhistorisches Dokument, das etwa um 400 vor Christus entstanden sein dürfte. Hippokrates von Kos ist vermutlich nicht selbst der Autor des Eides, doch kommt sein Text der bereits geschilderten Geisteshaltung des Verfassers der drei authentischen Schriften *Epidemien III*, *Epidemien I* und *Prognostikón* durchaus nahe.⁸⁴ Der Eid bot normierende, rational und pragmatisch motivierte Leitlinien für die Mediziner Ausbildung, das Arzt-Patient-Verhältnis, den ärztlichen Beruf und dessen Handlungsstrategie an. Solche Leitlinien benötigte der Arzt der griechischen Antike, um medizinisch erfolgreich wirken und ökonomisch überleben zu können.

Die Tatsache, dass die technischen Möglichkeiten der Medizin sehr begrenzt waren, hatte wesentliche Konsequenzen für das ärztliche Denken und Handeln: Die Hippokratiker betrieben keine diagnostische Medizin, sondern eine prognostisch orientierte Heilkunde, die vor allem auf der korrekten Deutung körperlicher Zeichen, also auf medizinischer Semiotik basierte.⁸⁵ Eigene Beobachtung und langjährige Erfahrung waren hierzu notwendig. Wer Arzt werden wollte, ging zunächst bei einem anerkannten Meister in die Lehre, der den jungen Mann theoretisch und praktisch ausbildete. Daher enthielt der Hippokratische Eid nach der Anrufung der (Heil-)Götter zunächst einen Vertrag (*Syngraphé*), der die Rechtsbeziehung zwischen Lehrer und Schüler regelte. Sowohl das Honorar und die Altersversorgung des Lehrers als auch ein *Numerus clausus* für den Arztberuf wurden in diesem Vertrag vorgesehen. Daraus folgt übrigens auch, dass der Eid vor Beginn der Ausbildung abgelegt wurde und nicht erst nach deren Abschluss.

Die Vorschriften, die sich auf das Arzt-Patient-Verhältnis und die optimale Berufsstrategie bezogen (*Hórkos*), wurden erst im zweiten Teil des Textes behandelt. Für den Hippokratischen Arzt kam es eben nicht nur aus medizinethischen Gründen darauf an, jedweden vermeidbaren Schaden von seinen Patienten abzuwenden, denn es ging dabei auch um die eigene berufliche Existenz. Angesichts der beschränkten therapeutischen Möglichkeiten konnte es in vielen Fällen klüger sein, gar nichts zu tun und damit zusätzliches Unheil für den Kranken zu vermeiden, als durch eine falsche Behandlung dessen Leiden womöglich zu verschlimmern. Für das Ansehen des Arztes, der sich als Fachmann zur Erhaltung des gefährdeten Lebens

83 Bauer (1993a); Bauer (1993b); Geschwandtner-Andrefß (1993).

84 Deichgräber (1983). Eine gegenteilige Auffassung über die angebliche Nähe des Hippokratischen Eides zu den Pythagoräern vertrat Edelstein (1969).

85 Bauer (1994).

verstand, wäre die Beihilfe zur Selbsttötung oder gar zur Tötung eines Menschen äußerst abträglich gewesen. Sie wurde deshalb im Eid ebenso abgelehnt wie die aktive Ausführung einer Abtreibung. Die Ablehnung der damals wegen der nicht beherrschbaren Infektionsgefahr lebensgefährlichen Blasensteinoperation mit dem Verweis auf die hierfür zuständigen, risikofreudigeren „Spezialisten“ war in ähnlicher Weise Teil der Hippokratischen Strategie der Risikominimierung.

Kaum etwas ist in seiner Entstehungszeit ganz selbstverständlich, wenn es in einem Eid ausdrücklich versprochen werden muss; denn verstünde sich das betreffende Gebot oder Verbot von selbst, so fände es wohl kaum Erwähnung in einem promissorischen, also einem auf das zukünftige Verhalten des Schwörenden gerichteten Eid. Diese Erkenntnis lässt sich auch auf die restriktiven Vorschriften über den Hausbesuch und dessen vom Hippokratischen Arzt geforderte Rahmenbedingungen anwenden. Dazu zählte ebenso die Einhaltung der Schweigepflicht zum Schutz der Patienten und ihrer Familie. Nicht zuletzt das gesellschaftliche Ansehen des Arztes konnte unter einer im Dienst begangenen sexuellen Verfehlung oder unter seiner mangelnden Verschwiegenheit leiden.

Der letzte Passus des Eides benannte schließlich die Sanktionen, die dem Arzt drohen sollten, sofern er die zuvor gegebenen Versprechen nicht einhielt. Dabei wurden die beiden Triebkräfte besonders herausgestellt, die ihn wohl am ehesten zu motivieren vermochten, nämlich der materielle Erfolg im Leben und im Beruf sowie der dauerhafte Nachruhm bei allen Menschen für alle Zeiten. Wenn der Arzt seinen Eid brach, dann würde er freilich erfolglos bleiben und der Vergessenheit anheimfallen.

Der Hippokratische Eid konnte in der Praxis überhaupt nur dann sinnvoll und wirksam sein, wenn er die ethischen Maximen nicht in Widerspruch zu jenen praktischen Erfordernissen brachte, die der Arzt im wohlverstandenen Eigeninteresse berücksichtigen musste. Die sittlichen Verpflichtungen konnten nur dann eingehalten werden, wenn die berechtigten Ansprüche aller Beteiligten (Lehrer, Schüler, Arzt, Patient, Gesellschaft) in ein faires, pragmatisch begründbares Gleichgewicht gebracht wurden. Diese zumindest in der Theorie gelungene Balance erscheint heute als die eigentliche, historisch bemerkenswerte Leistung des Hippokratischen Eides.

Ob der Eid in der Antike selbst allerdings jemals unmittelbare Gültigkeit beanspruchen konnte, ist fraglich. Der Hippokratische Eid wurde überhaupt erstmals von dem römischen Arzt Scribonius Largus im 1. Jahrhundert nach Christus erwähnt. In der medizinhistorischen Überlieferung erschien der Hippokratische Eid zwar stets als Auftakt zu den Hippokratischen Schriften, und er wirkte damit gleichsam wie die Essenz der Hippokratischen Medizin. Doch die lange übliche Praxis, den Eid als Schlüsseldokument der ärztlichen Ethik der Antike und zugleich als Maßstab für die besten Seiten der Hippokratischen Medizin zu benutzen, entspricht nicht

mehr dem heutigen Forschungsstand. Die rätselhafte Vieldeutigkeit des Textes, die auch seine adäquate Übersetzung so schwer macht, erleichterte freilich in der christlichen Spätantike sowie im arabischen und im lateinischen Mittelalter sowohl die Rezeption als auch die Akzeptanz des Eides. Seit der Renaissance wurde der Hippokratische Eid dann immer wieder als das vermeintlich zeitlose „Grundgesetz“ ärztlicher Ethik aufgefasst. Jede spätere Epoche hat die eigenen Idealvorstellungen in einen „Hippokratischen“ Mantel gehüllt. Der Verweis auf Tradition und vorgebliche Autorität gehörte lange Zeit zum ärztlichen Selbstverständnis.

Im 20. Jahrhundert wurde der Hippokratische Eid durch das im Jahre 1948 verfasste *Genfer Gelöbnis* erneut als historisches Vorbild für das ärztliche Selbstbild in den Mittelpunkt gerückt, diesmal mit einem weltweiten Geltungsanspruch. Das Genfer Gelöbnis wurde zu einem Zeitpunkt geschaffen, als der unmittelbar vorausgegangene Nürnberger Ärzteprozess (1946/47) gegen deutsche NS-Kriegsverbrecher erwiesen hatte, dass der Hippokratische Eid selbst als Maßstab der ärztlichen Ethik im 20. Jahrhundert nicht mehr geeignet war. Der Text des Genfer Gelöbnisses wurde 1948 von einem Gremium des Weltärztebundes verfasst, der 1946 in London gegründet worden war. Der Originaltext liegt in englischer und französischer Sprache vor. Seine deutsche Fassung, die eine ungefähre, aber keine genaue Übersetzung des Originals darstellt, steht unter dem Titel *Gelöbnis* am Beginn der Präambel der Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte. Dieses Gelöbnis lautet folgendermaßen:

Bei meiner Aufnahme in den ärztlichen Berufsstand gelobe ich, mein Leben in den Dienst der Menschlichkeit zu stellen. Ich werde meinen Beruf mit Gewissenhaftigkeit und Würde ausüben. Die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit meiner Patientinnen und Patienten soll oberstes Gebot meines Handelns sein. Ich werde alle mir anvertrauten Geheimnisse auch über den Tod der Patientin oder des Patienten hinaus wahren. Ich werde mit allen meinen Kräften die Ehre und die edle Überlieferung des ärztlichen Berufes aufrechterhalten und bei der Ausübung meiner ärztlichen Pflichten keinen Unterschied machen weder aufgrund einer etwaigen Behinderung noch nach Religion, Nationalität, Rasse noch nach Parteizugehörigkeit oder sozialer Stellung. Ich werde jedem Menschenleben von der Empfängnis an Ehrfurcht entgegenbringen und selbst unter Bedrohung meine ärztliche Kunst nicht in Widerspruch zu den Geboten der Menschlichkeit anwenden. Ich werde mei-

*nen Lehrerinnen und Lehrern sowie Kolleginnen und Kollegen die schuldige Achtung erweisen. Dies alles verspreche ich auf meine Ehre.*⁸⁶

Doch was bedeutet ein solches, im Vergleich zu dem stets konkret formulierenden Hippokratischen Eid eher blasses, in mehreren entscheidenden Punkten vages und sehr allgemein gehaltenes Gelöbnis tatsächlich angesichts der Wirklichkeit unserer Rechtsordnung? Wird es nicht durch die übergeordneten staatlichen Gesetze zunehmend ausgehöhlt oder gar korrumpiert? Betrachten wir dazu einige besorgniserregende Beispiele aus dem Jahre 1998, in dem dieses Kapitel entstanden ist: Die im Zuge des sogenannten „Großen Lauschangriffs“ damals geplanten, von Bundestag und Bundesrat im Prinzip bereits akzeptierten Einschränkungen von Artikel 13 GG (Unverletzlichkeit der Wohnung) sollten nach Meinung konservativer Innen- und Rechtspolitiker aller etablierten Parteien künftig auch die ärztliche Schweigepflicht unterlaufen. Der Widerstand der deutschen Ärzteschaft gegen solche Abhörpraktiken im Sprechzimmer war überraschend zaghaft, ging es doch hier gerade um zivilen Widerstand gegen eben jene Politiker, die sonst eher als Fürsprecher von ökonomischen Interessen der Kassenärzte aufzutreten pflegten. Immerhin bat der damalige Präsident der Bundesärztekammer, Dr. Karsten Vilmar (*1930), am 22. Januar 1998 den damaligen Präsidenten des Bundesrates, den Niedersächsischen Ministerpräsidenten Gerhard Schröder (*1944), sowie die übrigen Ministerpräsidenten, „dafür Sorge zu tragen, dass auch das Arzt-Patienten-Verhältnis den gebotenen verfassungsrechtlichen Schutz erhält.“⁸⁷ Das Arztgeheimnis verdiene ebenso wie das Beichtgeheimnis und die Vertraulichkeit des Wortes der Abgeordneten verfassungsrechtlichen Schutz. Das vom Bundestag vorgesehene Verwertungsverbot sei keine Kompensation für den Eingriff in das Arztgeheimnis und die Verletzung des Patientenrechtes.

Dieses Verwertungsverbot ist juristisch in der Tat äußerst biegsam formuliert, ja es ist ein echter „Gummiparagraph“. Danach könnten abgehörte Arzt-Patienten-Gespräche verwertet werden, „wenn dies unter Berücksichtigung der Bedeutung des zugrunde liegenden Vertrauensverhältnisses nicht außer Verhältnis zum Interesse an der Erforschung des Sachverhalts oder der Ermittlung des Aufenthaltsortes des Täters steht“. Doch wer wollte im Ernstfall wirklich den neugierigen Staatsor-

86 Präambel der (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte – MBO-Ä 1997 – in der Fassung der Beschlüsse des 114. Deutschen Ärztetages 2011 in Kiel, S. 4. http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/MBO_08_2011.pdf (Stand: 24.4.2016). Zum historischen Kontext des Genfer Gelöbnisses siehe die Darstellung von Leven (1998).

87 Jachertz (1998a).

ganen entgegneten, wenn diese ein starkes Interesse an der Erforschung eines Sachverhalts bekunden?

Unterdessen hatte beim „Politischen Aschermittwoch“ der FDP im niederbayerischen Ort Bayerbach der damalige Parteivorsitzende der Liberalen Wolfgang Gerhardt (*1943) am 25. Februar 1998 den Vertrauensschutz von Arzt und Patient als ein „besonders hohes Gut“ bezeichnet. Diese Äußerung wurde als ein Kompromissignal an die Adresse der SPD interpretiert, mit dem indessen harte Töne von seiten des CDU-Fraktionsvorsitzenden Wolfgang Schäuble (*1942) sowie vom damaligen Bundesinnenminister Manfred Kanther (*1939) kontrastierten. Auch der Baden-Württembergische Ministerpräsident Erwin Teufel (*1939) sprach sich für die komplette Streichung der Ausnahmeregelungen für bestimmte Berufsgruppen beim „Großen Lauschangriff“ aus.⁸⁸ In Köln protestierten hingegen am 26. Februar 1998 rund 20.000 Bürger mit ihren Unterschriften gegen Abhöraktionen in Arztpraxen. So waren es am Ende des 20. Jahrhunderts offenbar nicht mehr die Ärzte, sondern die Patienten, die sich für den Erhalt der ärztlichen Schweigepflicht einsetzten, jenem standesrechtlichen Gebot, für das der Hippokratische Eid tatsächlich – im Gegensatz zu vielen anderen ihm zugeschriebenen Eigenschaften – das historische *Copyright* besitzt.

Etwas anders sieht es im Fall des Schwangerschaftsabbruchs hinsichtlich der politischen Kräfteverhältnisse aus; hier ist es vorwiegend – allerdings nicht ausschließlich – das „linke“ Lager, das für eine Erosion der bisherigen ethischen Balance verantwortlich zeichnet: Nach der seit dem 1. Oktober 1995 geltenden Fassung des § 218a Absatz 2 StGB ist ein Schwangerschaftsabbruch bis zum Beginn der Geburtswehen bei Vorliegen einer medizinischen Indikation nicht mehr rechtswidrig, sofern nämlich „der Abbruch der Schwangerschaft unter Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse der Schwangeren nach ärztlicher Erkenntnis angezeigt ist, um eine Gefahr für das Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren abzuwenden, und die Gefahr nicht auf eine andere für sie zumutbare Weise abgewendet werden kann“. So lautet die bis heute gültige strafrechtliche Regelung für den Umgang mit dem werdenden menschlichen Leben in demselben Rechtsstaat, in dem man das Landratsamt um Erlaubnis fragen muss, wenn man einen Baum im Garten umsägen möchte.⁸⁹ So formulierte es 1994 jedenfalls sehr plastisch die Schauspielerin Barbara Wussow (*1961).

Wird ein „unerwünschtes“ Kind dennoch geboren, etwa nach fehlgeschlagener Sterilisation oder fehlerhafter genetischer Beratung, so ist es nach einem

88 Teufel (1998).

89 Ragg (1994).

Beschluss des Ersten Senats des Bundesverfassungsgerichtes vom 12. November 1997 durchaus mit der Menschenwürde nach Artikel 1 Absatz 1 GG vereinbar, wenn im anschließenden Zivilprozess der Eltern gegen den Arzt das Kind als Begründung für einen materiellen Schadensfall herhalten muss.⁹⁰ Der Gerichtsbeschluss löste nicht nur in juristischen Fachkreisen erhebliche Betroffenheit aus. In ihm zeigte sich ein offener Dissens zwischen dem Ersten und dem Zweiten Senat des Bundesverfassungsgerichts.⁹¹

Der Beschluss betraf zwei recht unterschiedliche Fälle, die gleichwohl zu einer gemeinsamen Entscheidung verbunden wurden. Im ersten Fall ging es um einen Urologen, der eine Sterilisation vornahm; doch diese misslang offenbar. Jedenfalls bekam die Ehefrau des Patienten, der vom Arzt nicht über den fehlgeschlagenen Eingriff aufgeklärt worden war, ein Kind. Das Landgericht und später das Oberlandesgericht München verurteilten den Arzt zu Unterhalt für das Kind und zu Schmerzensgeld für die Mutter.

Der zweite Fall betraf die Eltern zweier behinderter Kinder. Diese hatten sich nach der Geburt des ersten Kindes und vor dem Entschluss zu einem weiteren Kind humangenetisch beraten lassen. Der Humangenetiker hatte ihnen versichert, eine vererbare Störung sei „äußerst unwahrscheinlich“. Gleichwohl wurde auch das zweite Kind mit den gleichen Behinderungen geboren wie das erste. Das Oberlandesgericht Stuttgart hatte den Arzt zu Unterhalt für das Kind und zu Schmerzensgeld für die Mutter verurteilt.

Die beiden Ärzte erhoben nun unabhängig voneinander gegen die Urteile Verfassungsbeschwerden. Der Erste Senat des Bundesverfassungsgerichts setzte sich daraufhin vor allem mit einer möglichen Verletzung von Artikel 1 Absatz 1 GG (Menschenwürde) auseinander und verneinte diese. Er bewertete die angegriffene Zivilrechtsprechung als „Konsequenz des langjährig entwickelten Arzthaftungsrechts“. Die Menschenwürde verbiete gewiss, den Menschen zum bloßen Objekt zu machen. Doch „auch wenn ein Schadensersatzanspruch unmittelbar an die Existenz eines Menschen anknüpft, wird dieser nicht zum Objekt“. Die Unterhaltspflicht in den zu beurteilenden Fällen stelle auch keine Kommerzialisierung dar. Die personale Anerkennung eines Kindes beruhe nicht auf der Übernahme von Unterhaltspflichten. Der Erste Senat hielt es zudem für plausibel, dass die zivilrechtliche Haftung des Arztes für Schlechterfüllung der übernommenen vertraglichen Verpflichtungen „die Akzeptanz der Eltern für die dennoch geborenen und in die Familie aufgenommenen Kinder erhöhen“ könne.

90 Aktenzeichen: 1 BvR 479/92 sowie 1 BvR 307/94.

91 Jachertz (1998b).

Der Zweite Senat des Bundesverfassungsgerichts war in einem entscheidenden Punkt anderer Auffassung als der Erste. Nach seiner Rechtsansicht – festgehalten im Urteil zum § 218 StGB vom 28. Mai 1993 – sei es von Verfassungs wegen nicht gestattet, die Unterhaltspflicht für ein Kind als Schaden zu begreifen. Der Zweite Senat wies die Richterkollegen vom Ersten Senat vor deren Urteilsformulierung auf diese seiner Meinung nach tragende Rechtsauffassung hin und verlangte eine Erörterung im Plenum der Verfassungsrichter. Der Erste Senat hielt die Erörterung im Plenum nicht für nötig und fertigte das Urteil aus, sodass seither zwei konträktorische Rechtsauffassungen aus Karlsruhe zu diesem Problemkreis existierten.

Man mag nun über die angeführten verfassungsrechtlichen, strafrechtlichen oder zivilrechtlichen Fragestellungen durchaus unterschiedlicher Meinung sein, doch ändert dies nichts daran, dass wir feststellen müssen: Ein wesentlicher Teil dessen, was im Hippokratischen Eid oder im Genfer Gelöbnis als Essenz des jeweiligen ärztlichen Ethos aufgefasst wurde, unterliegt im pluralistischen, säkularen Rechtsstaat einer juristischen Beurteilung, die den Entscheidungsspielraum des einzelnen Arztes nicht unerheblich einschränkt. Und wo ein solcher Spielraum noch besteht, da wird er im gegenwärtigen bioethischen Diskurs von einigen weniger klugen als prominenten Wissenschaftlern systematisch in eine ganz bestimmte Richtung gedrängt, nämlich in Richtung auf eine Erleichterung solcher Handlungen, die dem Arzt jedenfalls nach dem traditionellen, sich wie diffus auch immer auf das Hippokratische Erbe berufenden medizinischen Ethos eindeutig untersagt waren.

Wie steht es etwa mit dem sehr grundsätzlichen Tötungsverbot des Hippokratischen Eides: Hat es in der heutigen, auf Effizienzsteigerung und Kosten-Nutzen-Analysen bedachten High-Tech-Medizin noch seinen Platz? Der Rechtsphilosoph Norbert Hoerster (*1937) schrieb dazu bereits 1989:

„Natürlich gibt es so etwas wie ‚lebensunwertes‘ Leben. Ich vermag keineswegs notwendig etwas Inhumanes oder Verwerfliches darin zu erblicken, über das Leben eines bestimmten Menschen zu sagen, es sei ‚nicht lebenswert‘. [...] Ob ein bestimmtes Leben lebenswert ist oder nicht, kann nur vom Wertungsstandpunkt jenes Menschen entschieden werden, dem dieses Leben gehört! Ebenso wie es Leben gibt, die für ihre Träger in hohem Maße lebenswert sind, kann es Leben geben, die für ihre Träger in hohem Maße lebensunwert sind. Dass der Wert eines Lebens stets auf der subjektiven Wertungsbasis seines Trägers zu ermitteln ist, bedeutet freilich nicht, dass es nicht gewisse Lebensaspekte oder gewisse Lebenskomponenten gäbe, die nach einer allgemein geteilten, das heißt nach einer intersubjektiven Einschätzung den Lebenswert in hohem Maße zumindest mitbestimmen. [...] Es lässt sich [...] sehr gut rechtfertigen, gerade für die Fallgruppe ‚lebensunwertes Leben wegen unheilbarer

Krankheit‘ im Interesse des Individuums eine Ausnahme von dem allgemeinen Tötungsverbot zuzulassen.“⁹²

Hoerster forderte daher eine Reform des § 216 StGB (bisher: *Tötung auf Verlangen*, künftig: *Tötung mit Einwilligung*), nach der eine Tötung dann nicht rechtswidrig sein sollte, wenn „wegen einer unheilbaren Krankheit des Betroffenen ein Weiterleben seinem Interesse widerspricht“ und wenn „die Tötung von einem Arzt vorgenommen“ würde.

Die weitergehende Frage, was dann wohl mit denjenigen Menschen geschehen sollte, die aufgrund geistiger Behinderungen gar keine „Interessen“ geltend machen können, beantwortete der präferenzutilitaristisch argumentierende australische Bioethiker Peter Singer 1994 so: „Wir bezweifeln nicht, dass es richtig ist, ein schwerverletztes oder krankes Tier zu erschießen, wenn es Schmerzen hat und seine Chance auf Genesung gering ist. *Der Natur ihren Lauf lassen*, ihm eine Behandlung vorzuenthalten, aber sich zu weigern, es zu töten, wäre offensichtlich unrecht. Nur unser unangebrachter Respekt vor der Lehre von der Heiligkeit des menschlichen Lebens hindert uns daran, zu erkennen, dass das, was bei einem Pferd offensichtlich unrecht ist, ebenso unrecht ist, wenn wir es mit einem behinderten Säugling zu tun haben.“⁹³

Nun wäre es indessen verfehlt, lediglich voller Empörung auf Rechtsphilosophen wie Norbert Hoerster oder Bioethiker wie Peter Singer zu deuten, in der irrigen Meinung, diese äußerten ganz abwegige und niemals mehrheitsfähige Thesen. So ist es nämlich nicht. Hoerster und Singer sprechen lediglich das aus, was viele Bürgerinnen und Bürger auch in Deutschland bereits heute denken. Während etwa die Zahl der im Rahmen des *Human Genome Projects* entschlüsselten menschlichen Gene wächst, schwindet die bisherige Ergebenheit in die schicksalhaften Gesetze der Vererbung, und es verstärkt sich die Neigung, „unerwünschte“ Erb-anlagen auszuschalten. Wie weit dieser Wunsch schon bald ging, offenbarte eine Umfrage unter Schwangeren, die im Jahre 1995 durchgeführt wurde: 18 Prozent der interviewten Frauen, so das Ergebnis dieser medizinpsychologischen Studie der Universität Münster, würden sich von einer Leibesfrucht mit hypothetischem „Fettsucht-Gen“ bedenkenlos durch Abtreibung trennen.

Der soziale Konsens im Hinblick auf moralische Werte ruht in unserer Gesellschaft und in unserer Zeit ohnehin auf sehr dünnem Eis, wie eine Umfrage des Magazins *Der Spiegel* im Dezember 1997 zutage förderte. Es handelt sich um einen minimalistischen Konsens. Auf die Frage „Wen halten Sie bei der Vermittlung von

92 Hoerster (1989).

93 Singer (1994), S. 271.

Werten für wichtig?“ antworteten 37 Prozent der Bundesbürger mit *die Kirchen*, 38 Prozent mit *Greenpeace*, und immerhin 43 Prozent trauten den *politischen Parteien* eine wichtige Rolle zu. Doch mit 51 Prozent lag die *Polizei* unschlagbar an der Spitze der Skala möglicher Wertevermittler. Moralische Werte werden demnach, so muss man folgern, von einer Mehrheit der deutschen Bevölkerung mit der Überwachung der Einhaltung beziehungsweise mit der Bestrafung von Übertretungen staatlicher Gesetze und Verordnungen identifiziert. Dies ist ein für die Polizei zwar sehr ehrenvolles und vermutlich hoch verdientes Ergebnis, es ist jedoch zugleich für unsere Gesellschaft als Ganzes ein bedenkliches Indiz.

Moralische Tatsachen sind, wie bereits betont wurde, keine objektiven physischen oder metaphysischen Realitäten. Sie sind aber auch nicht bloß subjektive psychische Phänomene, die andere Personen allenfalls zur Nachempfindung oder zur Nachahmung anregen könnten. Moralische Tatsachen müssen vielmehr als von Menschen etablierte soziale Institutionen angesehen werden, die innerhalb einer Sprach-, Kultur-, Glaubens- oder Rechtsgemeinschaft nach bestimmten Regeln intersubjektiv konstituiert, stabilisiert, tradiert und modifiziert werden. Diese Regeln folgen der Struktur *A gilt als B im Kontext der Gemeinschaft C*. Institutionelle Tatsachen sind auf eine bestimmte Art und Weise interpretierte natürliche Tatsachen, in ihnen gehen Lebenswelt und Sprachwelt eine normative Verbindung ein, die indessen weder starr noch unveränderlich ist.

Moralische Werte werden von Menschen zu bestimmten Zeiten für bestimmte Zwecke geschaffen, und sie werden von Menschen in konkreten Situationen interpretiert. Werte sind labil und veränderbar, sie bedürfen zu ihrer Gültigkeit eines gesellschaftlichen Konsenses. Ein solcher Konsens aber entsteht im Laufe eines historischen Prozesses, und das heißt im Rahmen eines öffentlichen Diskurses. Jeder einzelne Bürger hat durch sein Tun oder Lassen einen gewissen Einfluss auf die Gestaltung künftiger Werte und Normen in seiner Gesellschaft. Dass dieses Faktum nicht allen am Thema Ethik Interessierten und Beteiligten gefällt, sollte uns nicht davon abhalten, es zur Kenntnis zu nehmen.

Natürlich müssen wir auch die Konsequenzen bedenken, die sich aus dieser Situation für die Möglichkeit einer zeitgemäßen Medizin- und Bioethik ergeben. Unter den Rahmenbedingungen eines modernen Rechtsstaates, der jedenfalls im Prinzip auf der demokratischen Teilhabe aller Bürgerinnen und Bürger aufbaut, kann auch das Ethos in der Medizin nicht mehr als eine standesrechtlich kodifizierte gegenseitige Selbstverpflichtung von Ärzten konzipiert werden, die lediglich deklamatorischen oder emblematischen Wert hat. Medizin- und Bioethik sind Themen, die einer breiten öffentlichen Diskussion sowie größtmöglicher Transparenz bedürfen. Doch machen wir uns keine Illusionen: Bei allen Bemühungen um einen maximalen sozialen Konsens im Hinblick auf die ethischen und zunehmend

auch auf die bedrängenden ökonomischen Dilemmata der High-Tech-Medizin gilt auch heute noch unverändert die ein wenig resignativ stimmende, aber gleichwohl treffende Weisheit des ersten Hippokratischen Aphorismus aus der Zeit um 400 vor Christus: „Das Leben ist kurz, die Kunst ist weit, der günstige Augenblick flüchtig, der Versuch trügerisch, die Entscheidung schwierig.“⁹⁴

6 Körperbild und Leibverständnis in Geschichte und Gegenwart⁹⁵

Gesundheit und Krankheit als normative Größen der medizinischen Anthropologie

Im Jahre 1822 formulierte der Badische Hofrat und kurzzeitige Heidelberger Hegel-Nachfolger Joseph Hillebrand (1788-1871) in seinem Buch *Anthropologie als Wissenschaft* die These, dass der Mensch eben nur durch das beständige Beziehen aller Erkenntnisse auf sein Selbst dieses seinem wahren Begriffe gemäß allein vollständig zu entwickeln und zu fördern vermöge. Endlich sei ja auch der Mensch das alleinige Subjekt seines Erkennens. Wie würde er daher nur überhaupt etwas wirklich zu erkennen im Stande sein, wenn er nicht überall diese seine Subjektivität gewährte als den einen und letzten Haltungspunkt aller Vorstellungen und gewonnenen Resultate?⁹⁶

Die Anthropologie, und hier speziell die medizinische Anthropologie, hat sich in den letzten gut fünfhundert Jahren, seit sie als Disziplin eben diesen anspruchsvollen Namen führt, zur Beantwortung ihrer Grundfrage „Was ist der Mensch?“ immer wieder mit großem Interesse auf das Themenfeld Gesundheit und Krankheit bezogen. In einer Zeit, in der insbesondere religiöse Bedürfnisse des Menschen mehr oder minder offen im Namen der aufgeklärten Wissenschaft und des demokratischen Pluralismus negiert werden, ist die Gesundheit zum zentralen Dreh- und Angelpunkt der medizinischen Anthropologie geworden. Noch niemals zuvor wurde auch so viel Geld für das sogenannte „höchste Gut“ eingesetzt wie

94 Hippokrates, Aphorismen I, 1 in der Übersetzung von Diller (1962), S. 159. Siehe auch Diller (1973).

95 Überarbeitete Version des Eröffnungsvortrags zur Tagung *Was ist der Mensch? Wie der medizinische Fortschritt das Menschenbild verändert* der Evangelischen Akademie Baden in Bad Herrenalb vom 11. November 2011.

96 Hillebrand (1822), S. 2-3.

heute. So gab im Jahre 2014 allein die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) in Deutschland 206 Milliarden Euro aus. Angesichts eines Bruttoinlandsprodukts von 2,9 Billionen Euro entspricht diese Summe 7 Prozent der Wirtschaftsleistung. Der Gesundheitsmarkt boomt, er ist eine „Wachstumsbranche“ geworden. Gesundheit ist ja auch in aller Munde. Auf Geburtstagskarten wird die Gesundheit fast schon stereotyp thematisiert, doch mit steigendem Alter werden die entsprechenden Wünsche inflationär und zum Teil illusionär.

Wann ist jemand eigentlich gesund? Der Begriff, die Definition und das Verständnis von Gesundheit sind unter Fachleuten wie unter Laien strittig. In erster Linie wird die Medizin als diejenige Disziplin angesehen, die sich mit der Gesundheit auskennen sollte. In Wirklichkeit ist die Medizin vollauf mit der Erkennung und Behandlung von Krankheiten beschäftigt. Da Gesundheit und Krankheit aber als einander kontradiktorisch, wenn nicht sogar konträr⁹⁷ gegenüberstehende Begriffe aufgefasst werden, kann ein Blick auf den Krankheitsbegriff doch wichtige Informationen über den Gesundheitsbegriff zu Tage fördern. Fragen wir also zunächst: Was ist Krankheit?⁹⁸

Gängige Definitionen von Krankheit, wie man sie in einem Klinischen Wörterbuch findet, zeichnen sich durch ihre intellektuelle Schlichtheit aus, die nicht selten auf logischen Zirkelschlüssen beruht. So wird Krankheit einmal abstrakt als Störung der Lebensvorgänge in Organen oder im gesamten Organismus mit der Folge von subjektiv empfundenen beziehungsweise objektiv feststellbaren körperlichen, geistigen beziehungsweise seelischen Veränderungen beschrieben, ohne dass die ebenfalls erklärungsbedürftigen Ausdrücke *Störung* und *Veränderung* ihrerseits definiert würden. Auch die in der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts entwickelte Formel, wonach Krankheit ein „Zustand von Regelwidrigkeit im Ablauf der Lebensvorgänge“ ist, der Krankenpflege und Therapie erfordert und aus dem eine „berufsspezifische erhebliche Arbeits- beziehungsweise Erwerbsunfähigkeit“ resultiert, mag in der juristischen Praxis zwar durchaus von Nutzen sein, erliegt aber ebenso der logischen Zirkularität, da sie den gleichermaßen unklaren normativen Begriff der Regelwidrigkeit zur Definition der Krankheit benutzt.⁹⁹

Die Vermutung, dass bei der Beschreibung von Krankheit(en) nicht die bloße Feststellung zeitunabhängiger physikalischer Tatsachen, sondern vielmehr die Erzeugung und Aushandlung historisch gewachsener sozialer Tatsachen vor sich geht,

97 Von zwei kontradiktorischen Begriffen trifft stets *genau einer* auf einen Sachverhalt zu (z. B. *schön – nicht schön*), während von zwei konträren Begriffen *höchstens einer* einen Sachverhalt korrekt beschreibt (z. B. *schön – hässlich*).

98 Vgl. Bauer (2009b).

99 Diese Krankheitsdefinitionen finden sich in Psychembel (1994), S. 824.

ist durch eine Fülle an medizinhistorischer Evidenz empirisch belegt. Diese sozialen oder institutionellen Tatsachen repräsentieren zwar keine objektiven materiellen Realitäten der Außenwelt, sie sind aber auch nicht bloß subjektive Empfindungen einzelner Individuen. Soziale Tatsachen müssen vielmehr als von Menschen geschaffene Institutionen angesehen werden, die innerhalb einer Sprach- oder Kulturgemeinschaft nach bestimmten Regeln intersubjektiv konstituiert, stabilisiert und modifiziert werden. Diese Regeln folgen der Struktur: *A gilt als B im Kontext der Gemeinschaft C*. Soziale Tatsachen sind also auf eine bestimmte Art und Weise interpretierte Tatsachen der physikalischen Welt. In ihnen gehen Lebenswelt und Sprachwelt eine konkrete, wertbezogene Verbindung ein, die indessen flexibel und im historischen Verlauf fragil ist.

Eine bestimmte Konstellation von körperlichen beziehungsweise seelischen Symptomen gilt demnach als krankhaft im Kontext einer zeitlich und räumlich zu definierenden sozialen Gemeinschaft. Die negative Normativität, die besagt, dass etwas nicht so ist oder sich nicht so verhält wie es sein sollte oder wie es sich verhalten sollte, repräsentiert den größten gemeinsamen Nenner des Krankheitsbegriffs. Die Beobachtung, dass bestimmte körperliche, seelische oder soziale Phänomene über einen historisch gesehen sehr langen Zeitraum hinweg kontinuierlich als krankhaft gegolten haben oder noch immer als krankhaft gelten, ändert nichts daran, dass die Verknüpfung der entsprechenden Phänomene mit dem Etikett *krankhaft* eine prinzipiell labile beziehungsweise jederzeit revidierbare Verbindung zwischen Lebenswelt und Sprachwelt darstellt.

Was der englische Philosoph Richard M. Hare (1919-2002) schon 1952 über die Sprache der Moral schrieb, gilt für die Sprache der Krankheit nicht minder: Krankheitsbegriffe können nicht bloß Tatsachenfeststellungen sein, und wenn sie das wären, würden sie nicht die Funktionen erfüllen, die sie erfüllen, oder sie hätten nicht die logischen Merkmale, die sie haben. Entweder müssen wir das unreduzierbar vorschreibende Element im Krankheitsbegriff anerkennen, oder aber wir müssten gestatten, dass ein lediglich als beschreibend aufgefasster Krankheitsbegriff ärztliche Handlungen nicht mehr in der Weise anleiten würde, wie er es nach gewöhnlichem Verständnis offensichtlich tut.¹⁰⁰

Die gemeinsame Basis zwischen einer das Leben bedrohenden Krankheit (zum Beispiel einem Magenkarzinom) und einer lediglich schmerzhaften beziehungsweise einer die körperlichen Funktionen oder das seelische Erleben störenden Erkrankung (zum Beispiel einem wiederholten Migränekopfschmerz, einer klinisch relevanten Depression oder einer Humerusfraktur) besteht nicht in einer biologischen Gemeinsamkeit, sondern vielmehr darin, dass diese Zustände

100 Vgl. Hare (1983), S. 241 sowie Bauer (2007a).

1. von der betroffenen Person und/oder deren sozialem Umfeld als störend empfunden werden,
2. als im Körper der betroffenen Person lokalisiert angesehen werden,
3. einer am Körper der betroffenen Person ansetzenden Behandlung zugeführt werden sollten.

Nur der Mensch, nicht aber „die Natur“ hat einen Begriff für Krankheit entwickelt. „Die Natur“ präsentiert uns lediglich – ganz wertneutral – bestimmte physikalische und biologische Abläufe. Ob die betroffenen Menschen jene Abläufe schätzen oder sich vor ihnen fürchten, ist für „die Natur“ ohne Belang. Der Ausdruck *Krankheit* bezeichnet also ein kulturelles Konstrukt und keine biologische Entität.

Was bedeutet diese Erkenntnis für den Gesundheitsbegriff? Die Verfassung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) aus dem Jahre 1946 definierte die Gesundheit in ihrer Präambel so: „Die Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen.“¹⁰¹ Aus den bisherigen Überlegungen zum Krankheitsbegriff folgt indessen, dass es sich auch bei der Gesundheit um ein wertbezogenes Konstrukt und damit um eine historisch relativ flexible soziale Tatsache handelt. Wie die WHO-Definition zudem nahelegt, verhält sich Gesundheit konträr zur Krankheit. Gesundheit und Krankheit werden als einander nicht berührende Extreme definiert, zwischen denen sich ein mehr oder minder breites „Niemandland“ erstreckt.

Die Individualnorm der Gesundheit in der Vier-Säfte-Lehre der Antike

An dieser Stelle ist der Medizinhistoriker angesprochen, der an die zentrale Aufgabe des Arztes in der griechisch-römischen Antike und im europäischen Mittelalter erinnern darf: Gemäß der traditionellen medizinischen Vier-Säfte-Lehre, der Humoralpathologie, oblag es dem Arzt, gerade den Zwischenraum (*Neutralitas*) zwischen Krankheit (*Aegritudo*) und Gesundheit (*Sanitas*) durch die diätetische Regelung der Lebensführung (*Perfectio vitae*) zu erhalten. Die *Neutralitas* repräsentierte eben jenes „Niemandland“ (*ne-utrum*), das zwar keiner der beiden

101 Verfassung der Weltgesundheitsorganisation. Unterzeichnet in New York am 22. Juli 1946. Ratifikationsurkunde von der Schweiz hinterlegt am 29. März 1947. Von der Bundesversammlung genehmigt am 19. Dezember 1946. Für die Schweiz in Kraft getreten am 7. April 1948. Stand am 8. Mai 2014. http://www.admin.ch/ch/d/st/0_810_1/ (Stand: 24.4.2016).

Extremzustände *krank* und *gesund* zuzuordnen war, innerhalb dessen sich aber der normale Lebensalltag des Menschen in aller Regel abspielte.

Häufig lässt man medizinhistorische Darstellungen mit Hippokrates von Kos (460-377 v. Chr.) beginnen, dem berühmten, meist aber ungenau zitierten und fehlerhaft interpretierten „Ahnherrn“ der griechischen Heilkunde und der abendländischen Medizin.¹⁰² Hippokrates lebte in der zweiten Hälfte des 5. Jahrhunderts vor Christus, und er war ein sehr bekannter Arzt, der sogar in den Dialogen Platons (427-347 v. Chr.) als medizinische Autorität genannt wird. Doch vermutlich sind höchstens drei der rund siebzig Bücher der Schriftensammlung *Corpus Hippocraticum* von ihm selbst verfasst worden. Die übrigen Texte, darunter auch der Hippokratische Eid, stammen von Autoren aus dem Schülerkreis des Hippokrates. Es finden sich sogar Bücher darunter, die gar nicht von Ärzten, sondern von Philosophen oder Rednern geschrieben worden sind. Der größte Teil der Hippokratischen Abhandlungen entstand zwischen etwa 430 und 350 vor Christus.¹⁰³

Die Schriften spiegeln den Geist eines naturalistischen Denkens wider. Nach der Lehre des vorsokratischen Philosophen Empedokles von Agrigent (490-430 v. Chr.) bestand der gesamte Kosmos aus nur vier Elementen, nämlich aus Luft, Feuer, Erde und Wasser. Um die Wende vom 5. zum 4. Jahrhundert wurde diese physikalische Kosmologie in eine engere Korrespondenz zur Physiologie des Menschen gesetzt, als ein Hippokratischer Autor, nämlich Polybos, der Schwiegersohn des Hippokrates, in der Schrift über die *Natur des Menschen* erstmals behauptete, der menschliche Körper bestehe aus einer Mischung von vier den Elementen der Physik analogen Säften, und zwar aus Blut, gelber Galle, schwarzer Galle und Schleim.¹⁰⁴ Das war die Geburtsstunde der Vier-Säfte-Lehre, die bis ins 17. Jahrhundert das wissenschaftliche Rückgrat der Medizin des Abendlandes bildete.

Die Hippokratischen Ärzte machten die individuelle Säftekonstellation für Gesundheit und Krankheit des Menschen verantwortlich. Dabei kam es ihnen nicht auf eine statisch normierte Säftemischung an, vielmehr schwankte diese Komposition um einen nur individuell bestimmbar Wert, der unter anderem als geschlechts-, alters- und jahreszeitenabhängig galt. Man könnte sagen: Jeder Mensch hat seine persönliche, unverwechselbare Gesundheit. Krank wird er dann, wenn er von dieser, ihm gewohnten Lage abweicht. Die auf den ersten Blick kaum sichtbar wertende Komponente der Vier-Säfte-Lehre und ihres Gesundheitsbegriffs bestand darin, dass als krank jede größere Abweichung von der individuell gewohnten körperlichen Verfassung angesehen wurde. Als gesund galt demgegenüber jener

102 Zum Folgenden siehe auch Bauer (1998d), Bauer (2001c) und Bauer (2005).

103 Vgl. das Nachwort von Hans Diller in Diller (1962), S. 263-272.

104 Diller (1962), S. 165-173.

ausbalancierte Zustand, der die biologische Kontinuität anzeigt. Gesundheit galt demnach in der antiken Medizin als etwas zu Bewahrendes, als ein konservativer Wert im wörtlichen Sinne.

Die professionelle Aufmerksamkeit des griechischen Arztes richtete sich auf die Wiederherstellung der gewöhnlichen biologischen Funktionen – oder aber auf die Erkenntnis einer schlechten Prognose. Die medizinische Theorie der Hippokratiker hatte eine Vorliebe für mechanische Wirkungszusammenhänge. Selbst die Epilepsie, ein Leiden mit psychischen Symptomen, wurde als Folge übermäßiger Schleimproduktion im Gehirn bei gleichzeitiger Verstopfung des Schleimabflusses interpretiert.¹⁰⁵ Die Sicht der Hippokratischen Ärzte auf den Menschen stellte sich als ein sachlicher Blick von außen dar, wobei der Körper des Patienten als eine unerschöpfliche Quelle von Zeichen betrachtet wurde, deren Informationsgehalt es rasch und professionell zu entschlüsseln galt.¹⁰⁶ Die subjektive Erlebniswelt ihrer Patienten hingegen blieb den Ärzten fremd, oder sagen wir vorsichtiger: Man findet in den überlieferten Texten nur wenig über Motive, Gefühle oder Lebensziele der Kranken.

Der Beginn der medizinischen Anthropologie im 16. Jahrhundert

Die gehäufte Verwendung des Substantivsuffixes *-logia* zur Benennung einer wissenschaftlichen Disziplin ist eine sprachliche Innovation des abendländischen Humanismus im frühen 16. Jahrhundert. Termini wie *psychologia*, *philologia*, *theologia*, *astrologia* oder *ontologia* entstammen in ihrer heute geläufigen Bedeutung der Zeit nach 1500 und nicht etwa der griechischen Antike. Auch die beiden ersten Nachweise für den Begriff der *Anthropologie* als der *Lehre vom Menschen* fallen in den Beginn und das Ende des 16. Jahrhunderts. *Antropologium de hominis dignitate, natura et proprietatibus, de elementis, partibus et membris humani corporis. De iuvementis nocumentis, accidentibus, vitiis, remediis, et physionomia ipsorum [...]* *De anima humana et ipsius appendiciis*, so lautet der ausführliche programmatische Titel eines 1501 in Leipzig erschienenen Werkes des Philosophen, Arztes und Theologen Magnus Hundt (1449-1519).¹⁰⁷ Der Mensch wurde damit zum Objekt wissenschaftlicher Untersuchung gerade in jenen Eigentümlichkeiten, die ihn aus

105 So dargestellt in der Abhandlung „Die Heilige Krankheit“ in der Übersetzung von Diller (1962), S. 131-149.

106 Zu den semiotischen Aspekten der Hippokratischen Medizin siehe Bauer (1995a).

107 Hundt (1501).

der übrigen Schöpfung herausheben. Im Zentrum des Interesses stand zunächst die Anatomie des menschlichen Körpers, seine Zusammensetzung aus Elementen und Teilen. Heilmittel und Schadstoffe, Ausscheidungen und Absonderungen, also Physiologie und Pathologie, wurden ebenso berücksichtigt wie die menschliche Seele.

Damit konzipierte Hundt einerseits ein sehr weitgespanntes Fachgebiet, das andererseits durch die prominente Stellung der gerade im Aufblühen befindlichen medizinischen Grundlagendisziplin Anatomie darin bereits ein für spätere Werke dieses Genres konstitutives Merkmal aufwies: Rezeption und Reflexion des jeweils in expansiver Entwicklung befindlichen medizinischen Faches wurden zu Grundpfeilern der medizinischen Anthropologie einer Epoche. Dabei versuchte die sich *Anthropologie* nennende Disziplin stets, über jene Einzelwissenschaften hinaus Aussagen vom Menschen als einem Ganzen zu machen. Dieses Ziel wurde im Lauf der Geschichte jedoch umso schwerer erreichbar, je spezieller und detaillierter sich die jeweiligen Basisfächer (Anatomie, Physiologie, Immunologie, Hirnforschung, Psychologie, Psychoanalyse und so weiter) bereits inhaltlich ausdifferenziert hatten.

Am Ende des 16. Jahrhunderts, nämlich 1594, verfasste der Astronom, Physiker und Theologe Otho Casmann (1562-1607) eine *Psychologia anthropologica sive animae humanae doctrina*, die er zwei Jahre später fortsetzte als *Secunda pars anthropologiae: hoc est; fabrica humani corporis*. Casmann führte damit Psychologie und Anatomie als die beiden Säulen einer Anthropologie für das kommende 17. Jahrhundert ein. Der Autor betonte die zwillingsartige Doppelnatur des Menschen aus geistigem und körperlichem Prinzip: Durch das Eintauchen des göttlichen Geistes in den aus Erde geformten Körper sei der lebendige Mensch entstanden. Eine körperlose Seele oder ein seelenloser Körper verdienten nicht den Namen *Mensch*.¹⁰⁸

Der Wandel des Begriffsinhalts der medizinischen Anthropologie hat sich seit dem 16. Jahrhundert in aller Regel korrespondierend zur Entwicklung der jeweils expandierenden medizinischen Fächer vollzogen. Dabei reagierte die Anthropologie prinzipiell in dreierlei sehr unterschiedlicher Weise auf den wissenschaftlichen Fortschritt:

1. Die medizinische Anthropologie nahm das von den Naturwissenschaften entwickelte Gedankengut auf und verstärkte seine Wirksamkeit durch Bestätigung. Diese Vorgehensweise entspräche dem *affirmativen Typus* medizinischer Anthropologien.
2. Die medizinische Anthropologie verwarf das von den Naturwissenschaften entwickelte Gedankengut, indem sie ein konträres Modell des Menschen als

108 Casmann (1594), S. 1-2. Vgl. auch Bauer (1984), S. 36-37.

eines geistigen Wesens entwarf. Diese Vorgehensweise entspräche dem *kom-pensatorischen Typus* medizinischer Anthropologien.

3. Die medizinische Anthropologie nahm das von den Naturwissenschaften entwickelte Gedankengut zwar auf, versuchte aber, es in einen umfassenderen Kontext einzubauen. Diese Vorgehensweise entspräche dem *integrativen Typus* medizinischer Anthropologien.¹⁰⁹

Medizinische Anthropologie, Mechanismus und Vitalismus im 17. und 18. Jahrhundert

Die wissenschaftliche Krise der aus der Antike überlieferten Vier-Säfte-Lehre begann im Zeitalter des Barock. Das 17. Jahrhundert war eine Periode des Umbruchs in der Medizin und den Naturwissenschaften. Die Heilkunde fing an, sich aus dem dogmatisch erstarrenden, traditionellen System wie aus einem nicht mehr passenden Korsett zu befreien. Dabei forderte die neue, mechanistische Denkweise von Ärzten, die den menschlichen Körper als eine physikalisch-chemische Maschine betrachteten, mehr und mehr Beachtung. Die von dem französischen Philosophen René Descartes (1596-1650) zur Zeit des Dreißigjährigen Krieges formulierte Trennung des Leibes in *Res extensa* und *Res cogitans* wirkte auch auf die Medizin ein, die ihr Interesse jetzt auf die Erforschung des nach physikalischen Gesetzen arbeitenden Körpers konzentrierte. Ein wichtiger Zwischenschritt auf diesem Weg war 1628 die Beschreibung des Blutkreislaufs durch den englischen Arzt William Harvey (1578-1657). Bereits um 1612 hatte der italienische Mediziner Santorio Santorio (1561-1636) in Padua erstmals Fieber mit einem Thermometer gemessen, und in den 1660er Jahren stellte der in Hanau geborene, später aber im niederländischen Leiden wirkende Arzt Franciscus Sylvius (1614-1672) eine chemische Theorie der Verdauung auf.¹¹⁰

Der Faszination durch das neue dualistische Weltbild konnten sich auch die Verfasser medizinischer Anthropologien nicht entziehen. Deutlich trat dabei aber eine Reduktion der Inhalte auf Anatomie und Iatrophysik zutage.¹¹¹ Wegen ihres affirmativen Charakters verstärkten diese Werke den materialistischen Ansatz der Naturwissenschaften im Sinne einer positiven Rückkopplung. 1732 identifizierte das Zedlersche Universal-Lexikon die Anthropologie sogar mit der *Anthropometrie*, also der quantifizierenden Vermessung des Menschen, und definierte sie

109 Bauer (1984), S. 38.

110 Bauer (1985), S. 440-441.

111 Zum Konzept der frühneuzeitlichen Iatrophysik siehe Roths Schuh (1978).

als dasjenige Spezialgebiet der Physik, „in welchem die natürliche Beschaffenheit und der gesunde Zustand des Menschen, sonderlich was seine physicalischen und natürlichen Eigenschafften betrifft, abgehandelt und erkläret wird.“ Zwar gehöre eigentlich auch die „moralische Beschaffenheit“ des Menschen hierher, „weil aber hieraus ein ungeheurer Körper erwachsen würde, so hat man die moralische Betrachtung des Menschen in die Ethic und die Untersuchung des menschlichen Verstandes in die Logic lociret.“¹¹²

Das praktische Versagen der neuen physikalisch-chemischen Medizinthorie in der ärztlichen Therapie ließ sich jedoch nicht auf Dauer ignorieren. Gegen Ende des 17. Jahrhunderts entstand in Deutschland gleichzeitig eine von Pietisten initiierte Strömung gegen alles, was wie wissenschaftliche Autorität anmutete. Diese Bewegung, die an der 1695 gegründeten Universität Halle ihr Zentrum fand, richtete ihre Angriffe zugleich gegen die herrschende Theologie und Medizin, wobei der aus Ansbach stammende Professor Georg Ernst Stahl (1659-1734) der führende Aktivist im Bereich der Heilkunde war. Sein Reformversuch der Medizin leitete sich von einem auf subjektive Erfahrung gegründeten Wahrheitsanspruch ab; diese Erfahrung war für Stahl die entscheidende Methode, um wahre Erkenntnisse zu ermitteln.¹¹³

Es existieren historisch betrachtet nur sehr wenige konsequent durchdachte Systeme, in denen die menschliche Seele zur maßgeblichen Ursache von Gesundheit und Krankheit erhoben wurde. Georg Ernst Stahl unterzog sich diesem Wagnis vornehmlich in seinem 1708 in Halle publizierten Hauptwerk *Theoria medica vera*. Der Körper ist nach Stahls Auffassung kein bloßer Mechanismus, die Materie in ihrer Lebendigkeit vielmehr ein organisches Ganzes. Geist und Materie lebten in ihrer Vereinigung, und dies bedeute Wahrnehmung, Gefühl und Erkenntnis in der körperlichen und seelischen Einheit des Subjekts: „Alle vitalen, animalen und rationalen Vorgänge haben ihren Grund in der schönsten Harmonie und in ihrem unlöslichen Zusammenhang mit einer Kraft. Mit Recht schließt man, dass es die Seele ist, die alle diese Bewegungen unmittelbar bewirkt, seien sie geordnet oder ungeordnet, vitaler oder animaler Art, ob sie zur Erhaltung des Körpers beitragen oder zu seiner Zerstörung.“¹¹⁴

Der Körper werde von der Seele (*Anima*) dirigiert und geleitet. Eine besondere Rolle komme dabei dem Blutkreislauf als Bindeglied zu. Nach Stahl tritt das Blut direkt aus dem arteriellen in den venösen Schenkel des Kreislaufs über, indem es

112 Zedler (1732), Sp. 522.

113 Vgl. zum Folgenden insbesondere Bauer (1991) und Bauer (2000d).

114 Georg Ernst Stahl: *De passionibus animi* (Halle 1695), nach der deutschen Übersetzung von Gottlieb (1961), S. 23-37, hier S. 25.

hypothetische Poren im Gewebe passiert. Die Größe dieser Poren werde durch einen geheimnisvollen Spannungszustand reguliert, den Stahl als *Motus tonicus vitalis* bezeichnete. Diesen Tonus bestimme die Seele je nach der gerade herrschenden Notwendigkeit. Alle leiblichen Vorgänge würden von der Seele gesteuert, die den Körper bis ins letzte Detail kenne und beherrsche. Der Arzt brauche daher keine anatomischen oder physiologischen Details zu studieren, sondern könne sich mit der reinen Erfahrung begnügen.

Stahl ging von der Selbstheilungsfähigkeit des Körpers aus; der Arzt solle mit der nötigen Vorsicht als Mitarbeiter der Natur die Heilwege von Hindernissen befreien. Dramatische Eingriffe in den natürlichen Heilungsprozess wurden von Stahl nicht erwogen, vielmehr vertrat er eine schonende und abwartende Behandlungsweise. Eine wichtige Rolle spielten dabei hygienische Maßnahmen, aber auch Aderlass und Schröpfen wurden empfohlen, um Blutüberschuss oder Verunreinigungen der Körpersäfte beseitigen zu können. Diese Anknüpfung an die Hippokratischen Schriften verband sich mit Stahls Pietismus zu einer eigentümlichen Mischung: In der pietistischen Vertiefung, in der Erlangung der besonderen Gnade Gottes erwerbe der Arzt den richtigen, sicheren, intuitiven Blick und könne nicht mehr irren. Deswegen bezeichne die *Theoria medica vera* die Vollendung der Heilkunst, denn es bleibe dem Arzt nur noch, die Theorie richtig zu interpretieren und anzuwenden.¹¹⁵

Die Rolle der Lebenskraft in der Homöopathie während des frühen 19. Jahrhunderts

Georg Ernst Stahl, der heute als ein Vorläufer der psychosomatischen Medizin angesehen wird, vertrat zwar das Programm einer Minderheit unter den Ärzten seiner Zeit, doch geriet seine Lehre nicht in Vergessenheit. Noch im Jahre 1810 dachte der Schöpfer der Lehre von der *Homöopathie*, der Arzt Samuel Hahnemann (1755-1843), in den Kategorien Stahls, als er die auch für sein Heilverfahren zentrale *Lebenskraft* postulierte: In seinem *Organon der Heilkunst* schrieb er: „Im gesunden Zustand des Menschen waltet die geistartige, [...] den materiellen Organismus belebende Lebenskraft unumschränkt. In bewundernswürdig harmonischem Lebensgang hält sie alle seine Teile, seine Gefühle und Tätigkeiten aufrecht, sodass der in uns wohnende vernünftige Geist sich dieses lebendigen und gesunden Werkzeugs frei zum höheren Zwecke unseres Daseins bedienen kann. [...] Der materielle Organismus – ohne Lebenskraft gedacht – ist keiner Empfindung, keiner Tätigkeit und keiner Selbsterhaltung fähig; er ist tot und, wenn er bloß der physischen Außen-

115 Vgl. Bauer (1991), S. 198-199.

welt unterworfen ist, fault er und wird wieder in seine chemischen Bestandteile aufgelöst. Nur das immaterielle, den materiellen Organismus im gesunden und kranken Zustand belebende Lebensprinzip, die Lebenskraft, verleiht ihm alle seine Empfindung und bewirkt seine Lebensverrichtungen.“¹¹⁶

Was machte nun gerade die Homöopathie schon nach kurzer Zeit trotz heftigster Kritik von Seiten der Hochschulmediziner für ein großes Publikum attraktiv? Hahnemann hatte 1796 einen Aufsatz mit dem Titel *Versuch über ein neues Princip zur Auffindung der Heilkräfte der Arzneisubstanzen, nebst einigen Blicken auf die bisherigen* publiziert. Aus seinem bis heute umstrittenen Selbstversuch¹¹⁷ mit Chinarinde, den er bereits 1790 unternommen hatte, zog Hahnemann in dieser Abhandlung sehr weit reichende spekulative Schlüsse: „Jedes wirksame Arzneimittel erregt im menschlichen Körper eine Art von eigener Krankheit. Man [...] wende in der zu heilenden (vorzüglich chronischen Krankheit) dasjenige Arzneimittel an, welches eine andere, möglichst ähnliche künstliche Krankheit zu erregen imstande ist und jene wird geheilet werden; *Similia similibus*.“¹¹⁸

In seinem 1810 erschienenen Hauptwerk *Organon der Heilkunst* führte Hahnemann diesen Gedanken, den er jetzt bereits als „Naturheilgesetz“ bezeichnete, noch präziser aus, wobei er sich auf die „reine Erfahrung“ als Beweismittel berief: „Nun lehrt aber das einzige und untrügliche Orakel der Heilkunst, die reine Erfahrung, in allen sorgfältigen Versuchen, dass wirklich diejenige Arznei, welche in ihrer Einwirkung auf gesunde menschliche Körper die meisten Symptome in Aehnlichkeit erzeugen zu können bewiesen hat, welche an dem zu heilenden Krankheitsfalle zu finden sind, in gehörig potenzierten und verkleinerten Gaben auch die Gesamtheit der Symptome dieses Krankheitszustandes, das ist [...], die ganze gegenwärtige Krankheit schnell, gründlich und dauerhaft aufhebe und in Gesundheit verwandle, und dass alle Arzneien die ihnen an ähnlichen Symptomen möglichst nahe kommenden Krankheiten, ohne Ausnahme heilen und keine derselben ungeheilt lassen.“¹¹⁹

Hahnemanns Heilsystem hat bis in die Gegenwart trotz seiner mangelhaften wissenschaftlichen Plausibilität und seiner nicht bewiesenen Wirksamkeit die Herzen zahlloser Patienten erobert und damit die Sehnsucht vieler Menschen nach einfachen Erklärungen für komplexe Zusammenhänge deutlich werden lassen. Dies bleibt ein beachtenswerter Punkt auch für alle modernen Theorien über Gesundheit und Krankheit: Wesentlich für die Akzeptanz eines wissenschaftlichen Konzepts ist

116 Hahnemann (1978), S. 38 (§§ 9-10). Siehe auch Bauer (1997c).

117 Bayr (1989).

118 Hahnemann (1921), S. XLII und Lambert/Brittan (1991), S. 91-142.

119 Hahnemann (1978), S. 43-44 (§ 25).

immer auch die Frage, ob es den Wünschen und den durch die Medien vermittelten Vorlieben des Publikums entgegenkommt, oder ob es dem Zeitgeist zuwiderläuft und dann kaum Chancen auf Popularität hat.

Medizin als angewandte Physik nach 1850: Der Mensch als Maschine

Um das Jahr 1850 kam es zu einem erneuten und diesmal nachhaltigen Umbruch in der medizinischen Wissenschaft: Spekulationen über die Existenz der Lebenskraft waren jetzt nicht mehr gefragt. Neue Leitwissenschaften der Medizin wurden Physiologie und Pathologische Anatomie, zwei Fächer, deren Protagonisten sich dem physikalischen Denken verpflichtet sahen. So schrieb 1848 der junge Berliner Physiologe Emil Du Bois-Reymond (1818-1896):

„[Es] erscheint die Lehre von der Lebenskraft [...] als ein solches Gewebe der willkürlichen Behauptungen, sie häuft auf ein Phantasiegebilde solche Summe unmöglicher Attribute und undenkbarer Tätigkeiten, dass es schwer hält, sie ernst zu nehmen, und in ihrer offenkundigen Abgeschmacktheit nicht einfach mit dem verdienten Spotte zu begegnen. [...] Vor unserem Denken, das vor keiner Folgerung zurückscheut, löst sich das Weltganze daher auf in bewegte Materie, deren Wesen zu begreifen wir nicht für möglich halten. Nicht die *Ursachen* der Bewegungen, ihre *Gesetze* zu erkennen, erscheint uns als wahre Aufgabe unseres Strebens. Nun kann das Wort *Kraft* für uns keine andere Bedeutung haben, als die, in welcher es der analytischen Mechanik gute Dienste geleistet hat. Die Kraft ist uns das *Maß*, nicht die *Ursache* der Bewegung. Mathematisch ausgedrückt, sie ist die zweite Ableitung des Weges des in veränderlicher Bewegung begriffenen Körperlichen nach der Zeit.“¹²⁰

In der Mitte des 19. Jahrhunderts begann die bis heute andauernde Ära des materialistischen Reduktionismus, durch den die Medizin zu einer angewandten Naturwissenschaft wurde. Das Leben ist nach dieser Theorie ausschließlich den Gesetzen der Physik unterworfen. Alle Prozesse verlaufen gemäß dieser Vorstellung nach dem Prinzip von Ursache und Wirkung in einer regelhaften Weise, die mit Hilfe von Naturgesetzen mathematisch beschrieben wird. Sämtliche Vorgänge müssen im Experiment überprüft werden können.¹²¹ Der junge Pathologe Rudolf Virchow (1821-1902) schrieb 1849: „Die naturwissenschaftliche Frage ist die logische Hypothese, welche von einem bekannten Gesetz durch Analogie und Induction

120 Du Bois-Reymond (1912), S. 11 und S. 15.

121 Vgl. Bauer (1997a), S. 302-303.

weiterschreitet; die Antwort darauf giebt das Experiment, welches in der Frage [...] vorgeschrieben liegt.¹²²

Die naturwissenschaftliche Methode war und ist dort besonders erfolgreich, wo es solche physiologischen oder pathologischen Prozesse aufzudecken gilt, denen physikalische oder chemische Gesetzmäßigkeiten zu Grunde liegen. Sobald jedoch prinzipiell nicht wiederholbare, singuläre Vorgänge ins Spiel kommen, tauchen erhebliche Schwierigkeiten bei der wissenschaftlichen Analyse auf, die sich mithilfe allgemeiner Naturgesetze praktisch nicht lösen lassen. Solche historischen, insbesondere biographischen Ereignisketten aber gibt es im menschlichen Leben in großer Zahl.

Psychoanalyse und Psychosomatik als anthropologische Disziplinen

Die Krise der naturwissenschaftlichen Medizin wurde um die Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert mehr und mehr empfunden und kam in wissenschaftlichen Abhandlungen zum Ausdruck. So diskutierte man damals die Frage nach der korrekten Gewichtung von Kausalität und Konditionalität, also von Ursachen und Bedingungen.¹²³ Überwiegend blieben diese Debatten jedoch innerhalb des von der mechanistischen Theorie vorgegebenen Rahmens. So kam noch 1898 der damalige Leiter der Medizinischen Poliklinik in Jena, der Internist Ludolf Krehl (1861-1937), zu dem Schluss, die Beurteilung des Krankheitszustandes habe sich an den Methoden und Grundsätzen der Biologie zu orientieren, „und diese sind ja [...] keine anderen als die der exacten Naturwissenschaft; auf deren Boden müssen wir fest stehen.“¹²⁴ Doch bereits 1906 gab Krehl, mittlerweile Direktor der Medizinischen Klinik in Straßburg, zu bedenken: „Die pathologischen Symptome äussern sich am kranken Menschen als Individuum und durch die Art seiner Persönlichkeit außerordentlich verschieden.“¹²⁵

Was hier nur angedeutet wurde, beschrieb ein bekannter Wiener Arzt um dieselbe Zeit sehr präzise. Auch er hatte seine Laufbahn im letzten Viertel des 19. Jahrhunderts in der naturwissenschaftlichen Hochschulmedizin begonnen, nämlich in der Nervenheilkunde. Und selbst als Sigmund Freud (1856-1939), von dem hier die Rede ist, schon längst durch die Ausarbeitung der Psychoanalyse

122 Virchow (1849), S. 7.

123 v. Engelhardt (1985).

124 Krehl (1898), S. III.

125 Krehl (1906), S. VI.

bekannt geworden war, konnte er nicht verleugnen, dass er nach wie vor in den soliden Bahnen des mechanistischen Menschenbildes zu denken vermochte, das er als Student in sich aufgenommen hatte. In seiner Wiener Vorlesung während des Ersten Weltkriegs warnte Freud im Jahre 1915 die Medizinstudenten gleichwohl vor einer Unterschätzung psychologischer Aspekte in der Arzt-Patient-Beziehung, wie sie die traditionelle Ausbildung mit sich brachte:

„Sie sind darin geschult worden, die Funktionen des Organismus und ihre Störungen anatomisch zu begründen, chemisch und physikalisch zu erklären und biologisch zu erfassen, aber kein Anteil Ihres Interesses ist auf das psychische Leben gelenkt worden, in dem doch die Leistung dieses wunderbar komplizierten Organismus gipfelt. Darum ist Ihnen eine psychologische Denkweise fremd geblieben, und Sie haben sich daran gewöhnt, eine solche misstrauisch zu betrachten, ihr den Charakter der Wissenschaftlichkeit abzuspochen und sie den Laien, Dichtern, Naturphilosophen und Mystikern zu überlassen. Diese Einschränkung ist gewiss ein Schaden für Ihre ärztliche Tätigkeit, denn der Kranke wird Ihnen, wie es bei allen menschlichen Beziehungen die Regel ist, zunächst seine seelische Fassade entgegenbringen, und ich fürchte, Sie werden zur Strafe genötigt sein, einen Anteil des therapeutischen Einflusses, den Sie anstreben, den von Ihnen so verachteten Laienärzten, Naturheilkünstlern und Mystikern zu überlassen.“¹²⁶

Mehr als ein halbes Jahrhundert später, nämlich 1966, beschrieb der zunächst in Heidelberg, seit 1960 dann in Frankfurt am Main lehrende Psychosomatiker, Psychoanalytiker und Sozialpsychologe Alexander Mitscherlich (1908-1982) das Dilemma von biologischer und psychologischer Ursachenforschung so: „Geforscht wird unter [der] naturwissenschaftlichen Prämisse quantitativ, das heißt, es wird gemessen. Erlebt werden aber von uns Qualitäten. Es ist deutlich, dass hier zwei Phänomene vorliegen, die man gar nicht auseinander hervorgehen lassen kann; wir können nur die Voraussetzungen, die Konditionen zu ermitteln versuchen, unter denen das eine Moment dem anderen die fortschreitende Verwirklichung gestattet. [...] Im Alltag bleibt Seelisches von Leiblichem getrennt.“¹²⁷

Der Mensch als Objekt von prädiktiver Medizin und „Enhancement“

Seit diesen Überlegungen von Alexander Mitscherlich ist erneut ein halbes Jahrhundert vergangen. In jüngerer Zeit wurde nicht zuletzt durch die Arbeiten des

126 Freud (1982), S. 45.

127 Mitscherlich (1966), S. 63-64.

Heidelberger Physiologen Johann Caspar Rüegg (*1930) deutlich, dass das Gehirn mit seinen neuronalen Netzwerken die Gesundheit des übrigen Körpers beeinflusst, so die Immunabwehr, aber auch die Funktionen von Herz, Kreislauf, Atmung und Verdauung. Auslöser psychosomatischer Erkrankungen sind biographische Traumen, durch welche die Verbindungsstärken innerhalb der neuronalen Netzwerke langfristig verändert werden. Damit liegt ein Modell für die Speicherung von Erfahrungsinhalten und für die Bereitschaft vor, entsprechend diesen Erfahrungen zu reagieren. Bewusstsein und Intentionalität gelten aus dieser Perspektive als verbindende Eigenschaften zwischen Biologie und Kultur.¹²⁸

Durch Beobachten, durch Messen und Zählen, durch graphische Aufzeichnungen und durch visualisierbare Befunde und schließlich durch eine ganze Palette von statistisch ermittelten Normwerten sind Gesundheit und Krankheit heute dem Anschein nach quantitativ nachprüfbar geworden. Gesundheit und Krankheit scheinen nicht mehr durch wertbezogene Hintergrundkonzepte definiert zu werden, sondern durch objektive Fakten: Wer einen Blutdruck von 145/90 mm Hg hat, gilt heute als nicht mehr gesund, wer einen Nüchternblutzucker von mehr als 126 mg/dl aufweist, erhält die Diagnose *Diabetes mellitus*, und wessen Serum-Cholesterinwert 290 mg/dl beträgt, der bekommt vielleicht schon bald einen Schlaganfall. Gesundheit und Krankheit wurden damit der Bestimmung durch den Betroffenen entzogen und gerieten in die alleinige Verfügbarkeit medizinischer Experten, die je nach den erhobenen Befunden ein subjekt- unabhängiges Urteil fällen.

Diese Veränderung der Diagnostik beziehungsweise der Zuschreibung von Diagnosen hat eine wichtige Konsequenz nach sich gezogen: Mithilfe der technischen Analyseverfahren der Laboratoriumsmedizin und neuerdings auch der Humangenetik ist es nicht mehr nur möglich, Gesundheit und Krankheit quantitativ gegen einander abzugrenzen, sondern man kann sogar Menschen, die subjektiv und physiologisch vollkommen unbeeinträchtigt leben, auf eine neuartige Weise als krankheitsgefährdet und damit als zumindest nicht mehr ganz gesund markieren. Was in den 1960er Jahren scheinbar harmlos mit dem internistischen Konzept der Risikofaktoren wie Blutdruck-, Blutzucker-, Cholesterin- oder Harnsäurewerten begann, heißt heute genetische Krankheitsdisposition oder gar (populär aber falsch) Krankheits-Gen. Der Versuch, Gesundheit und Krankheit an der linearen Abfolge der DNA fest zu machen, hat einen neuen Zweig der ärztlichen Prognostik hervor gebracht, der in den kommenden Jahren vermutlich weiter boomen dürfte: die *prädiktive Medizin*, die unser zukünftiges Krankheitsschicksal in Form eines individuellen statistischen Risikoprofils angibt.

128 Bauer (1997b); Rüegg/Rudolf (1998); Rüegg (2011).

Die Medizin der Zukunft wird sich nicht mehr nur mit denjenigen Menschen beschäftigen, die als Patienten – also als Leidende – zum Arzt kommen, sondern auch mit jenen potenziell Kranken, deren Genom eine oder mehrere Krankheits-Anlagen enthält. Mit anderen Worten: Im Sinne der prädiktiven Medizin dürfte es keinen Bürger mehr geben, der noch als gesund wird gelten können. Jeder Untersuchte wird zu einem potenziellen Patienten, der womöglich seinerseits nach maximaler präventiver Therapie verlangt. Dabei bemächtigt sich die prädiktive Medizin aber nicht nur der Erwachsenen und der Kinder, und sie liefert nicht nur Informationen über solche Menschen, die freiwillig zum Arzt gehen. Vielmehr können genetische Variationen oder Defekte auch schon bei Embryonen und Feten entdeckt werden, was nicht selten deren vorzeitigen Tod zur Folge hat: In Form der seit den 1970er Jahren praktizierten Pränataldiagnostik (PND) und neuerdings in Gestalt der seit dem Jahre 2011 auch in Deutschland im Prinzip erlaubten Präimplantationsdiagnostik (PID) hat sich eine Art genetischer „Qualitätskontrolle“ etabliert, die zu einer eugenischen Selektion „von unten“ führen wird, das heißt zu einer nicht vom Staat verordneten, sondern scheinbar individuell betriebenen Bekämpfung von Krankheit durch die medizinisch assistierte Tötung ungeborener Kranker, Behinderter, potenziell Kranker oder potenziell Behinderter.¹²⁹

Der Gesundheitsbegriff innerhalb eines Medizinsystems, in dem Patienten zu anspruchsvollen Kunden, Ärzte zu eifrigen Dienstleistern und Krankenhäuser zu Profit-Centern werden, ändert sich auf nachhaltige Weise. Nicht mehr die individuellen Normen der Hippokratischen Ärzte und ihrer Patienten sind heute für die Vorstellung einer perfekten Gesundheit maßgebend, sondern die Erreichung eines optimierten Zustandes, der besser sein soll als der jeweils vorgefundene biologische Status. *Enhancement* heißt hier das aktuelle Schlagwort, das solche medizinischen Interventionen charakterisiert, die jenseits des klassischen Therapiespektrums angesiedelt sind. Dazu gehören chirurgische Eingriffe zur Verwirklichung kultureller oder individueller Schönheitsideale, pharmakologische Manipulationen zur Herstellung größerer Leistungsfähigkeit oder höherer Anpasstheit in Schule und Beruf, und vielleicht eben eines Tages gentechnische Interventionen zur Erzeugung bestimmter psychischer oder körperlicher Merkmale, die den Betroffenen näher an ein kulturell vermitteltes Idealbild heranzuführen.

Auch am Lebensende zeigt sich ein neues, furchterregendes Bild vom Menschen, das unter dem Stichwort *Humanität* geradezu deren Gegenteil zu fördern scheint. Nicht nur in Deutschland beobachten wir eine Tendenz, der zufolge das Selbstbestimmungsrecht von Patientinnen und Patienten in medizinethischen Debatten mit immer größerer Ausschließlichkeit gerade beim Sterben in den Vordergrund

129 Bauer (2002d).

rückt. Wenn die immer wieder eingeforderte „Autonomie“ des Patienten zunehmend an die Stelle der Würde des Menschen zu treten scheint und schließlich zum alleinigen Maßstab ärztlichen Handelns wird, dann hat dies nichts mehr mit einem partnerschaftlich verstandenen Heilauftrag des Arztes zu tun, sondern vielmehr mit der leichtfertigen Preisgabe der zentralen Fürsorgepflicht für das Leben kranker Menschen.¹³⁰ Man gewinnt den Eindruck, dass Selbstbestimmung in der Medizin zu identifizieren sei mit einem moralischen Recht auf den selbst bestimmten Todeszeitpunkt. Eine solche Verkürzung der Selbstbestimmung auf Therapieabbruch, ärztliche Suizidassistenz oder gar eine legalisierte Tötung auf Verlangen käme jedoch einer Pervertierung dieses Begriffs gleich.

Bei aller Kritik an derartigen Entwicklungen muss uns jedoch klar sein, dass der Gesundheitsbegriff seiner Natur nach normativ ist, weshalb er im Lauf der Geschichte auf veränderte Wertvorstellungen flexibel reagierte und seine jeweiligen konkreten Bedeutungen wandelte. Gesundheit ist tatsächlich keine starre biologische, sondern eine im historischen Kontext sich verändernde soziale Kategorie, die auf gesellschaftliche Einflüsse sehr empfindlich reagiert.

Was ist der Mensch? Aporien der medizinischen Anthropologie

Die biowissenschaftlich fundierte Medizin der Gegenwart ist nicht gesundheitsorientiert, sondern sie agiert krankheitsbezogen, wobei die zunehmenden Möglichkeiten der Erkennung genetischer Krankheitsdispositionen dazu führen, dass sich immer mehr Menschen ängstigen und ärztlichen Beistand suchen, obwohl sie noch gar nicht von Symptomen betroffen sind.¹³¹ Gleichzeitig wandelt sich die Medizin von einer karitativen sozialen Institution zu einer profitorientierten Wachstumsbranche, die Konsum fördernd und angeblich am Kunden, in Wirklichkeit am Profit orientiert arbeitet. Gesundheitliches *Enhancement* einschließlich chirurgischer Psychotherapie (etwa im Falle der operativen Behandlung von Transsexualität) soll die Berufs-, Liebes- und Lebenschancen der Menschen verbessern. Körperdesign ist ein Teil der Alltagskultur geworden. Und wo die Kunst der biologischen Körperverjüngung endgültig versagt, da ist möglichst rasches, als „autonom“ deklariertes Sterben erwünscht.

130 Vgl. Geitner (2011).

131 Die prozedural bedingte epistemische Neukonstruktion des menschlichen Körpers in der klinischen Medizin beschreibt zum Beispiel Hirschauer (1996) am Beispiel einer Narkoseeinleitung durch den Anästhesisten.

„Gesundheit ist ein hohes Gut, aber sie ist keine Ware – Ärzte sind keine Anbieter, Patienten keine Kunden. Die medizinische Versorgung darf nicht auf eine Dienstleistung reduziert werden“. Mit diesen eindringlichen Worten mahnte am 18. Mai 2004 der am Ende seiner Amtszeit stehende damalige Bundespräsident Johannes Rau (1931-2006) in der Eröffnungsrede zum 107. Deutschen Ärztetag in Bremen.¹³² Gegenwärtig sieht es allerdings nicht so aus, als ob dem gesundheitspolitischen Vermächtnis des ehemaligen Staatsoberhauptes Gehör geschenkt würde. Im Rahmen einer Wirtschaftsordnung, die den freien Markt kritiklos favorisiert, ist es logisch konsequent, dass auch die normativen Konzepte von Gesundheit und Krankheit dem Kräftespiel von Angebot und Nachfrage angepasst werden. Die medizinische Anthropologie hat sich auf das Bild vom *Homo oeconomicus* reduziert. Es wäre eigentlich eine genuine Aufgabe gerade der beiden großen christlichen Konfessionen, in diesen Chor aus kommerziell gespeisten Interessen, die bisweilen unter der Maske der Menschenfreundlichkeit auftreten, nicht mit einzustimmen, sondern einen unüberhörbaren Kontrapunkt gegen sie zu setzen.

7 Möglichkeiten, Perspektiven und ethische Probleme der „High-Tech-Medizin“¹³³

Zunächst einmal soll definiert werden, was im Folgenden mit *High-Tech-Medizin* gemeint ist. Es geht dabei um eine Medizin, die zunehmend von technischen Entwicklungen durchdrungen und beherrscht wird. Wer die moderne Medizin verstehen will, muss ihre Geräte kennen. High-Tech-Geräte verfügen über ein implementiertes Wissen, für das nicht allein Ärzte, sondern auch Informatiker, Ingenieure, Naturwissenschaftler und Repräsentanten der entsprechenden Industrieunternehmen verantwortlich zeichnen. Dabei sind es vor allem drei Schlüsseltechnologien, die hier wichtig werden: 1. die Biophysik einschließlich der Experimentellen Chirurgie, 2. die Molekularbiologie und 3. die Informatik. Den beiden zuerst genannten Bereichen soll im Folgenden unsere besondere Aufmerksamkeit gelten.

Die zunehmende Bedeutung der Biophysik und der Experimentellen Chirurgie für die Medizin des 20. und 21. Jahrhunderts lässt sich vom einfachen Röntgenge-

132 Rede von Bundespräsident Johannes Rau beim 107. Deutschen Ärztetag am 18. Mai 2004 in Bremen. http://www.bundespraesident.de/SharedDocs/Reden/DE/Johannes-Rau/Reden/2004/05/20040518_Redde.html (Stand: 24.4.2016).

133 Diesem Kapitel liegt ein Impulsreferat zur Podiumsdiskussion *Bioethik* in der Heidelberger Akademie für Ältere am 26. Juni 1995 zu Grunde.

rät und dem EKG über den Ultraschall und die Computertomographie bis hin zur modernen Positronen-Emissions-Tomographie (PET) im Bereich der Diagnostik beziehungsweise bis zur urologischen Laserbehandlung, der Titan-Hüft-Endoprothetik oder der Lebertransplantation im Bereich der Therapie eindrucksvoll dokumentieren. Die mit diesen und anderen Verfahren hinzugewonnenen Möglichkeiten liegen einerseits in einer präziseren Diagnostik, andererseits in einer zielgenaueren Therapie. Verglichen mit herkömmlichen Behandlungsmethoden entstehen allerdings – und hier beginnt bereits ein erhebliches medizinethisches Problem – zum Teil enorme Kosten: Im Jahre 1995 arbeiteten in der Bundesrepublik beispielsweise 12 Zentren, die einen Positronen-Emissions-Tomographen inklusive Radiopharmazie-Labor betrieben. Der Anschaffungspreis pro Einheit betrug rund 5 Millionen Euro. Ein Kunstherz kostete zu diesem Zeitpunkt etwa 150.000 Euro, eine Herztransplantation immerhin 50.000 Euro. Wer aber soll bestimmen, wann welche der begrenzten finanziellen Ressourcen wofür ausgegeben werden?

Noch wesentlich invasiver und in seinen langfristigen Folgen schwieriger einzuschätzen ist der Zugriff von Molekularbiologie und Gentechnologie auf den menschlichen Körper und dessen materielle wie seelische Integrität. Als paradigmatische Anwendungsfelder seien genannt einerseits die segensreiche gentechnologische Massenproduktion therapeutisch wichtiger Eiweißstoffe wie im Falle des Peptidhormons Insulin, andererseits die ethisch eher problembeladenen Themen Entschlüsselung des menschlichen Genoms, somatische Gentherapie und Keimbahntherapie. Das Ziel, bis zum Jahr 2000 das gesamte menschliche Erbmateriale zu sequenzieren, schien 1995 erreichbar. Damit – so glaubte man – würden genterapeutische Eingriffe bei schweren Erbkrankheiten ebenso möglich wie eine umfassende vorgeburtliche genetische Untersuchung, durch die man sämtliche vererbten „Risikofaktoren“ eines Menschen schon beim Embryo diagnostizieren könnte. Man sah schon zu diesem Zeitpunkt eine realistische Wahrscheinlichkeit dafür, dass Kinder mit „unerwünschten“ Genen im 21. Jahrhundert gar nicht mehr zur Welt kommen würden.

Am Beispiel der *Chorea Huntington* soll dieses Problem nun illustriert werden. Diese schwere Nervenerkrankung bricht meist zwischen dem 30. und 50. Lebensjahr aus und endet nach einigen Jahren tödlich; vererbt wird sie autosomal-dominant durch eine Unregelmäßigkeit auf dem Chromosom Nr. 4. Wer das veränderte Gen hat, wird später mit praktisch absoluter Sicherheit auch krank. Wenn ein Elternteil die entsprechende Erbanlage aufweist, so beträgt das Erkrankungsrisiko eines Kindes 50 Prozent. Schon seit 1993 ließ sich durch einen Gentest lange vor Ausbruch der Erkrankung zweifelsfrei ermitteln, ob jemand Träger des erblichen Defekts ist oder nicht. Würde man erreichen, dass sämtliche Merkmalsträger auf

Nachkommen verzichten, so wäre diese Krankheit innerhalb einer einzigen Generation vollständig und vermutlich für immer verschwunden.

Es gibt Molekularbiologen, aber auch Laien, die solche Vorschläge ernsthaft diskutieren, obwohl ja die meisten späteren Patienten in der Regel zunächst mindestens 30 Jahre lang beschwerdefrei leben, länger als Millionen hungernder Menschen in Afrika, Asien oder Lateinamerika. Wird man ihr Dasein künftig als „nicht lebenswert“ einstufen, ähnlich wie es während des Nationalsozialismus schon einmal geschehen ist? Und wird man derartige Überlegungen nur bei so relativ seltenen Erbkrankheiten anstellen? Werden wir nicht eher alle damit rechnen müssen, dass unter unseren vielen Tausend Genen jeweils mehrere gefunden werden, die ein erhöhtes Risiko für Arteriosklerose, Rheuma oder Krebs darstellen? Es ist anzunehmen, dass es dahin kommen wird. Erneut könnte sich dann jene während des Nationalsozialismus verwirklichte Dystopie anbahnen, welche die Ausrottung von Krankheiten durch die Ausrottung kranker Menschen erreichen wollte. Hierzu wäre nicht einmal ein diktatorisches oder anderweitig autoritäres Staatssystem erforderlich, es genügte schon die westliche Ideologie des marktwirtschaftlichen Utilitarismus und das Streben nach maximaler Effizienz bei gleichzeitiger Kostenminimierung. In diesem von ökonomischen Interessen gesteuerten Denken taucht der einzelne Mensch hauptsächlich noch als „Humankapital“ auf, das es ertragreich anzulegen gilt. Wenn die molekularen Krankheitsfaktoren aufgeklärt sind – so hoffen die Befürworter – dann eröffnet sich der Weg in neue Strategien mit weitreichenden Möglichkeiten für die Vorbeugung, Erkennung und Behandlung von Krankheiten.

Doch auch hier bleibt Nüchternheit das Gebot der Stunde: Eine im April 1995 in Berlin abgehaltene Tagung geriet zur selbstkritischen Bestandsaufnahme der Genmediziner. Längst verfolgt war damals unter den Experten die Hoffnung auf schnelle Erfolge im Kampf gegen Krebs, Morbus Alzheimer oder Erbkrankheiten. Kaum eine neue Technologie, so meinte der amerikanische Experte Inder Verma (*1947) aus San Diego (Kalifornien), habe bei so vielen Menschen „unrealistische Erwartungen erzeugt“ wie die Gentherapie. Speziell die Technik der Genübertragung in die Körperzellen von Patienten war noch nicht befriedigend entwickelt. Andererseits gab es die Überzeugung, dass um 2030 ein großer Prozentsatz genterapeutischer Medikamente eingesetzt werden würde. Schon 1995 konnte eine amerikanische Arbeitsgruppe um Jeffrey Leiden (*1955) an der University of Chicago im Tierversuch mithilfe genmanipulierter Viren das krankhafte Wuchern von Gefäßmuskelzellen stoppen und auf diese Weise die Arteriosklerose bremsen. Dennoch stellte der deutsche Pharmakologe Detlev Ganten (*1941) schon zu diesem Zeitpunkt fest: „Die Gentherapie ist immer noch eine enttäuschend wenig wirksame Form der Behandlung“. Bislang sei kein Mensch geheilt worden. Das *Deutsche Ärz-*

teblatt vermutete in seiner Ausgabe vom 16. Juni 1995 handfeste finanzielle Motive hinter der großen Zahl von Studien zur Gentherapie: Fast alle der führenden Köpfe des Feldes arbeiteten mehr oder weniger offen mit Biotechnologie-Unternehmen zusammen oder besäßen sogar deren Aktien.¹³⁴

Die bisher genannten Verfahren betreffen lediglich die Manipulation von Körperzellen eines einzelnen Individuums; die neu erzeugten Eigenschaften würden dabei jedoch nicht vererbt. Hereditäre Veränderungen des menschlichen Erbmateri als würden nur möglich durch direkte Eingriffe in die menschlichen Ei- beziehungsweise Samenzelle. Artikel 16 der Bioethik-Konvention des Europarats verbietet solche Manipulationen der Keimbahn zwar ausdrücklich, doch wird in der entsprechenden Erläuterung bereits angemerkt, dass dieses Verbot im Licht neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse später einmal gelockert werden könnte. Keimbahneingriffe bedeuten im Extremfall eine evolutionäre Veränderung der menschlichen Spezies.

Hier muss die Frage gestellt werden, wer hier mit welchen Zielen welche Veränderungen vornehmen will. Wird man sich mit der vorgeblich menschenfreundlichen Korrektur erblicher „Krankheitsgene“ begnügen, oder werden vielleicht gänzlich neue Eigenschaften herangezüchtet werden, die im Interesse der sicher zahlungskräftigen Auftraggeber liegen, wie zum Beispiel eine erhöhte Widerstandskraft gegen Umweltgifte bei bestimmten Arbeitnehmern oder ein erwünschtes psychisches Verhaltensmuster wie etwa Aggressionshemmung? Solche Szenarien erscheinen keineswegs als utopisch. Man muss vielmehr die Frage stellen, wie unsere Gesellschaft auf derartige Entwicklungen beizeiten politisch reagieren soll. Lediglich moralische Entrüstung zu zeigen, wird hier niemandem etwas nützen.

Schon am Ende des 19. Jahrhunderts gab es in der Medizin riskante Menschenversuche: Als der Entdecker des Tuberkelbakteriums, Robert Koch (1843-1910), im Jahre 1890 die Entdeckung von Substanzen bekanntgab, die angeblich „das Wachstum der Tuberkelbacillen aufzuhalten im Stande“ seien, wurde diese Mitteilung von der Presse weltweit zu der Sensationsmeldung hochgespielt, Koch habe endlich ein wirksames Behandlungsverfahren gegen die Tuberkulose gefunden. Scharen von Patienten strömten in den folgenden Monaten nach Berlin, um sich von den Ärzten das vermeintliche Wundermittel spritzen zu lassen. Was Koch aber in Wahrheit entwickelt hatte, war das *Tuberkulin*, eine Substanz, die später zwar als Diagnostikum, nicht jedoch als Heilmittel berühmt wurde. Die auf jene anfängliche Euphorie alsbald folgende Ernüchterung und Enttäuschung führte im Mai 1891 sogar im Preußischen Abgeordnetenhaus zu einer Debatte über das Tuberkulin. Gleichwohl genehmigte das Parlament damals die Finanzmittel für das neue Institut für Infektionskrankheiten, dessen Direktor Robert Koch wurde.

134 Koch (1995), S. A1752.

Weniger glücklich endete kurz darauf der Fall des Ärztlichen Direktors der Breslauer Hautklinik, Albert Neisser (1855-1916), der 1892 eine angebliche Schutzimpfung gegen die Syphilis an 8 gesunden jungen Mädchen getestet hatte. Wider Erwarten erkrankten in der Folge 4 Mädchen an Syphilis, von einem Impfschutz konnte also keine Rede sein. Neissers Versuche wurden zweimal im Preußischen Abgeordnetenhaus erörtert, sie bildeten außerdem den Anlass für ein Ermittlungsverfahren gegen den Klinikdirektor, das allerdings 1899 wegen Verjährung eingestellt werden musste. Im anschließenden Disziplinarverfahren erhielt Neisser einen Verweis und musste eine Geldbuße entrichten, weil er seine Versuche ohne die Zustimmung der Patientinnen durchgeführt hatte.

Sowohl im Fall des Koch'schen Tuberkulins als auch im Fall Neisser waren Zwischenergebnisse der Grundlagenforschung voreilig in klinische Anwendungen überführt worden; erst Menschenversuche hatten die Unrichtigkeit der wissenschaftlichen Annahmen bewiesen. Übersteigter Ehrgeiz der beteiligten Wissenschaftler sowie der von Politikern und Öffentlichkeit angeheizte Erfolgsdruck, der messbare praktische Leistungen der teuren Forschung notwendig erscheinen ließ, brachten durch solche Fehlschläge schon damals pauschal die naturwissenschaftliche Medizin in Verruf.¹³⁵

Knapp fünfzig Jahre später waren es dann hochrangige Ärzte der SS, die während des Nationalsozialismus in deutschen Konzentrationslagern an wehrlosen Häftlingen grausame Humanexperimente durchführten, die als „kriegswichtige Forschung“ galten: Die Unterdruck- und Unterkühlungsversuche, Versuche zur Trinkbarmachung von Meerwasser, Fleckfieber-Impfstoff-Versuche, Knochen transplantationsversuche und Experimente mit bakteriellen Keimen gehören ohne Zweifel zu den schlimmsten Verbrechen, die von Ärzten jemals begangen worden sind.

Die Chancen, aber auch die Gefahren der heutigen und der künftigen biotechnischen Medizin sind indes unvergleichlich größer als vor 75 oder gar vor 125 Jahren, und sie werden mit hoher Wahrscheinlichkeit zum Einsatz kommen, weil dies in der Logik der Wissenschaft und gewinnorientierter ökonomischer Interessen liegt. Entscheidend werden hier der gesellschaftliche Konsens und die jeweils dominanten politischen Ziele sein.

Wir haben uns inzwischen weit von jenem beschaulich-individualistischen Bild der Medizin entfernt, das der griechische Arzt Hippokrates (460-377 v. Chr.) vor 2400 Jahren noch vor Augen hatte, als er schrieb: „Unsere Kunst umfasst dreierlei: die Krankheit, den Kranken und den Arzt. Der Arzt ist der Diener der Kunst. Der Kranke muss gemeinsam mit dem Arzt der Krankheit widerstehen“ (Epidemien I, 11). Die Kunst, griechisch *Téchne*, hat in Form der hier beschriebenen Technolo-

135 Bauer (1989a).

gien inzwischen gigantische Dimensionen angenommen, und der Arzt steht heute in der Gefahr, tatsächlich zum Diener der Technik zu werden, auf einem Schiff, dessen Kurs für ihn und die meisten von uns im Dunkeln liegt.

8 Stecken wir in einer Globalisierungsfalle? Medizinischer Fortschritt, Bioethik und Biopolitik im europäischen Kontext¹³⁶

Konrad Adenauer und die Idee einer europäischen Union

Die folgenden Überlegungen zur Bioethik und Biopolitik in der globalisierten Welt sollen mit einem Exkurs in die Frühgeschichte der bundesdeutschen Außenpolitik beginnen. Es geht dabei um den ersten Zusammenschluss europäischer Staaten zu einer ständigen politischen Institution, nämlich den Europarat. Am 3. August 1949 waren die von zehn europäischen Staaten – Belgien, Dänemark, Frankreich, Großbritannien, Irland, Italien, Luxemburg, Niederlande, Norwegen und Schweden – unterzeichneten Statuten des Europarates in Kraft getreten. Sie nannten als Ziel die Erreichung einer größeren politischen Einheit zur Verwirklichung der Ideale und Grundsätze des gemeinsamen europäischen Erbes und die Förderung des wirtschaftlichen und sozialen Fortschritts.¹³⁷

Bereits im Frühsommer 1950 setzte sich Bundeskanzler Konrad Adenauer (1876-1967) für einen Beitritt der Bundesrepublik Deutschland in den Europarat ein. Am 13. Juni 1950 gab Adenauer vor dem Deutschen Bundestag eine Regierungserklärung ab, der eine Debatte und eine Abstimmung folgten.¹³⁸ Die SPD hatte auf ihrem Hamburger Parteitag im Mai 1950 eine ablehnende Haltung zum Beitritt der Bundesrepublik in den Europarat signalisiert. Dem Bundeskanzler lag aber daran, auch die SPD-Fraktion für eine Zustimmung zum Antrag der Bundesregierung zu gewinnen.¹³⁹ Adenauer konnte sich sogar auf den belgischen Sozialisten Paul Henri Spaak (1899-1972) berufen, der von 1947 bis 1949 Ministerpräsident seines Landes

136 Bei diesem Kapitel handelt es sich um die aktualisierte Version eines Vortrags, der im Rahmen der Bildungsreise *Nationale Identität im Zeitalter der Globalisierung* des Bildungswerks Mainz der Konrad-Adenauer-Stiftung am 6. Juni 2002 in Cadenabbia am Comer See gehalten wurde.

137 Adenauer (1965), S. 317.

138 Adenauer (1965), S. 337.

139 Adenauer (1965), S. 339.

gewesen war und der nun den Internationalen Rat der Europäischen Bewegung leitete. Am 11. Juni 1950, also zwei Tage vor Adenauers Regierungserklärung, hatte Spaak in Dortmund auf einer Großkundgebung gesagt, Europa habe seit Jahren von der Wohltätigkeit Amerikas gelebt. Damit aber könne man keine europäische Politik treiben. Europa gehe auf lange Sicht gesehen dem Untergang entgegen, wenn es nicht die Chance der europäischen Zusammenarbeit ergreife. Deutschland müsse eine Rolle in diesem „europäischen Konzert“ spielen. Es wäre, so Spaak weiter, ein schwerer Schlag für den Europagedanken, wenn Deutschland dem Europarat nicht beiträte. An die deutschen Sozialdemokraten stellte der belgische Sozialist die Frage: „Wie wollt ihr denn das Europaproblem und vor allem die Frage des Deutschen Ostens lösen, wenn ihr außerhalb Europas steht?“ Ein deutscher Beitritt bedeute weder den Verzicht auf das Saarland noch auf die Gebiete östlich von Oder und Neiße.¹⁴⁰ Das aber waren tatsächlich die Befürchtungen der SPD.

Am Schluss seiner Regierungserklärung wies Konrad Adenauer eindringlich auf die Bedeutung der anstehenden Bundestagsentscheidung hin: Das Ziel der Bundesregierung auf außenpolitischem Gebiet sei von Anfang an gewesen, Deutschland gleich berechtigt und gleich verpflichtet in die Gemeinschaft der Völker einzuführen. Dieser Weg sei deshalb besonders schwer, weil es in Folge der Spannungen zwischen den beiden großen Mächtegruppen bis dato noch nicht zu einer Friedensregelung kommen konnte. Es sei trotzdem gelungen, wesentliche Etappen auf diesem Wege zu erreichen. Der Europarat sei ein erster Versuch, Westeuropa zu einer Föderation zusammenzufassen. Alle seien sich darüber klar, dass der Versuch, eine europäische Föderation herbeizuführen, gescheitert sei, wenn sich die Bundesrepublik nicht am Europarat beteilige. Eine Zusammenfassung der europäischen Länder sei absolut notwendig. Nur so werde Westeuropa befähigt, dem „Druck vom Osten her“ Widerstand zu leisten.¹⁴¹ Am 15. Juni 1950 erfolgte die Abstimmung über das Gesetz zum Beitritt der Bundesrepublik Deutschland in den Europarat. Die Abgeordneten der CDU/CSU, der FDP und der DP stimmten mit Ja. Die Abgeordneten der SPD und der KPD stimmten mit Nein. Das Gesetz wurde mit 220 gegen 152 Stimmen angenommen.¹⁴²

Konrad Adenauer war bekanntlich ein nüchterner, nicht zu pathetischer Schwärmerie neigender Realpolitiker. Auch die Frage des Beitritts der Bundesrepublik zum Europarat hatte für ihn zunächst einen realpolitischen Aspekt im Hinblick auf die Außenpolitik. Die strikte Westintegration der jungen und noch keineswegs

140 Kölnische Rundschau vom 12.6.1950 sowie Meldungen von AP, dpa und UPI, zitiert nach Adenauer (1965), S. 339-340.

141 Adenauer (1965), S. 340.

142 Adenauer (1965), S. 340.

stabilen deutschen Nachkriegsdemokratie sollte die Bundesrepublik zum verlässlichen Partner einer starken internationalen Gemeinschaft machen, die sich gegen den sowjetischen Kommunismus abzugrenzen wusste. Zugleich stand aber für den Bundeskanzler hinter dem Europagedanken von Anfang an mehr als nur die pragmatische Zielvorstellung, die Bundesrepublik müsse sich in der Westintegration bewähren, um auf diese Weise allmählich wieder in den Kreis der souveränen Nationen als ein gleichberechtigtes Mitglied eintreten zu dürfen. Der von Adenauer erhoffte politische Widerstand gegen den „Druck vom Osten“ konnte sich dauerhaft und nachhaltig nur dann entfalten, wenn es gelingen würde, den demokratischen Westen Europas als eine geistige und moralische Einheit zu präsentieren, die über genügend intellektuelle Strahlkraft und emotionale Integrationsfähigkeit verfügen musste, um der kollektivistischen Ideologie des Kommunismus eine freiheitliche Alternative gegenüberstellen zu können, in welcher der Staatsbürger als menschliches Individuum die zentrale Rolle spielen sollte.

Dieses doppelte Ziel der Europapolitik beschrieb Adenauer am 8. April 1953 während seiner ersten Reise in die USA bei einem ihm zu Ehren gegebenen Frühstück im Washingtoner *National Press Club*. Hier legte der Bundeskanzler vor den Vertretern der amerikanischen Presse seine Gedanken über die Lage der Bundesrepublik Deutschland und über die allgemeine Weltsituation dar. Mit Blick auf die europäische Einigung sagte er dabei wörtlich: „Die Entwicklung hin zu einer europäischen Union ist nicht nur wegen der aus dem Osten drohenden Gefahr notwendig, ich halte die europäische Union auch deswegen für gut und wünschenswert, weil sie neue schöpferische Kräfte, die noch durch unser Erbe an Furcht und Mißtrauen gehemmt sind, freimachen wird. Die europäische Union wird den Weg ebnen zu einer produktiven kulturellen Entwicklung, zu einem sozialen Wohlergehen für alle und für eine dauernde Gewähr von Frieden und Freiheit.“¹⁴³

Auch heute sind diese Worte des ersten Bundeskanzlers noch immer richtig, wenngleich sie einer adäquaten Fortschreibung für die Gegenwart bedürfen. Seit dem wirtschaftlichen und politischen Zusammenbruch des Kommunismus am Ende der 1980er Jahre und der dadurch erst möglich gewordenen Vollendung der deutschen Einheit im Herbst 1990 steht aus dem von Adenauer so bezeichneten „Osten“ derzeit keine politische Bedrohung zu befürchten. Umso mehr wäre jetzt eigentlich die Zeit gekommen, um die von ihm angesprochenen „schöpferischen Kräfte“ in und für Europa freizusetzen. Doch gerade angesichts der nunmehr fehlenden kommunistischen Drohkulisse scheinen diese kreativen Impulse eher zu erlahmen anstatt sich zu entfalten. Die europäische Einigung wird inzwischen von nicht wenigen Bürgerinnen und Bürgern eher als eine lästige Pflicht denn

143 Adenauer (1965), S. 582 und S. 584.

als eine politische Herzensangelegenheit empfunden. Nicht selten wird sogar die Befürchtung artikuliert, unser Land könnte – gleichsam als unerwünschte Nebenfolge einer verstärkten europäischen Integration im Verbund mit einer weltweit vernetzten Ökonomie – in eine Art „Globalisierungsfalle“ geraten, wobei jedwede landesspezifische Besonderheit nivelliert und durch eine von Brüssel oder Straßburg aus gelenkte „Eurokratie“ ersetzt werden würde. Auch im Bereich der Bioethik und der neuerdings sogenannten Biopolitik wird immer öfter die Frage aufgeworfen, ob es im Zeitalter der Globalisierung denn überhaupt noch möglich sein werde, nationale Identität und kulturelle Spezifität im Hinblick auf die Konzeption moralischer Normen zu bewahren. Anschauliche Beispiele für diese Zweifel lieferten mehrere biopolitische Streitfragen zu Beginn der 2000er Jahre in ausreichender Zahl. Es seien vier Themenkomplexe genannt, die im Jahre 2002 eine Rolle spielten:

1. Der Disput über das Menschenrechtsübereinkommen des Europarates zur Biomedizin (MRB) einschließlich des Entwurfs eines Zusatzprotokolls über biomedizinische Forschung.
2. Die damals nicht erfolgte Umsetzung der EU-Biopatentrichtlinie in deutsches Recht.
3. Die ethische und rechtliche Diskussion über Herstellung und Import menschlicher embryonaler Stammzellen sowie über das sogenannte therapeutische Klonen.
4. Der Streit um die ethische und verfassungsrechtliche Vertretbarkeit der Präimplantationsdiagnostik (PID).

Im Folgenden sollen die hier aufgezählten Problemkreise im Einzelnen erläutert werden, wobei die Leitfrage nach den Bedingungen der Möglichkeit nationaler Identität in der Ära biopolitischer Globalisierung zu bedenken ist.

Das Menschenrechtsübereinkommen des Europarates zur Biomedizin (MRB)

Betrachten wir zunächst das Menschenrechtsübereinkommen des Europarates zur Biomedizin (MRB), das am 26. September 1996 von der Parlamentarischen Versammlung des Europarates mit großer Mehrheit gebilligt und am 19. November 1996 vom Ministerkomitee des Europarates einmütig verabschiedet worden war.¹⁴⁴ Am

¹⁴⁴ Deutsche Übersetzung: *Übereinkommen zum Schutz der Menschenrechte und der Menschenwürde im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und Medizin*. Offizieller englischer Titel: *Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the*

4. April 1997 wurde der Text im spanischen Oviedo zur Unterschrift aufgelegt. Bis Juni 2002 hatten 30 der 43 Mitgliedsstaaten des Europarates das MRB unterzeichnet, darunter 10 der 15 Staaten der Europäischen Gemeinschaft. Die Bundesrepublik Deutschland gehörte nicht zu den Unterzeichnerinnen.¹⁴⁵ Das MRB war nämlich in Deutschland zunächst heftig umstritten, und die in dieser Kontroverse zum Ausdruck kommenden Unterschiede in seiner Bewertung konnten nicht aufgelöst werden. Vor allem befürchteten die Gegner eines deutschen Beitritts zum MRB, dass dieser Schritt für das deutsche Recht erhebliche Rückschritte im Schutz von Patienten und Probanden bei medizinischen Versuchen zur Folge haben würde.

Bei näherem Zusehen zeigt sich allerdings, dass diese Befürchtungen weitgehend unbegründet waren. Man kann sogar eher die gegenteilige Auffassung vertreten: Durch den Beitritt zum Übereinkommen hätte sich die rechtliche Situation in Deutschland zum Teil sogar verbessert.¹⁴⁶ Das MRB sollte schließlich nur einen rechtlichen Mindestschutz gewährleisten. Die Mitgliedsstaaten des Europarates werden nicht daran gehindert, das Schutzniveau für ihren nationalen Bereich höher als im Übereinkommen anzusetzen. Die Vertragsstaaten dürfen nach Artikel 27 ausdrücklich einen über das MRB hinausgehenden Schutz gewähren. Damit eine Sogwirkung nicht möglich ist, enthält Artikel 27 einen Auslegungsimperativ. Danach darf das Übereinkommen nicht so interpretiert werden, als beschränke oder beeinträchtige es die Möglichkeit einer Vertragspartei, einen weiter gehenden Schutz zu gewähren.

Im Übrigen festigt das MRB durch verschiedene Vorschriften deutlich jenes Schutzniveau, das durch andere Regelwerke begründet wird. Nach Artikel 4 muss zum Beispiel jede Intervention im Gesundheitsbereich einschließlich der Forschung nach den einschlägigen Rechtsvorschriften, Berufspflichten und Verhaltensregeln erfolgen. Damit wird auf konkurrierende Regeln des nationalen und internationalen Berufs- und Standesrechts einschließlich berufsethischer Regeln verwiesen. Es wird ihnen faktisch immer dann der Vorrang vor dem Übereinkommen eingeräumt, wenn sie einen weiter gehenden Schutz der Patienten beziehungsweise Probanden gewähren. Damit werden zum Beispiel auch die internationalen Deklarationen des Weltärztebundes zum Bestandteil des Mindestschutzniveaus gemacht, sofern sie nicht hinter dem Schutz zurückbleiben, den das Übereinkommen selbst gewährt.

Es ist viel kritisiert worden, das MRB lasse zu viele Fragen unregelt und bleibe bei den geregelten Fragen zu unbestimmt. Dazu ist aber auf die unterschiedliche

Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine. Siehe dazu Council of Europe (1997).

145 Taupitz (2002), S. 1.

146 Taupitz (1998).

Gesetzgebungstechnik in den einzelnen Ländern hinzuweisen. Vor allem im englischen Recht wird traditionell nicht umfassend und abstrakt kodifiziert, sondern punktuell, auf den Einzelfall bezogen und fragmentarisch. Demgegenüber ist das kontinentaleuropäische Recht stärker vom Bedürfnis nach Vollständigkeit und abstrakter Regelbildung geprägt. Ein internationales Übereinkommen musste diesen Unterschieden Rechnung tragen. Erhebliche Teile der Unbestimmtheit des Abkommens sind zudem durch die Technik der Rahmenkonvention mit Zusatzprotokollen bedingt. Diese Technik ist völkerrechtlich üblich. Man beschränkt sich zunächst auf relativ abstrakt gefasste Dachnormen, die erst später durch separat zu ratifizierende Protokolle mit festen Regeln präzisiert werden. In diesen Zusatzprotokollen fallen dann häufig erst die eigentlich wichtigen Entscheidungen. Ein Staat kann ein solches Zusatzprotokoll aber nur dann unterzeichnen, wenn er zuvor auch das Übereinkommen selbst unterschrieben und ratifiziert hat.

Deshalb konnte Deutschland auch dem bereits vereinbarten Zusatzprotokoll über das Verbot des Klonens von menschlichen Lebewesen nicht beitreten. Am 12. Januar 1998 beschloss der Europarat nämlich in Paris ein Verbot des reproduktiven Klonens von Menschen. 19 der 40 Mitgliedsländer unterzeichneten an diesem Tag ein Protokoll, das als erstes international verbindliches Rechtsdokument jede Intervention untersagte, die darauf abzielt, ein menschliches Wesen zu schaffen, das mit einem anderen menschlichen Wesen, sei es lebendig oder tot, genetisch identisch ist.¹⁴⁷ Das Protokoll verpflichtet die Unterzeichnerstaaten, ein Klonverbot in ihre nationale Gesetzgebung aufzunehmen. Die Instrumentalisierung durch die gezielte Schaffung genetisch identischer Menschen sei der Menschenwürde entgegengesetzt und bedeute somit einen Missbrauch von Biologie und Medizin. Außerdem gelte es, die ernsthaften Schwierigkeiten medizinischer, psychologischer und sozialer Art zu bedenken, die eine solche gezielte biomedizinische Praxis für alle betroffenen Individuen bedeuten könnte.¹⁴⁸ Die Bundesrepublik Deutschland, Österreich und die Schweiz konnten den Text jedoch nicht unterzeichnen, weil sie das MRB, das durch das Protokoll ergänzt wurde, nicht unterschrieben hatten.¹⁴⁹ Der damalige französische Staatspräsident Jacques Chirac (*1932) unterstrich die Notwendigkeit, bei ethischen Fragen weltweit zusammenzuarbeiten: „Es nützt nichts,

147 Additional Protocol, Article 1, 1. Council of Europe (1998).

148 Additional Protocol, Einleitung: “Considering however that the instrumentalisation of human beings through the deliberate creation of genetically identical human beings is contrary to human dignity and thus constitutes a misuse of biology and medicine; considering also the serious difficulties of a medical, psychological and social nature that such a deliberate biomedical practice might imply for all the individuals involved”. Council of Europe (1998).

149 Zur Problematik des gesamten Abkommens vgl. Taupitz (1998).

bestimmte Praktiken in einem Land zu verbieten, wenn die Forscher und Mediziner sie anderswo weiter entwickeln können“, sagte er zur Eröffnung der Konferenz der nationalen Ethik-Komitees der Länder des Europarates in der französischen Hauptstadt.¹⁵⁰ Chirac bezog sich dabei auf den amerikanischen Physiker Richard Seed (*1928), der kurz zuvor angekündigt hatte, Menschen reproduktiv klonen zu wollen. Heute – mehr als anderthalb Jahrzehnte später – weiß man, dass Seed nur ein Glücksritter auf dem medialen Schlachtfeld der Eitelkeiten war.

Zu den umstrittensten Regelungen des MRB gehörten die Bestimmungen zum Schutz nicht einwilligungsfähiger Patienten und Probanden bei wissenschaftlicher Forschung (Artikel 6 und 17). Das MRB lässt unter Einhaltung strenger Schutzbestimmungen die Einbeziehung nicht einwilligungsfähiger Personen auch in Forschungsvorhaben zu, die für den Betroffenen keinen unmittelbaren Vorteil erwarten lassen, wenn sich ein Vorteil für andere Personen gleichen Alters oder mit gleicher Krankheit erwarten lässt („fremdnützige“ Forschung). Nicht richtig ist die Argumentation, das Schutzniveau des Übereinkommens bezüglich der Forschung mit Nicht-Einwilligungsfähigen liege in jeder Hinsicht unter dem deutschen Standard. Denn nach dem deutschen Arzneimittelgesetz und nach dem Medizinproduktegesetz ist (abgesehen von Heilversuchen) unter bestimmten Voraussetzungen auch klinische Forschung an gesunden Minderjährigen zulässig, soweit es um die Prüfung von Diagnostika und Prophylaktika geht.

Das Schutzniveau im deutschen Recht war hier in mehrfacher Hinsicht niedriger: Eine mit Artikel 17 Absatz 2 Unterpunkt ii MRB vergleichbare Beschränkung auf Forschungsuntersuchungen mit „minimalem Risiko und minimaler Belastung“ für den Probanden fand sich in den deutschen Vorschriften nicht. Das deutsche Recht verlangte 2002 auch keine „wesentliche Erweiterung des wissenschaftlichen Verständnisses“, sondern begnügte sich vielmehr mit einer „vertretbaren Risiko-Nutzen-Abwägung.“¹⁵¹ Der Wille eines Minderjährigen wurde im deutschen Recht nur dann berücksichtigt, wenn dieser in der Lage war, Wesen, Bedeutung und Tragweite der klinischen Prüfung einzusehen und seinen Willen hiernach zu bestimmen; (nur) in einem solchen Fall wäre auch seine schriftliche Einwilligung erforderlich. Demgegenüber wäre nach Artikel 17 Absatz 1 Unterpunkt v MRB eine Ablehnung der betroffenen Person stets zu beachten.

150 Das Zusatzprotokoll zur Europäischen Bioethik-Konvention über das Verbot des Klonens menschlicher Lebewesen trat am 1.3.2001 völkerrechtlich in Kraft, nachdem es von 24 Ländern unterzeichnet und von 5 Länderparlamenten (Spanien, Griechenland, Georgien, Slowenien, Slowakei) ratifiziert worden war.

151 Artikel 17 Absatz 2 Unterpunkt i MRB. Council of Europe (1997).

Hinzu kommt, dass in Deutschland nicht jedes Forschungsvorhaben am Menschen spezialgesetzlichen Schutzbestimmungen unterliegt. Klinische Forschung wird auch außerhalb des Anwendungsbereichs des Arzneimittelgesetzes und des Medizinproduktegesetzes vorgenommen. Die rechtliche Beurteilung derartiger Forschung ist nach wie vor unklar und in höchstem Maße umstritten. Gerade hier hätte deshalb das Übereinkommen dazu beitragen können, auch in Deutschland klare Schutzstandards zu schaffen. Wie stimulierend dabei schon die Diskussion über das Abkommen wirkte, ergibt sich daraus, dass vonseiten der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (ZEKO) am 11. April 1997, nur eine Woche nach der Unterzeichnung des Menschenrechtsübereinkommens in Oviedo, erstmals für Deutschland allgemeine Mindestschutzregeln speziell zur Forschung an Nicht-Einwilligungsfähigen formuliert und im *Deutschen Ärzteblatt* veröffentlicht wurden.¹⁵² Diese Regeln stimmten in den wesentlichen Punkten mit den Regeln des MRB überein.

Auch in anderen Bereichen würde die Konvention eine Anpassung des deutschen Rechts im Sinne einer Präzisierung und Anhebung des Schutzniveaus erfordern. Eine im Vergleich zum deutschen Recht schärfere Regelung enthält zum Beispiel Artikel 22 MRB: „Wird bei einer Intervention ein Teil des menschlichen Körpers entnommen, so darf er nur zu dem Zweck aufbewahrt und verwendet werden, zu dem er entnommen worden ist; jede andere Verwendung setzt angemessene Informations- und Einwilligungsverfahren voraus.“ Eine derartige Regel fehlte im deutschen Recht. Die von Artikel 22 geregelte Problematik wurde von den deutschen Körperverletzungstatbeständen des Straf- und Zivilrechts lediglich dann erfasst, wenn die Einwilligung zur Entnahme erschlichen würde. Ein der Entnahme folgender Entschluss, die Substanz nun doch noch anderweitig zu verwenden, wirkte auf die Entnahme der Substanz und die dazu gegebene Einwilligung dagegen nicht zurück.¹⁵³ Unter diesem Blickwinkel hätte Artikel 22 MRB in Deutschland für größere Klarheit gesorgt.

In § 17 des Transplantationsgesetzes (TPG) vom 5. November 1997 hatte sich der deutsche Gesetzgeber erstmals ausdrücklich mit der Frage befasst, ob der menschliche Körper und seine Teile als solche zur Erzielung eines finanziellen Gewinns verwendet werden dürfen. Nach § 17 TPG ist es verboten, mit Organen, die einer Heilbehandlung zu dienen bestimmt sind, Handel zu treiben. Über den relativ engen Anwendungsbereich des Transplantationsgesetzes hinaus verbietet Artikel 21 MRB generell, den menschlichen Körper und seine Teile zur Erzielung

152 Vgl. die Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (1997).

153 Taupitz (1998).

eines finanziellen Gewinns zu verwenden. Das Abkommen führt damit über das deutsche Recht hinaus.

Am 18. Juli 2001 hatte der Lenkungsausschuss für Bioethik des Europarates den Entwurf eines weiteren Zusatzprotokolls zum MRB über biomedizinische Forschung erstellt und zusammen mit dem Entwurf eines erläuternden Berichts mit Datum vom 31. August 2001 zur öffentlichen Diskussion in den Mitgliedsstaaten frei gegeben.¹⁵⁴ Auch dieses Zusatzprotokoll konnte von der Bundesrepublik nicht unterzeichnet werden. Immerhin ließ das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) durch den Mannheimer Juristen Jochen Taupitz (*1953) ein ausführliches Gutachten erstellen, das den Entwurf des Forschungsprotokolls einer kritischen Würdigung hinsichtlich seiner Vereinbarkeit mit dem deutschen und europäischen Recht sowie mit dem Völkerrecht unterzog. Wenngleich der Gutachter zu dem Ergebnis kam, dass der Entwurf in mehrfacher Hinsicht modifizierungsbedürftig sei, so wurde dennoch auch die deutsche Binnendiskussion über die adäquaten rechtsethischen Rahmenbedingungen für medizinische Forschung durch die Auseinandersetzung mit dem vorgeschlagenen internationalen Regelwerk in wünschenswertem Sinne angeregt.

Die Biopatentrichtlinie der EU und das deutsche Biopatentgesetz

Ein weiteres Thema wurde seit dem Jahr 2000 in Deutschland kontrovers diskutiert, nämlich die Umsetzung der EU-Biopatentrichtlinie 98/44/EG vom 6. Juli 1998 in ein deutsches Gesetz. Die Bemühungen, die Patentierung von biologischen Stoffen und biowissenschaftlichen Erkenntnissen gesetzlich zu regeln, scheiterten damals an Unstimmigkeiten innerhalb der rot-grünen Bundesregierung. Das Thema war besonders bei den Wählern der Grünen sehr unpopulär.¹⁵⁵ Vertreter der Biotechnologie-Unternehmen forderten hingegen, die zugrunde liegende EU-Richtlinie rasch in deutsches Recht umzusetzen, um deutschen Forschern und Unternehmen Rechtssicherheit zu geben und die umfassende und einheitliche Patentierung biologischer Stoffe und wissenschaftlicher Erkenntnisse zu gewährleisten. Die damalige Bundesjustizministerin Herta Däubler-Gmelin (*1943) galt als Fürsprecherin einer raschen Umsetzung. Allerdings gab es auch Kritik vonseiten der Wirtschaft und der Wissenschaft an der EU-Richtlinie und dem geplanten deutschen Biopatentgesetz. So wurde bemängelt, dass der Patentschutz zu weit gehe, sobald ein Forscher eine

154 Taupitz (2002), S. 2.

155 Vgl. hier und im Folgenden Biopatentgesetz (2002).

einzelne Genfunktion entdeckt hätte. Das Patent würde sich nämlich nicht nur auf die konkrete Erfindung beziehen, sondern auf alle Genfunktionen, die später noch entdeckt werden. Darin könnte eine unzulässige Monopolisierung der genetischen Information liegen.¹⁵⁶

Die Schwierigkeiten mit der Umsetzung der EU-Biopatentrichtlinie in nationales Recht beschränkten sich aber nicht auf Deutschland. Auch in Frankreich gab es dieses Problem. Dort hatte die sozialistische Regierung grundsätzliche Bedenken gegen die Biopatentierung und gegen einen umfassenden Stoffschutz geltend gemacht. Der beim damaligen Präsidenten Jacques Chirac angesiedelte Nationale Ethikrat setzte sich ebenfalls kritisch mit der EU-Richtlinie auseinander. Trotz dieser in Deutschland wie Frankreich weiter offenen bioethischen Debatte gewährte jedoch das Europäische Patentamt in München Patentschutz. Das Amt entschied nämlich auf der Grundlage der EU-Richtlinie, da es nicht an nationale Gesetze gebunden war. So bestand tatsächlich die Gefahr, dass über das Europäische Patentamt länderspezifische Standards in der Bioethik ausgehöhlt und zur Makulatur gemacht würden. Der populäre Satz, in der globalisierten Gesellschaft werde die Ethik von der „Monetik“ dominiert, erhielt auf diese Weise eine gewisse Plausibilität.

Menschliche embryonale Stammzellen und „therapeutisches“ Klonen

Im Jahr 2001 wurde in Deutschland eine heftige Debatte um die ethische und rechtliche Vertretbarkeit des Imports von menschlichen embryonalen Stammzellen nach Deutschland zu Forschungszwecken geführt, die schließlich am 30. Januar 2002 ihren parlamentarischen Höhepunkt in einer Bundestagsdebatte fand. Am 25. April 2002 verabschiedete der Deutsche Bundestag schließlich in Dritter Lesung das von einer interfraktionellen Arbeitsgruppe um die Abgeordneten Maria Böhmer (CDU), Andrea Fischer (Bündnis 90/Die Grünen) und Margot von Renesse (SPD) eingebrachte Stammzellgesetz (StZG), das die Einfuhr von humanen embryonalen Stammzellen zu Forschungszwecken nur in wenigen Ausnahmefällen gestattete. Die menschlichen embryonalen Stammzellen mussten demnach in Übereinstimmung mit der Rechtslage im Herkunftsland dort vor dem 1. Januar 2002 aus solchen Embryonen gewonnen worden sein, die im Wege der medizinisch unterstützten extrakorporalen Befruchtung zum Zwecke der Herbeiführung einer Schwangerschaft erzeugt worden waren, die aber endgültig nicht mehr für diesen

156 Das deutsche Biopatentgesetz (BioPatG) wurde erst am 21. Januar 2005 mit vierjähriger Verspätung erlassen. Siehe dazu Wernscheid (2012), S. 265.

Zweck eingesetzt wurden. Es durften dabei keine Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass dies aus Gründen erfolgte, die in den Embryonen selbst lagen. Außerdem durfte für die Überlassung der Embryonen zur Stammzellgewinnung kein Entgelt oder sonstiger geldwerter Vorteil gewährt oder versprochen worden sein.¹⁵⁷

Als Mitglied des im Juni 2001 eingesetzten Beirates *Bio- und Gentechnologie* der CDU/CSU-Bundestagsfraktion konnte der Verfasser an der intensiven ethischen und rechtlichen Diskussion teilnehmen, die seit dem Sommer 2001 zur Vorbereitung dieses Gesetzes geführt wurde. Im Kern ging es dabei stets um die Frage nach dem normativen Status, der dem frühen Embryo in ethischer wie in rechtlicher Hinsicht zukommt: Handelt es sich bei ihm bloß um einen „Zellhaufen“, mit dem man nach Belieben verfahren kann, oder besitzt der Embryo konträr dazu womöglich „Personalität“, was seine Ver zweckung mit Sicherheit ausschliesse? Zwischen diesen beiden Polen bewegte und bewegt sich die entsprechende Kontroverse in Deutschland, in Europa, ja weltweit. Eine einheitliche Auffassung dazu gibt es in keiner politischen Partei und in keinem Land. Gleichwohl musste eine rechtlich akzeptable Lösung für das von den Forschern als dringlich dargestellte Problem gefunden werden. Bei der Bundestagsdebatte am 30. Januar 2002 wurde die Frage diskutiert, ob in bestimmten Ausnahmefällen der Import solcher menschlicher embryonaler Stammzellen aus dem Ausland erlaubt werden sollte, die bereits vor einem bestimmten, in der Vergangenheit liegenden Stichtag existierten. Diese Zelllinien wurden aus Embryonen gewonnen, deren Tod bereits irreversibel in der Vergangenheit erfolgte, der also nicht mehr rückgängig gemacht werden könnte. Der damalige US-Präsident George W. Bush (*1946) hatte schon am 9. August 2001 eine entsprechende Entscheidung im Hinblick auf die staatliche Förderung der Stammzellforschung in den Vereinigten Staaten getroffen. Das deutsche Stammzellgesetz griff diese Lösung auf und modifizierte sie durch den Stichtag des 1. Januar 2002.

Eng mit der Forschung an menschlichen embryonalen Stammzellen verbunden ist das sogenannte „therapeutische“ Klonen, dessen Bezeichnung jedoch in die Irre führt: Der Begriff *therapeutisch*, der grundsätzlich positiv besetzt und entsprechend moralisch aufgeladen ist, soll von vornherein für eine hohe Akzeptanz des Verfahrens sorgen, die sicherlich nicht einträte, wenn man die Dinge nüchtern so beschriebe, wie sie tatsächlich sind und nicht so, wie man sie gerne hätte: In Wirklichkeit geht es um das Klonen nach der „Dolly-Methode“, also um die Erzeugung von Embryonen aus einer Körperzelle und der entkernten Eizelle

157 Gesetz zur Sicherstellung des Embryonenschutzes im Zusammenhang mit Einfuhr und Verwendung menschlicher embryonaler Stammzellen (Stammzellgesetz – StZG), § 4 Absatz 2 Ziffer 1.

einer Eizellspenderin, an denen sodann „verbrauchende“ Forschung betrieben wird. Um diesen harten Tatbestand sprachlich zu bemänteln, wird das „therapeutische“ Klonen auch als „Forschungsklonen“ oder im Vorgriff auf eine völlig ungewisse Zukunft als „Kerntransplantationstherapie“ bezeichnet.¹⁵⁸

Sollten embryonale Stammzellen tatsächlich eines Tages zu medizinischen Anwendungen beim Menschen führen, so bliebe bekanntlich – jedenfalls für alle Regionen außerhalb des Gehirns – das gravierende immunologische Problem der Abstoßung des fremden Zelltransplantats zu lösen. Diese Abstoßung könnte nur durch die Verwendung von Zellen umgangen werden, die vom Patienten selbst abstammen. Solche Zellen aber soll das „therapeutische“ Klonen liefern. In den USA wurde mit Versuchen an immunkranken Mäusen gezeigt, dass das „therapeutische“ Klonen jedenfalls technisch im Prinzip möglich ist.¹⁵⁹

Kann sich ein vom Export hochwertiger Technologien abhängiges Land wie die Bundesrepublik Deutschland in solchen Fragen der globalisierten biomedizinischen Forschung heute noch eine ethische und rechtliche Position leisten, die höhere Schutzstandards für das werdende menschliche Leben einfordert, als dies andere Industrieländer in der Nachbarschaft tun, oder ist eine selbstbewusste nationale Ethikdebatte im Zeitalter ökonomischer und wissenschaftlicher *Global Player* ein romantischer Anachronismus? So hatte die französische Nationalversammlung am 22. Januar 2002 beschlossen, die Forschung an menschlichen embryonalen Stammzellen aus sogenannten „überzähligen“ Embryonen nach künstlicher Befruchtung zuzulassen. In Großbritannien war die Embryonenforschung seit den 1990er Jahren erlaubt, seit 2001 auch das „therapeutische“ Klonen, sofern es dem Ziel diene, mehr über die Entwicklung des Embryos oder über die Therapie schwerer Krankheiten zu erfahren. Lizenzen für Forschungsvorhaben erteilte seither die *Human Fertilization and Embryology Authority* (HFEA).¹⁶⁰

Die liberalste Gesetzgebung in der Embryonenforschung hatte Schweden. Bereits seit 1991 erlaubte ein Gesetz die Herstellung von Embryonen zu Forschungszwecken. 14 Tage nach ihrer Herstellung mussten die Embryonen vernichtet werden. Schweden war daher neben Großbritannien zu Beginn der 2000er Jahre das europäische „Paradies“ für Stammzellforscher. Ethische Richtlinien orientierten sich nicht an einem Absolutwert wie der Würde des Menschen, sondern in utilitaristischer Weise am versprochenen Nutzen. Folglich fanden großzügige Forschungsmittel aus den USA ihren Weg in das skandinavische Land. Nun hatte Schweden das Menschenrechtsübereinkommen zur Biomedizin des Europarates – im Gegensatz

158 Schwägerl (2002a).

159 Müller-Jung (2002).

160 Ingold (2002), S. 21-22.

zu Deutschland – unterzeichnet. Nach Artikel 18 Absatz 2 des MRB war jedoch die Erzeugung menschlicher Embryonen zu Forschungszwecken verboten. Im April 2002 schlug Bengt Westerberg (*1943), der damalige Präsidiumsvorsitzende des Schwedischen Wissenschaftsrates, deshalb den radikalen Schritt vor, die Ratifizierung des MRB zu unterlassen, falls Schweden keine Ausnahmeregelung in dieser Frage zugestanden werden sollte. Die Schwedische Regierung wollte zwar die Ratifizierung nicht aussetzen, aber immerhin eine Vorbehaltsklausel einbringen beziehungsweise in einer Zusatzdirektive eine „schwedische Interpretation“ des Artikels 18 Absatz 2 MRB vereinbaren.¹⁶¹

In der Schweiz war der Embryonenschutz ähnlich streng wie in Deutschland. So waren auch dort das Klonen und die Erzeugung von Embryonen zu Forschungszwecken ausdrücklich verboten. Weil aber die Einfuhr embryonaler Stammzellen nicht explizit untersagt war, genehmigte der Schweizer Nationalfonds im Herbst 2001 das entsprechende Gesuch einer Genfer Forschergruppe. Diese Genehmigung rief Kritik hervor, und die Schweizer Regierung entschloss sich daher, möglichst rasch ein Spezialgesetz zur Embryonenforschung zu schaffen. Nach Auffassung der damaligen Gesundheitsministerin Ruth Dreifuss (*1940) war die Stichtagsregelung im deutschen Stammzellgesetz „heuchlerisch“. Frau Dreifuss wollte sich stattdessen am französischen Modell orientieren. Danach sollten Embryonen zwar nicht zu Forschungszwecken erzeugt werden dürfen, wohl aber sogenannte „überzählige“ Embryonen aus der künstlichen Befruchtung verwendet werden. Die Pharmaindustrie, zweitgrößte Exportbranche der Schweiz, hatte sich bereits auf eine gesetzliche Regelung eingestellt, die weniger strikt sein sollte als die in Deutschland. Der Baseler Novartis-Konzern, damals sechstgrößter Medikamentenhersteller der Welt, hatte schon interne Richtlinien erlassen, die sich mit der geplanten staatlichen Regelung decken sollten. Außerdem gründete Novartis unter Leitung des Zürcher Philosophen Hans-Peter Schreiber (*1936) einen Ethikrat, der überprüfen sollte, dass in der Forschung tatsächlich Stammzellen aus überzähligen Embryonen verwendet würden. Die Novartis-Forscher lehnten zwar das „therapeutische“ Klonen ab, sie sahen aber in der Gewebebezüchtung aus Stammzellen ein profitables Geschäft.¹⁶² Eine intensive Diskussion zur Frage der Gewinnung von embryonalen Stammzellen aus „überzähligen“ Embryonen fand im Frühsommer 2002 in der *Neuen Zürcher Zeitung* statt, die in Interdisziplinarität und Niveau durchaus mit der im Jahre 2001 in der *Frankfurter Allgemeinen Zeitung* geführten Debatte vergleichbar war.¹⁶³

161 Neugierembryo (2002).

162 Mrusek (2002).

163 Vgl. die Ausführungen des St. Gallerer Europarechtlers Rainer J. Schweizer (*1943) in Schweizer (2002). Das Stammzellenforschungsgesetz (StFG) vom 19. Dezember

Wie kompliziert sich im Detail das Zusammenspiel nationaler und europäischer Gesetzgebung im Bereich der Biomedizin gestaltet, zeigt das Problem der Stammzellforschung zur Genüge. So sollte ungeachtet der einzelstaatlichen Gesetze – wie etwa des deutschen Stammzellgesetzes – ab dem Jahre 2003 in Europa die Forschung an menschlichen embryonalen Stammzellen ohne strenge Auflagen mit EU-Mitteln gefördert werden. Dies sah das sechste Forschungsrahmenprogramm der EU vor, das vom Europaparlament in Straßburg am 15. Mai 2002 verabschiedet wurde. 17,5 Milliarden Euro sollten bis 2006 für die Forschungsförderung von der EU bereitgestellt werden, davon etwa 2 Milliarden Euro für die Biotechnologie.¹⁶⁴ Damit konnten auch Forscher gefördert werden, die aus „überzähligen“ menschlichen Embryonen weitere Stammzelllinien gewinnen. Im Ausschuss der Ständigen Vertreter der Länder plädierten lediglich Deutschland, Österreich und Italien dafür, die Förderung auf Projekte an bestehenden Stammzelllinien zu beschränken. Mehrheitlich wurde aber schließlich nur eine Einhaltung des MRB durchgesetzt, dessen Artikel 18 Absatz 2 die Erzeugung menschlicher Embryonen speziell zu Forschungszwecken verbietet.

Der Streit um die Präimplantationsdiagnostik

Nach dem zumindest vorläufigen Abschluss der Stammzelledebatte wandten sich Bioethik und Biopolitik im Jahre 2002 vermehrt einer neuen Herausforderung zu, nämlich der Embryonenauswahl durch Präimplantationsdiagnostik (PID) im Rahmen einer künstlichen Befruchtung. Die PID verspricht Familien, in denen eine Erbkrankheit aufgetreten ist, die Chance auf Kinder, die ohne eine entsprechende genetische Belastung zur Welt kommen. Der moralische Preis, der dafür zu zahlen wäre, ist aber die Tötung derjenigen Embryonen, die nicht zur Weiterentwicklung in der mütterlichen Gebärmutter ausgewählt wurden. Die PID ist ein Verfahren zur bewussten Selektion zwischen „erwünschtem“ und „unerwünschtem“ menschlichem Leben.¹⁶⁵ Das Verfahren erlaubt es, im Rahmen der In-vitro-Fertilisation

2003 trat schließlich zum 1. März 2005 in Kraft. Zuvor hatte im November 2004 eine Referendumsabstimmung stattgefunden, bei der sich 64,4 Prozent der Stimmberechtigten für das Gesetz aussprachen. Das StFG erlaubt die Gewinnung von Stammzellen aus „überzähligen“ Embryonen und die Forschung an isolierten Stammzellen und Stammzelllinien unter strengen Auflagen. Der Text des Schweizerischen StFG ist unter der URL <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/20022165/200503010000/810.31.pdf> (Stand: 24.4.2016) abrufbar. Siehe dazu auch die Dokumentation von Interpharma (2012).

¹⁶⁴ Richter (2002).

¹⁶⁵ Bauer (2001b), S. 116-118.

Embryonen gezielt nach genetischen Kriterien auszuwählen. Einem aus kaum mehr als 8 Zellen bestehenden Embryo in der Petrischale wird eine Zelle entnommen und diese sodann genetisch untersucht. Unter mehreren Embryonen kann dann einer selektiert werden, der eine dabei festgestellte „unerwünschte“ Erbanlage nicht trägt.

Weltweit waren im Frühsommer 2002 bereits mehrere hundert Kinder nach Anwendung der PID geboren worden. In Deutschland blieb die Embryonenselektion durch das Embryonenschutzgesetz bis ins Jahr 2011 verboten.¹⁶⁶ So sahen es jedenfalls die meisten Experten des Medizinrechts und führende Verfassungsrechtler. In zahlreichen anderen Ländern, darunter in Frankreich, Großbritannien, Belgien und Schweden, war die PID dagegen mehr oder weniger extensiv erlaubt. Etliche fortpflanzungswillige deutsche Ehepaare hatten aus diesem Grunde bereits eine Reise nach Belgien angetreten, vor allem nach Brüssel. Besonders verbreitet war die PID in den USA. Dort wurden auch solche Krankheiten erfasst, die erst spät im Leben oder nur mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit zum Ausbruch kommen, wie etwa familiärer Brustkrebs und eine bestimmte Form der Alzheimer-Erkrankung.

In dem am 14. Mai 2002 an den damaligen Bundestagspräsidenten Wolfgang Thierse (*1943) übergebenen Abschlussbericht der Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages *Recht und Ethik der modernen Medizin* waren rund 180 von mehr als 500 Seiten der PID gewidmet. Eine deutliche Mehrheit des Gremiums (nur 3 Gegenstimmen bei 26 Mitgliedern) sprach sich für eine Beibehaltung des zu diesem Zeitpunkt noch relativ strengen deutschen Embryonenschutzes aus. Die Kommissionmehrheit forderte den Deutschen Bundestag auf, in der folgenden 15. Legislaturperiode das Verbot der PID in einem geplanten Fortpflanzungsmedizingesetz zu bekräftigen und zu präzisieren. Im Vordergrund dieser Argumentation stand der Schutz des Embryos als Mensch, der eine „Zeugung auf Probe“ verbiete. Es gebe kein verbürgtes Recht auf ein gesundes Kind. Zudem sei eine Beschränkung der PID auf bestimmte Krankheiten kaum möglich, vielmehr sei eine allmähliche Ausweitung auf jedes beliebige testbare Merkmal zu befürchten.¹⁶⁷

Universalismus oder Kommunitarismus in Bioethik und Biopolitik?

Angesichts der dargestellten zahlreichen Dilemmata und Aporien stellt sich die Frage, wieviel nationale Spezifität im Rahmen europäischer Biopolitik in absehbarer

166 § 1 Abs. 1 Ziffer 2, § 1 Abs. 2 Ziffern 1 und 2, § 2 Abs. 1, § 6 Abs. 1 in Verbindung mit § 8 Abs. 1 ESchG.

167 Schwägerl (2002b).

Zukunft noch zum Ausdruck kommen kann. Bei der im Frühjahr 2002 abgehaltenen 6. Deutsch-Niederländischen Konferenz in Potsdam, die unter dem Titel *Beginn und Ende des menschlichen Lebens* stand, konnte man hierzu zwei konträre Meinungen vernehmen, die zum einen vom damaligen deutschen, zum anderen vom damaligen niederländischen Außenminister vertreten wurden. Joschka Fischer (*1948) forderte für den Bereich der Gen- und Biotechnologie möglichst universal verbindliche Regeln, denn die Debatten rührten an die Wurzeln unserer Zivilisation. Demgegenüber betonte sein niederländischer Kollege Jozias van Aartsen (*1947), dass jede Gesellschaft das unbekannte Terrain für sich zu sondieren habe. Ethische Diskussionen müssten auf nationaler Ebene geführt werden. Den Auffassungen in anderen Ländern gelte es zwar Beachtung zu schenken, doch gerade in den ethischen, kulturell geprägten Antworten äußere sich die europäische Vielfalt.¹⁶⁸ So sehr man die Besorgnis verstehen kann, die sich in der Auffassung des deutschen Außenministers artikuliert, so wenig realistisch erscheint doch seine Position in einer pluralistischen Welt. Spezifische moralische Werte und Normen werden sich künftig – wie es am ehesten einer kommunitaristischen Sichtweise in der Ethik entspricht – allenfalls noch im nationalen Rahmen bewahren lassen, während internationale Abkommen wie das MRB lediglich gewisse Minimalstandards absichern können, die in allen betroffenen Ländern beachtet werden müssen.

Das kommunitaristische Modell in der Ethik betont das Gewicht kleinerer Gemeinschaften, das heißt ihre kulturellen Besonderheiten, ihren Wert für die Integrität einer Person, für die Bildung der Moral und eines „Wir-Gefühls“. Der Kommunitarismus zweifelt an der Möglichkeit einer geschichts- und kulturunabhängigen Begründung von Moral, die transzendentalphilosophisch argumentierende Ethiker für möglich und erstrebenswert halten. Der Kommunitarismus stellt angesichts von Uniformisierungstendenzen in der Globalisierung ein Gegengewicht dar, das sich für die gewachsenen Lebensformen kleinerer Einheiten, für die in ihnen gestifteten Bindungen, für Gemeinsamkeiten der Geschichte, Religion und politischen Hoffnung einsetzt. Gegen die Entwicklung einer die Einzelstaaten übergreifenden „Weltrepublik“ ist der Kommunitarismus äußerst skeptisch.¹⁶⁹

Wesentliche Bedingung für die Anwendung des kommunitaristischen Modells auf eine staatliche Gemeinschaft wie etwa die Bundesrepublik Deutschland wäre allerdings das Vorhandensein eines gewissen moralischen Grundkonsenses der Staatsbürger. Wie die geschilderten biopolitischen Diskurse jedoch zeigen, ist ein solcher Binnenkonsens selbst in einem einzelnen Land nur mit größter Mühe und

168 Bahnen (2002).

169 Walzer (1992); Walzer (1996); Höffe (1997), S. 156-157; Bauer (2002b); Nothelle-Wildfeuer (2002).

allenfalls mit dem Zwangsmittel des Rechts herzustellen. Das heißt aber nicht, dass sich diese Mühe nicht dennoch lohnt. Der Rechtswissenschaftler Stephan Rixen (*1967) schrieb schon 1999, dass in Deutschland heute die „Ethik des Grundgesetzes“ eine Art „Minimalmoral“ für den sozialen Kontakt zwischen Individuum und Individuum sowie zwischen Individuum und Staat darstelle. Der Umfang der Garantien dieser „basalen Grundrechtsethik“ würde demnach in einem Prozess selbstreflexiv aneinander anschließender Interpretationsakte ermittelt, die ihrerseits auf die Impulse der richtungweisenden Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts zurückgriffen, ergänzt durch bewährte Argumentationsmuster der Grundrechtslehre.¹⁷⁰ Der Interpretationsprozess bekäme damit Form und einen gewissen Halt diesseits relativistischer Beliebigkeit.

Bioethik und Biopolitik sollten sich durch den – manchmal nur vermeintlichen – medizinischen Fortschritt weder im europäischen noch im weltweiten Kontext in eine Globalisierungsfalle hineinmanövrieren lassen. Nationale Identität und Globalisierung sind keine kontradiktorischen Gegensätze, vielmehr erscheint jene als ein wichtiges Fundament für das Gelingen dieser. Das Ziel einer globalisierten Welt kann nicht in einer künstlichen Nivellierung kultureller und ethischer Differenzen bestehen, sondern vielmehr in der offenen und öffentlichen Diskussion auch moralischer Pluralität. Eine derartige Pluralität trägt nicht zuletzt zu einem internationalen Wettbewerb der Ideen und der geistigen Werte bei, den die freie Welt mehr denn je benötigen wird, wenn sie kreativ bleiben und wenn sie, um mit Konrad Adenauers Worten vom 8. April 1953 zu schließen, „neue schöpferische Kräfte“ freimachen will.¹⁷¹

170 Rixen (1999), S. 351.

171 Adenauer (1965), S. 584.



<http://www.springer.com/978-3-658-14033-5>

Normative Entgrenzung

Themen und Dilemmata der Medizin- und Bioethik in
Deutschland

Bauer, A.W.

2017, XIV, 300 S., Softcover

ISBN: 978-3-658-14033-5