

Brauchen wir ein Recht auf Krankheit?

Historische und theoretische Überlegungen

im Anschluss an Juli Zehs Roman *Corpus Delicti*

CAROLINE WELSH

1. EINLEITUNG

»Gesundheit ist ein Zustand des vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens – und nicht die bloße Abwesenheit von Krankheit. [...] Gesundheit ist das Ziel des natürlichen Lebenswillens und deshalb natürliches Ziel von Gesellschaft, Recht und Politik. Ein Mensch, der nicht nach Gesundheit strebt, wird nicht krank, sondern ist es schon.«¹

Mit dem ersten Satz beginnt, mit den letzten Sätzen endet das Zitat aus dem Vorwort Heinrich Kramers zu seinem Buch *Gesundheit als Prinzip staatlicher Legitimation*, mit dem Juli Zeh ihren Roman *Corpus Delicti. Ein Prozess* (2009) einleitet. Heinrich Kramer ist selbst eine Figur des Romans und wirkmächtigster Vertreter sowie rücksichtsloser Verfechter einer Gesundheitspolitik, METHODE genannt, die im Namen der Krankheitsprävention in alle Lebensbereiche der Bevölkerung eingreift. Das Zitat entstammt also einem fiktiven Buch geschrieben von einer fiktiven Figur aus der Welt eines Romans. Es zitiert zugleich im einleitenden Satz fast wörtlich die Gesundheitsdefinition der Weltgesundheitsorganisation (WHO).

1 Zeh (2010), 7–8.

In der Welt des Romans ist um die Mitte des 21. Jahrhunderts, also in nicht allzu weiter Ferne, die Zukunftsvision einer krankheitsfreien Gesellschaft mit Hilfe einer vom Staat gesteuerten, auf biomedizinischen Erkenntnissen, Informationstechnologien und medizintechnischen Überwachungssystemen beruhenden, umfassenden Gesundheitspolitik Realität geworden. Der Roman handelt vom Preis, den der Einzelne und die Gesellschaft für diese »heile Welt« zu zahlen haben. Gesundheitsschädliches Verhalten, wie der Genuss »toxischer Substanzen« (Kaffee, Alkohol, Nikotin), aber auch mangelnde Bewegung am vernetzten Hometrainer, sind strafbar, die Wahl eines immunologisch nicht geeigneten Partners ein Kapitalverbrechen. Um vor Gericht geladen zu werden, reicht die Vernachlässigung der regelmäßigen Meldepflicht gesundheitsrelevanter Daten wie Schlafbericht, Ernährungsbericht, Blutdruckmessung und Urintest aus. Ohnehin sind sämtliche Vitalparameter einschließlich einer vollständigen elektronischen Patientenakte auf einem in den Oberarm eingepflanzten Chip gespeichert und vor Gericht ebenso wie vom Arzt jederzeit abrufbar.²

Die Menschenrechte des Einzelnen, insbesondere das Recht auf den Schutz der Privatsphäre (u.a. Datenschutz), das Selbstbestimmungsrecht über den eigenen Körper (u.a. körperliche Unversehrtheit), das Recht auf freie Gestaltung der persönlichen Lebensführung (u.a. freie Partnerwahl), wie sie allesamt in Art. 8 der *Europäischen Menschenrechtskonvention* (EMRK) zum »Recht auf Achtung des Privatlebens« niedergelegt sind, werden durch diese Maßnahmen im Namen der Gesundheit massiv eingeschränkt. Die Rechtfertigung solcher Beschränkungen leitet sich aus dem zentralen Grundsatz der METHODE her, dass das persönliche Interesse und das des Systems in dem Bestreben, Krankheit zu vermeiden, zur Deckung kommen.³ Daher ist auch psychischer Schmerz, weil er die Krankheitsanfälligkeit erhöht, keine Privatangelegenheit, sondern ein umgehend durch Betreuungs- und Rehabilitationsmaßnahmen zu behebender Zustand. »Es

2 Zur Aktualität dieser informationstechnologischen Visionen vgl. Gerhard Kunert (2011) Ausführungen zur elektronischen Patientenakte, zu DNA-Chips für die schnelle Genomanalyse sowie implementierten RFID-Chips zum »Auslesen von Vitalparametern (Blutdruck, Blutwerte, etc.)« (ebd., 134). 2015 hat der Deutsche Ethikrat *Die Vermessung des Menschen – Big Data und Gesundheit* zum Thema seiner Jahrestagung gemacht, vgl. Deutscher Ethikrat (2015).

3 Zeh (2010), u.a. 36–43, 87, 160–161, 180.

besteht«, so warnt die Richterin mit dem sprechenden Namen »Sophie« die wegen ihres toten Bruders aus dem Gleichgewicht geratene Protagonistin, »eine enge Verbindung zwischen dem persönlichen und dem allgemeinen Wohl, die in solchen Fällen keinen Raum für Privatangelegenheiten lässt«. ⁴ In einem sich derart über Gesundheit und Krankheitsprävention legitimierenden Staat ist die Einforderung eines Rechts auf Krankheit, wie Heinrich Kramer in einem mit »Recht auf Krankheit« überschriebenen Kapitel des Romans ausführt, ein »kriegerischer Angriff, dem wir mit Krieg begegnen werden.« ⁵ Die R.A.K. (das Akronym steht, mit Anspielung auf die R.A.F., für das Recht auf Krankheit), eine tatsächliche oder vom System erfundene Widerstandsbewegung, gilt entsprechend als methodenfeindliches, ja terroristisches Netzwerk.

Die literaturwissenschaftliche Forschung hat Zehs biomedizinische Dystopie als »literarische Ausarbeitung einer zukünftigen Biopolitik im Sinne Foucaults« ⁶, als eine »auf Gesundheit gründende, biopolitisch ausgerichtete Herrschaft über das Leben« ⁷ auf der Basis biomedizinischen Wissens, realisiert durch eine »Diktatur der Hygiene« ⁸ gelesen. Dass sich die Überwachungstechniken hier auf eine vollständige Kontrolle nicht des Denkens, sondern des Körpers beziehen, unterscheidet Zehs Roman von den klassischen politischen Dystopien. ⁹ Mit der »Terrorherrschaft biologische[r] Vernunft« ¹⁰ knüpfe *Corpus Delicti* zudem an die Analysen Adornos und Horkheimers zum Umschlag instrumenteller Vernunft in Barbarei in der *Dialektik der Aufklärung* ebenso an wie an Ulrich Becks Analyse der Risikogesellschaft. ¹¹

Im Folgenden soll, der Anspielung des Romans auf die Gesundheitsdefinition der WHO folgend, zunächst nach einigen konkreten Anknüpfungspunkten dieser aus den gegenwärtigen Gegebenheiten und Tendenzen heraus entwickelten Zukunftsdystopie gefragt werden. Der Roman wird dabei

4 Zeh (2010), 51–54 und 57–59, 58. Zitat 58.

5 Ebd., 89.

6 Geisenhanslüke (2013), 232.

7 Hilmes (2013), 71.

8 Geisenhanslüke (2013), 228.

9 Vgl. ebd.

10 Ebd., 232.

11 Vgl. ebd., 223–227.

als Problemanzeige und Warnung vor einer möglichen fatalen Dynamik gesundheitspolitischer Entwicklungen auf der Grundlage biomedizinischen Wissens, medizintechnischer Überwachungsmöglichkeiten und gesundheitsökonomischer Zwänge verstanden.¹² Er stellt die Gefahr eines Missbrauchs des Menschenrechts auf Gesundheit in Kombination mit gesundheitspolitischen Maßnahmen in Aussicht. Inwieweit dieses »Recht auf Gesundheit« in seinem Zusammenspiel mit den anderen Menschenrechten vor einem solchen Missbrauch schützen kann, soll dann in einem zweiten Schritt geklärt werden. Gibt es aus menschenrechtlicher Sicht konzeptionelle und rechtlich verankerte Sicherungen, die einen solchen Missbrauch des »Rechts auf Gesundheit« verhindern – oder muss aus der Möglichkeit des Missbrauchs gefolgert werden, dass wir zusätzlich ein menschenrechtlich abgesichertes »Recht auf Krankheit«, zumindest auf Krank-Sein ohne Diskriminierung und Stigmatisierung brauchen?

2. VON DER »UMFASSENDEN« ZUR »VOLLKOMMENEN« GESUNDHEIT

Die WHO erklärt in ihrer Präambel zur Deklaration von 1946 den »Besitz des bestmöglichen Gesundheitszustandes« als ein allen Menschen ohne Ausnahme zustehendes »Grundrecht« und definiert Gesundheit als »Zustand des *vollständigen* körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit und Gebrechen«. ¹³ Gesundheit wird hier als ein, die gesamte Lebenswelt, also auch die Umwelt und das soziale Umfeld¹⁴, einbeziehendes »Wohlergehen« gefasst. Diese umfas-

12 Vgl. Zehs Äußerung in einem österreichischen Fernsehinterview: »Eigentlich sehe ich das ausschließlich als Warnung an die jetzige Gesellschaft. Ich habe die Zukunftsform nur benutzt, um ein bisschen überspitzen und übertreiben zu dürfen. Ansonsten ist die im Roman vorherrschende Mentalität eine, die wir jetzt schon sehen können.« Brodnig (2009), zitiert aus Maierhofer (2012), 32.

13 Im Original: »Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.« World Health Organization (2009), 100.

14 Vgl. ebd., »Umgebungshygiene« (Art. 2.i) und der »geistigen Hygiene« (Art. 2.m).

sende Gesundheitsdefinition bleibt auch für die späteren WHO-Dokumente charakteristisch. Sie geht in die *Erklärung von Alma-Ata* (1978) zur »primären Gesundheitsversorgung« insbesondere in den Entwicklungsländern als »grundlegendes Menschenrecht«¹⁵ ebenso ein wie in die sich stärker »mit Erfordernissen in den Industrieländern«¹⁶ befassende *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung* (1986). Die *Erklärung von Alma-Ata* fordert u.a.: »Aufklärung in Bezug auf vorherrschende Gesundheitsprobleme und die Methoden zu ihrer Verhütung und Bekämpfung«; Förderung der Nahrungsmittel- und Trinkwasserversorgung sowie »Impfung gegen die schwersten Infektionskrankheiten; Prävention und Bekämpfung endemischer Krankheiten; angemessene Behandlung der häufigsten Krankheiten und Verletzungen; und Versorgung mit unentbehrlichen Arzneimitteln«. ¹⁷ Ziel der *Ottawa-Charta* ist demgegenüber eine grundlegende Neuorientierung der Gesundheitsdienste, welche die »Gesundheitsförderung« priorisiert. Zusammen mit dem Staat sollen die Gesundheitsdienste und -einrichtungen »ein Versorgungssystem [...] entwickeln, das auf die stärkere Förderung von Gesundheit ausgerichtet ist und weit über die medizinisch-kurativen Betreuungsleistungen hinausgeht.«¹⁸ Dazu gehören die »Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten«, beispielsweise durch die gesundheitsbewusste Gestaltung der Arbeits- und Freizeitbedingungen, sowie die gesundheitsbezogene Bildung der Bürger.

Während in der *Ottawa-Charta* ausschließlich der Begriff der »Gesundheitsförderung« verwendet wird, findet sich in jüngeren Ausführungen zur Neuausrichtung der Gesundheitssysteme eine Verschiebung hin zur »Krankheitsprävention«:

»Alle Länder müssen sich an geänderte demografische und epidemiologische Muster anpassen, insbesondere in Bezug auf Herausforderungen im Bereich der psychischen Gesundheit sowie chronischer und altersbedingter Erkrankungen. Dies erfordert eine Neuausrichtung der Gesundheitssysteme, so dass sie Krankheitsprävention priorisieren [...]«. ¹⁹

15 World Health Organization (1978), 1.

16 World Health Organization (1986), 1.

17 World Health Organization (1978), 2 (VII, 3).

18 World Health Organization (1986), 4 (»Gesundheitsdienste neu orientieren«).

19 World Health Organization (2013a), 10.

Unterstützt vor allem durch die UN-Generalversammlung zur *Prävention und Kontrolle nichtübertragbarer Krankheiten* (2011), liegt der Fokus nun auf den NCDs (non-communicable diseases), insbesondere auf Herz-Kreislauf-erkrankungen, chronischen Lungenerkrankungen, Krebs und Diabetes. Ein Hauptinteresse gilt der Minimierung von Risikofaktoren, wobei ersichtlich wird, dass Krankheit auch als politisches Problem wahrgenommen wird.²⁰ In den WHO-Erklärungen geraten im Zuge dieser Neuausrichtung Lebensstile mit höherem Krankheitsrisiko zunehmend in den Fokus. So in den Erklärungen von Aschgabat, *Über die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten* (2013) und Wien, *Über Ernährung und nicht übertragbare Krankheiten* (2013), sowie in der *Europäischen Charta zur Bekämpfung der Adipositas* (2006) und in der *Stockholmer Erklärung über Jugend und Alkohol* (2001).

Der wünschenswerte Erfolg solcher präventivmedizinischer Programme soll hier keineswegs in Frage gestellt werden. Doch sollte zugleich dafür Sorge getragen werden, dass der Einzelne menschenrechtlich vor diskriminierenden Aspekten einer auf Risikominimierung hin ausgerichteten Krankheitsprävention geschützt ist. Sie ergeben sich aus der normativen Stoßrichtung der Argumentation, die eine moralische Wertung (oder über Krankenkassen eine ökonomische Benachteiligung) von abweichendem, nicht gesundheitsbewusstem Verhalten nahelegt und damit Gefahr läuft, eine Stigmatisierung der Betroffenen zu fördern.

Das »langfristige, durch die Methoden der »molekularen Medizin« erreichbare Ziel einer Welt ohne Krankheiten und eines mit den Methoden

20 Vgl. die Formulierung in der Erklärung von Aschgabat, World Health Organization (2013b), 1: »Wir nehmen die soliden wissenschaftlichen Belege dafür zur Kenntnis, dass die häufigsten nichtübertragbaren Krankheiten viel Leiden verursachen und die gesellschaftliche und wirtschaftliche Entwicklung in unseren Ländern untergraben. Diese Krankheiten sind mit vier weit verbreiteten Risikofaktoren – Tabakkonsum, schädlicher Alkoholkonsum, ungesunde Ernährung und Bewegungsmangel – verknüpft und können bis in späte Lebensphasen weitgehend vermieden werden.« Zur bisher wenig aufgearbeiteten Geschichte der Gesundheitsprävention vgl. Lengwiler/Madarász (2010), zur Soziologie und Ratio der Prävention u.a. mit Beispielen aus dem Gesundheitswesen: Bröckling (2008).

der Molekulargenetik vollständig modifizierbaren Menschen«²¹ steht un- hinterfragt auch im Hintergrund aktueller biomedizinischer Forschung. Die von den Ergebnissen der Molekulargenetik und Biomedizin gestützte Fo- kussierung auf die Krankheitsprävention läuft zudem Gefahr, biologisch definierte Gesundheit zu einem »zentralen gesellschaftlichen Gut und ei- nem das gesamte Verhalten normierenden Wert«²² zu erheben. Grundsätzli- cher noch gälte es daher zu fragen, wie sich eine solch starke Konzentration auf »Gesundheit«, verbunden mit den Visionen einer biomedizinischen Op- timierbarkeit des Menschen, auf die Wahrnehmung Kranker, auf das Men- schenbild insgesamt und auf unsere Vorstellung, wie wir leben und sterben wollen, auswirkt. Führt die biomedizinische Verheißung einer zukünftigen Welt ohne Krankheiten zu einer »substantiellen Verschiebung in der Be- wertung des Menschen, und zwar weg vom unbedingten Respekt vor der Integrität hin zur prinzipiellen Zustimmung zu Verfügbarkeit, Manipu- lierbarkeit und auch Verwertbarkeit menschlichen Lebens«?²³

Laufen wir Gefahr, mit dem Glauben an eine grundsätzliche Vermeid- barkeit von Krankheit bis ins hohe Alter hinein nicht nur die Krankheit, sondern auch das Sterben aus unserem Leben zu verdrängen? Canguilhem versteht Krankheiten als »Werkzeuge des Lebens, durch die sich der Le- bende, wenn es ein Mensch ist, gezwungen sieht, seine Sterblichkeit einzu- gestehen«.²⁴ Nach Zygmunt Bauman ist in der Moderne die Sterblichkeit als etwas allem Lebenden Zugehöriges »in verschiedene Ereignisse des pri- vaten Todes dekonstruiert worden, die alle eine vermeidbare Ursache ha- ben«.²⁵ Dadurch sei an die Stelle des Wissens um die eigene Sterblichkeit die kontinuierliche Sorge um die Gesundheit und die Überzeugung von der prinzipiellen Heilbarkeit aller Krankheiten getreten.

Die Vorstellung, dass ein gesundes, aktives Leben bis ins hohe Alter durch eine Kombination moderner Medizin, gesunder Umwelt und gesund- heitsbewusstem Verhalten des Einzelnen möglich sei, scheint längst in der Mitte der Gesellschaft angekommen. In extremer Form findet der gesund- heitspolitische Diskurs der WHO zur Krankheitsprävention durch die ge-

21 Roelcke (2003), 122.

22 Roelcke (2003), 122.

23 Ebd., 123.

24 Canguilhem (2013a), 42.

25 Bauman (1994), 207.

zielte Einflussnahme auf das Gesundheitsbewusstsein des Einzelnen sein gesellschaftliches Pendant in einer neuen Fitnesskultur, deren Ziel die Optimierung der individuellen Gesundheit auf der Basis medizinischen Wissens und medizinischer Technologien ist.²⁶ Im Rahmen dieser freiwilligen Medikalisierung des Fitnessbereichs erfreut sich der Markt für *digitale Gesundheit* inzwischen – über die *Quantified-Self-Community* (Selbstvermessung des Ichs) hinaus – einer stetig anwachsenden Zahl gewissenhafter Überwacher der eigenen Gesundheit. Mit Hilfe kleiner, am Körper tragbarer Messgeräte werden regelmäßig, bei unterschiedlicher körperlicher Belastung zunehmend mehr Vitalwerte (Blutdruck, Pulsfrequenz, Atmung, Blutzuckerspiegel), aber auch »Daten zu Ernährung, Gesundheit, Körpermitmaß oder Verhalten«²⁷ gemessen, vernetzt und dann am Heimcomputer ausgewertet. Hier scheint die »Optimierung biologisch definierter Körperzustände« mit Hilfe der Selbstvermessung (Selftracking) auf der Basis einer freiwilligen Selbstdisziplinierung und -kontrolle bereits zum obersten Wert individuellen Verhaltens geworden zu sein. Handelt es sich hier um eine autonome Entscheidung des Einzelnen zur Risikominimierung und Krankheitsprävention oder um die Internalisierung von Verhaltensnormen, die sich mit Foucault als Ersetzung der »traditionellen Mechanismen des Überwachens und Strafens [...] durch ein Regime freiwilliger Selbstkontrolle«²⁸ beschreiben lassen? Wie auch immer man diese neue, durch medizinische Überwachungstechnologien ermöglichte *Sorge um sich* einordnen möchte, bleiben doch die Rückkopplungseffekte der medikalisierten Fitnesskultur an das Gesundheitssystem bedenklich. Denn zunehmend interessieren sich inzwischen auch Krankenkassen für diese von ihren Mitgliedern selbst generierten Körperdaten.²⁹ Einige locken bereits mit Bonuszahlungen für die Teilnahme an digitalen, personalisierten Präventionsprogrammen (AOK mobil vital; FitCheck-App der DAK). Damit wird die freiwillige Selbstkontrolle langfristig durch eine Überwachung von oben ergänzt, und es könn-

26 Vgl. Krüger-Brand (2014), an deren Darstellung ich mich hier stark anlehne, sowie die Jahrestagung des Deutschen Ethikrats (2015), dort insbesondere das Audioprotokoll des Vortrags von Dabrock (2015).

27 Krüger-Brand (2014), 1.

28 Bröckling (2004), 214; zum Wechselverhältnis zwischen autonomer und heteronomer Selbstdisziplinierung vgl. Wolff (2010), 193–196.

29 Vgl. Krüger-Brand (2014), 4–7.

ten ökonomische Anreize zur Verhaltensänderung sukzessive in eine erzwingbare Pflicht zur Gesundheit umschlagen.

Zehs Bezug auf die Gesundheitsdefinition der WHO als Ausgangspunkt ihrer Dystopie gewinnt vor dem Hintergrund dieser Kombination aus gesundheitspolitischen Präventionsprogrammen, molekulargenetischen Zukunftsträumen und privaten Selbstdisziplinierungsmaßnahmen an kritischer Tiefenschärfe. Die dem Einzelnen im Roman als »Pflicht zur Gesundheit« im Sinne eines gesunden Lebensstils auferlegten und zugleich von einem Großteil der Bevölkerung freiwillig durchgeführten Hygienemaßnahmen und Fitnessprogramme zur Erhaltung einer »vollkommenen Gesundheit« werden als fiktionale Überspitzung aktueller gesundheitspolitischer Diskurse sowie dazugehöriger Praktiken des Anreizes zu gesundheitsförderlichem Verhalten kenntlich.

Mit Hilfe einer leichten, aber folgenreichen Verschiebung in der Wortwahl von einem »bestmöglichen« und »umfassenden« (engl. complete) »körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefinden« (Ottawa-Charta) hin zu einem »vollkommenen« (engl. absolute) »körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefinden« (*Corpus Delicti*) verlagert der Roman das Gewicht der Gesundheitsdefinition grundlegend. An die Stelle einer Fokussierung sowohl medizinischer als auch ökologischer und sozialökonomischer Aspekte (umfassend) in der WHO-Definition tritt der Idealzustand einer *vollkommenen* Gesundheit für jedermann. Damit einher geht ein »methodenrechtlicher Anspruch auf Gesundheit«³⁰, der das »Recht auf Gesundheit« zu einem vom Staat zu gewährleistenden Schutz vor Krankheit, und damit zu einem Rechtsanspruch auf Gesundsein uminterpretiert.³¹ Die zur Gewährleistung dieses Rechts notwendigen Präventionsmaßnahmen legitimieren ihrerseits gesundheitspolitische Maßnahmen, die grundlegende menschenrechtliche Freiheiten außer Kraft setzen. Ein so verstandenes Recht auf Gesundheit hat mit dem menschenrechtlichen »Recht auf Gesundheit« wenig gemeinsam.

30 Zeh (2010), 85.

31 Vgl. ebd., 180.

3. GESUNDHEITSRECHT UND GESUNDHEITSPFLICHT

Die konzeptionellen Vorläufer des heutigen Rechts auf Gesundheit finden sich in den spätaufklärerischen Schriften zur Medicinalpolizey von Johann Peter Frank (1779-1788),³² dem »bis dahin umfassendste[n] Versuch, das gesamte öffentliche und private Leben unter gesundheitlichen Gesichtspunkten regeln zu wollen«. ³³ Zeitgleich mit diesen sozialdisziplinierenden Maßnahmen spätabsolutistischer Polizeiwissenschaft wird die Sorge um die Gesundheit in der bürgerlichen Gesellschaft zum wichtigsten Element aufgeklärt-rationaler Lebensführung, mit dem sich das politisch machtlose Bildungsbürgertum vom Adel absetzt und zugleich weitere Gesellschaftsschichten in die bürgerliche Gesellschaft integriert.³⁴ Zusammen mit der Vorstellung, dass »Krankheit durch vernünftige Verhaltensregeln und Vorschriften« vermieden werden könne, entwickelt sich ein bürgerlicher Normendiskurs, in dem Gesundheit und gesunde Lebensführung zur »Pflicht gegenüber der Allgemeinheit« werden.³⁵ Wer dennoch krank wird, wird stigmatisiert: »Der Bürger muß gesund und arbeitsfähig seyn, um das Seine zur Erhaltung des Ganzen beitragen zu können. Ist er dies nicht, so fällt er dem Staate zur Last und ist schlimmer, als ein todes Mitglied.«³⁶

Mit der Herausbildung des europäischen Gesundheitswesens im 19. Jahrhundert gewinnt das Recht auf Gesundheit – nicht zuletzt aufgrund des durch Verstädterung und Industrialisierung zunehmend deutlicher werdenden Zusammenhangs zwischen Armut, Arbeitslosigkeit und erhöhter Krankheitsanfälligkeit sowie deren wirtschaftlichen und ökonomischen Folgen³⁷ – zunehmend an Kontur. Im deutschen Kontext ist hier vor allem die 1848/49er Medizinalreformbewegung wichtig. So versteht Rudolf Virchow, der Begründer der sozialen Medizin, das »Wohlsein aller Staats-

32 Vgl. Schulz (1987), 25–29.

33 Labisch (1992), 89.

34 Vgl. Frevert (1984), 28–36.

35 Zitate ebd., 33 und 31. Frevert geht hier auch kurz auf die Utopie einer krankheitsfreien Gesellschaft im bürgerlichen Gesundheitsdiskurs der Aufklärung u. a. im Kontext von Rousseaus Gesellschaftsvertrag ein.

36 Röber (1806), 15–16; zitiert aus Frevert (1984), 32.

37 Vgl. Frevert (1984), Labisch (1992), Hardy (2005).

bürger«³⁸ als Staatszweck und knüpft es aufgrund der engen Verbindung zwischen Armut und Krankheit an die Forderung eines »Recht[s] auf Arbeit«. ³⁹ Der deutschsprachige »Klassiker des ›Rechts auf Gesundheit‹«⁴⁰ entstammt der mehrbändigen Verwaltungslehre des Staatsrechtlers Lorenz von Stein. Dort behandelt er im dritten Band, »Das Gesundheitswesen«, selbiges als eine selbständige Wissenschaft innerhalb der Staatswissenschaft. ⁴¹ Steins Ausführungen sind interessant, weil sie die Sorge des Gesundheitswesens um die öffentliche Gesundheit unter expliziter Abstraktion vom kranken Individuum in das Zentrum des Staatsinteresses stellen und dennoch zugleich auch die selbstbestimmte Verfügbarkeit des Einzelnen über seine Gesundheit sicherzustellen suchen. Von Stein begründet zunächst die Notwendigkeit eines eigenständigen Gesundheitswesens innerhalb der Staatsverwaltung mit der gegenseitigen Bedingtheit von individuellem, öffentlichem und auch staatlichem Wohl. Gesundheit kann nicht nur »vom Standpunkte des rein individuellen Zustandes gedacht« werden, weil »das Leben der Gesamtheit zur Bedingung der Gesundheit und Krankheit aller Einzelnen« wird. ⁴² Letztere ist ihrerseits Voraussetzung eines lebendigen und gesunden Staatsorganismus⁴³: »Als Bedingung für das Leben des Staates wird sie [die öffentliche Gesundheit] für ihn [den Staat] zu einem Gute; und er erkennt bald, daß dieses Gut nicht bloß für den Einzelnen, sondern auch für ihn selber einen hohen, ja einen unschätzbaren Werth habe.«⁴⁴ Aufgabe des Gesundheitswesens ist es daher, die »öffentliche Gesundheit herzustellen«⁴⁵ und auch die medizinische Wissenschaft dahin zu bringen, »ihr ursprüngliches Gebiet des Einzellebens zu verlassen, und zuerst die Bedingungen der öffentlichen Gesundheit und ihre Gefahren im Gesammtleben zu suchen«.⁴⁶

38 Virchow (1848/1983), 21–22; zitiert bei Schulz (1987), 33.

39 Schulz (1987), 32.

40 Ebd., 44.

41 Vgl. von Stein (1882).

42 Ebd., 20.

43 Zur Problematik der Organismus-Metaphorik in Staats- und Gesellschaftstheorien vgl. Lüdemann (2007).

44 Von Stein (1882), 22.

45 Ebd., 21.

46 Ebd., 22.

Interessant ist nun, dass Stein in seiner Darstellung des Gesundheitswesens als Teilgebiet der inneren Verwaltung des »persönlichen Lebens« drei Prinzipien des Gesundheitswesens aufstellt, die sowohl inhaltlich als auch argumentativ zentrale Aspekte des menschenrechtlichen Rechts auf Gesundheit vorwegnehmen. So entspricht von Steins oberstes, leitendes Prinzip den Kernaussagen des späteren Rechts auf Gesundheit zu den staatlichen Schutz- und Gewährleistungspflichten: Aufgabe des Gesundheitswesens ist der Schutz des Einzelnen gegen die Gefährdungen seiner Gesundheit durch die Gemeinschaft (also durch Dritte oder die Umwelt) sowie die Förderung seiner Gesundheit durch die Bereitstellung einer medizinischen Versorgungsstruktur. Die anderen beiden Prinzipien schützen die Gesundheitsrechte des Einzelnen vor staatlichen Übergriffen und sichern seine universelle Geltung. Das »Prinzip der freien Persönlichkeit«⁴⁷ legt fest, dass es »Sache der freien Selbstbestimmung des Einzelnen [ist], sich ihrer [der Angebote des Gesundheitswesens] zu bedienen oder nicht«⁴⁸. Es schützt mit dem Verweis auf die »individuelle Freiheit« den Einzelnen vor einer Bevormundung durch das Gesundheitswesen. Das »sociale Verwaltungsprinzip«⁴⁹ garantiert als drittes Prinzip, dass »dem Menschen an und für sich, unabhängig von seiner wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Stellung«⁵⁰ der Schutz und die Pflege seiner Gesundheit durch die Inanspruchnahme der »Leistungen der Verwaltung in Medicinal- und Sanitätswesen«⁵¹ ermöglicht wird.

Die Begründung dieses jedem Einzelnen qua seines Menschseins zukommenden Rechts auf Gesundheit ist eine ethische. Sie leitet sich aus der Anerkennung des »absoluten Werth[es]« der »Gesundheit auch des Einzelnen« als dem obersten »ethischen Princip« des Staates ab.⁵² Besonders wichtig ist diese Begründung, weil sie mit der Anerkennung des absoluten Werts der Gesundheit des Einzelnen ein deutliches Gegengewicht zu Steins früheren Ausführungen zur Bedeutung der öffentlichen Gesundheit für den Staat bildet. Explizit wird daran gemahnt, dass der Staat »nicht bloß die Si-

47 Von Stein (1882), 132.

48 Ebd., 133.

49 Ebd., 134.

50 Ebd.

51 Ebd., 133.

52 Ebd.

cherheit und nicht bloß die Kraft seiner selbst in der seiner Bürger sucht, sondern sich selbst als die höchste Form der Ethik, der thätigen Sittlichkeit erkennt.«⁵³ Der Gefahr einer Beschränkung der Gesundheitsrechte des Einzelnen im Interesse der Allgemeinheit ist mit dieser Begründung ein Riegel vorgeschoben. Deutlicher noch schützt das Prinzip der »freien Persönlichkeit« mit dem Verweis auf die »individuelle Freiheit« den Einzelnen gegen Übergriffe des Staates im Namen der öffentlichen Gesundheit und gegen staatliche Bevormundung im Sinne einer Pflicht zur Gesundheit: »Jeder soll vor allen Dingen und grundsätzlich der Hüter und Förderer seines eigenen Lebens, seiner eigenen Gesundheit sein.«⁵⁴

Diese Doppelstruktur, die allgemeines und individuelles Wohl zueinander und zum Wohle des Staates in Beziehung setzt und zugleich die Freiheitsrechte des Einzelnen schützt, gerät zu Beginn des 20. Jahrhunderts aus dem Blickfeld. So knüpft die Sozialhygiene in der Weimarer Republik zwar explizit an die Überlegungen Virchows und Steins zu einem universellen Recht auf Gesundheit an, läuft aber Gefahr, in ihrem Kampf um die öffentliche Gesundheit die Freiheitsrechte des Einzelnen zu vernachlässigen und Gesundheitsrechte durch Gesundheitspflichten zu ergänzen.⁵⁵

In seinem Aufsatz »Neue Fragestellungen auf dem Gebiet der Hygiene« (1918) verweist der Sozialhygieniker Alfons Fischer hinsichtlich der Frage nach dem Ziel der Sozialhygiene neben Rudolf Virchow und Lorenz von Stein auch auf einen frühen Gesetzentwurf von Franz Anton Mai (1800) zum Recht auf Gesundheit.⁵⁶ Die Sozialhygiene befasse sich »mit den Einflüssen der sozialen Umwelt auf die Gesundheitsverhältnisse«⁵⁷, der Staat habe dabei dafür zu sorgen, dass »die Sorge der Gemeinschaft für die Bedingungen der Erhaltung der Gesundheit sowie für die Heilung von Krankheiten [...] nicht mehr von dem Besitze des Kapitals abhängig« sei.⁵⁸ Wenige Jahre später veröffentlicht er eine Schrift zu »Gesundheitsrecht und Gesundheitspflicht« (1925), in der Rechte und Pflichten über die Kombina-

53 Ebd.

54 Von Stein (1882), 133.

55 Zur Sozialhygiene zu Beginn des 20. Jahrhunderts vgl. Heinzlmann (2009).

56 Vgl. Fischer (1918), 234, Mai (1802). Vgl. auch Fischer (1913) und Labisch (1992), 90.

57 Fischer (1918), 220.

58 Von Stein (1882); zitiert bei Fischer (1918), 234.

tion individueller und sozialer Hygiene zusammenführt werden: »Hygiene ist eine Wissenschaft, die zum Gesundheitsrecht führen soll, und sie ist eine Tugend, zu der die Jugend zu erziehen ist, damit jeder Staatsbürger in Zukunft seine Gesundheitspflicht erfüllt.«⁵⁹

Zusammenfassend zeigt der Überblick über frühe Ansätze zu einem Recht auf Gesundheit, dass die zu seiner Realisierung notwendige Bindung an das für die öffentliche Gesundheit verantwortliche Gesundheitswesen die Gefahr menschenrechtsverletzender Zwangsmaßnahmen als radikale Möglichkeit der Krankheitsbekämpfung mit einschließt. Angesichts dieser systemimmanenten Gefahren ist, wie im Folgenden zu zeigen sein wird, die Einbindung des Rechts auf Gesundheit in den Gesamtkontext der freiheitlich ausgerichteten Menschenrechte entscheidend.

4. DAS »RECHT AUF GESUNDHEIT« IM MENSCHENRECHTLICHEN KONTEXT

In der *Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte* (AEMR) von 1948 wird Gesundheit im Vergleich zur Definition der WHO deutlich enger gefasst und als Bestandteil angemessener Lebensqualität von anderen Formen des Wohls unterschieden.⁶⁰ Krankheit wird hier in den Kontext eines Rechts auf Sicherheit eingeordnet. Im Vordergrund steht die soziale Absicherung im Falle krankheitsbedingter Erwerbsunfähigkeit. Von einem Recht auf angemessene Gesundheitsversorgung ist hier noch nicht explizit die Rede. Rechtsverbindlich und als eigenständiges Recht wird das »Recht auf Gesundheit« erst in Art. 12 des UN-Sozialpakts von 1966 ausgeführt.⁶¹ Die Vertragsstaaten erkennen darin, wie es gleich zu Beginn in der Definition heißt, »das Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an

59 Fischer (1925), 52.

60 »Everyone has the right to a standard of living adequate for the health and wellbeing of himself and of his family, including food, clothing, housing and medical care and necessary social services, and the right to security in the event of unemployment, sickness, disability, widowhood, old age or other lack of livelihood in circumstances beyond his control.« Universal Declaration of Human Rights, Art. 25. 1.

61 Vgl. Krennerich (2013), 402.

körperlicher und geistiger Gesundheit an.« Dabei werden Unterschiede, sowohl in der biologischen Konstitution als auch in der sozioökonomischen Ausgangssituation und Lebensweise verschiedener Individuen, in der Formulierung »höchstmöglich« explizit reflektiert. Im Jahre 2000 verabschiedete das UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights den *Allgemeinen Kommentar zum Recht auf Gesundheit*, der das Recht auf Gesundheit auf der Basis der AEMR in verschiedene Richtungen präzisiert. Unter anderem beinhaltet Art. 12 laut Kommentar das Recht »to the enjoyment of a variety of facilities, goods, services and conditions necessary for the realization of the highest attainable standard of health«⁶². Im Zentrum steht in diesem Passus die Verpflichtung des Staates, Versorgungsleistungen und Institutionen bereitzustellen, die es jedem Einzelnen ermöglichen, den für ihn höchstmöglichen Zustand an Gesundheit zu erlangen. Ein Anspruch auf vollständige Gesundheit oder gar eine Bürgerpflicht, gesund zu sein und zu bleiben, sind nicht nur kein Bestandteil des menschenrechtlich verankerten Rechts auf Gesundheit, sie würden ihm vielmehr geradezu zuwiderlaufen.⁶³

Zwei entscheidende konzeptuelle Aspekte unterscheiden dieses »Recht auf Gesundheit« von seinen historischen Vorläufern: Es steht erstens nicht für sich allein, sondern ist in die gesamtmenchenrechtliche Systematik eingebettet. Maßnahmen des Staates zur Förderung der öffentlichen Gesundheit sind daher auf ihre Verträglichkeit mit den anderen Menschenrechten hin zu prüfen. Zweitens, aber keineswegs weniger wichtig, ist der in der Präambel der AEMR (1948) ausformulierte Rückbezug aller Menschenrechte auf die Menschenwürde. Die Anerkennung einer jedem Menschen inhärenten Würde bildet den Grund aller Menschenrechte und garantiert zugleich, dass diese Rechte jedem Einzelnen, ohne Ausnahme, allein aufgrund seines Menschseins zugesprochen werden müssen. Umgekehrt dienen die einzelnen Menschenrechte ihrerseits der expliziten Anerkennung

62 CESCR E/C.12/2000/4, 11. August 2000, Ziff. 9.

63 »[...] good health cannot be insured by a State, nor can States provide protection against every possible cause of human ill health. Thus, genetic factors, individual susceptibility to ill health and the adoption of unhealthy or risky lifestyles may play an important role with respect to an individual's health.« CESCR E/C.12/2000/4, 11. August 2000, Ziff. 9.

der Menschenwürde.⁶⁴ Die Achtung und Beförderung der Menschenwürde gehören demnach zum Kern des »Rechts auf Gesundheit«. Anders formuliert: Zu diesem Recht gehört, dass Maßnahmen des Staates zur Verbesserung der Gesundheit mit der Menschenwürde vereinbar sein müssen.

Das ist auch Juli Zeh als studierter Juristin bekannt. In *Corpus Delicti* findet sich daher nun mit Bezug auf die AEMR eine zweite folgenreiche Verschiebung. Die Bedeutung der Menschenwürde für die Menschenrechte und auch für das bundesrepublikanische Grundgesetz wird durch ihre Position innerhalb zentraler Dokumente hervorgehoben. So erscheint das Gebot ihrer Anerkennung gleich im ersten Satz der Präambel der AEMR: »Whereas the recognition of the inherent dignity and of the equal and inalienable rights of all members of the human family is the foundation of freedom, justice and peace in the world.« Im 1. Artikel des bundesrepublikanischen Grundgesetzes heißt es: »Die Würde des Menschen ist unantastbar.« Das entsprechende Dokument des Romans spielt sowohl auf die Präambel der AEMR als auch auf den 1. Artikel des Grundgesetzes an, ersetzt jedoch den Begriff der Würde durch den des Wohls: »Die METHODE dient dem Wohl des Menschen, Artikel eins der Präambel.«⁶⁵ Die Konsequenz dieser Verabsolutierung der Gesundheit unter Verabschiedung der Menschenwürde ist die Aufhebung des Menschenrechtsschutzes. Menschenrechte adressieren den Staat und nehmen diesen in die Pflicht, bestimmte Standards zu gewährleisten, sie dienen jedoch zugleich dem Schutz des Einzelnen vor staatlichen und globalen gesundheitspolitischen Übergriffen.

Der Respekt vor der Menschenwürde des Einzelnen erweist sich damit zugleich auch als Voraussetzung von Autonomie und Selbstbestimmung. Setzt man das auch nach medizinischen Kriterien von Dritten definierbare Wohl des Patienten an die Stelle der ihm inhärenten Würde, so entfallen die Schranken, die den Einzelnen als autonomes Individuum vor übergeordneten gesundheitspolitischen und biomedizinischen Interessen schützen. Aus der Perspektive des »allgemeinen Wohl[s]« ist Selbstbestimmtheit ein »untragbarer Kostenfaktor«.⁶⁶ Ohne diese Orientierung am Würdebegriff ließe sich das Recht auf Gesundheit für sämtliche Maßnahmen zur Beförderung der öffentlichen Gesundheit missbrauchen.

64 Vgl. Bielefeldt (2011), 105–116.

65 Zeh (2010), 110.

66 Ebd., 187.

5. FAZIT

Menschenrechte sind neben Anspruchsrechten vor allem auch Freiheitsrechte. Sie sollen die größtmögliche Autonomie (im Sinne von Selbstständigkeit) und die freie Selbstbestimmung des Einzelnen stärken, sowohl durch den Schutz vor »freiheitseinschränkenden Eingriffen durch staatliche Organe und Dritte« als auch durch »die Schaffung der realen Bedingungen, die autonomes, selbstbestimmtes Handeln erst ermöglichen.«⁶⁷ Diese freiheitliche Ausrichtung der Menschenrechte – Respekt der Privatsphäre, selbstständige Lebensgestaltung, freie Ehegattenwahl, Meinungsäußerungs- und Informationsfreiheit etc. – prägt auch die Konturen des darin eingebundenen Rechts auf Gesundheit.

Ein wichtiges Instrument zur Sicherung der Freiheitsrechte insgesamt besteht in der Abwägung der Verhältnismäßigkeit von Maßnahmen, die zur Gewährleistung eines spezifischen Menschenrechts durchgeführt werden, hinsichtlich ihrer möglichen Einschränkungen anderer Menschenrechte. Bezüge zwischen den Menschenrechten herzustellen, ist Aufgabe der Allgemeinen Kommentare zu den einzelnen Menschenrechten. So setzt der *Allgemeine Kommentar Nr. 14 zum Recht auf Gesundheit* dieses Recht in Beziehung zum Recht auf Achtung des Privatlebens (wie es beispielsweise in Artikel 8 der EMRK verankert ist). Das dort enthaltene »Selbstbestimmungsrecht über den eigenen Körper« umfasst u.a. den »Schutz der physischen und psychischen Integrität des Einzelnen«. Als »Recht auf körperliche Unversehrtheit« (Art 2.2 GG) und allgemeine Entscheidungsfreiheit (Art. 2.1. GG) geht es in das bundesrepublikanische Grundgesetz ein.⁶⁸ Als Recht auf Behandlungs- oder Therapieverzicht konkretisiert, geht das Recht auf Achtung des Privatlebens in den *Allgemeinen Kommentar Nr. 14 zum Recht auf Gesundheit* ein:

67 Krennerich (2013), 336–337.

68 Vgl. mit etwas anderer Fokussierung Krennerich (2013), 205: »Der Schutz der körperlichen Unversehrtheit kann somit, obwohl hierzulande getrennt ausgewiesen und konkretisiert, als Bestandteil des Rechts auf Gesundheit angesehen werden.«

»The right to control one's health and body, including sexual and reproductive freedom, and the right to be free from interference, such as the right to be free from torture, non-consensual medical treatment and experimentation.«⁶⁹

Mit seinem Schutz vor nicht-einvernehmlichen (non-consensual) medizinischen Behandlungen und Experimenten sowie der Anerkennung des Selbstbestimmungsrechts des Einzelnen über die persönliche Gesundheit und den eigenen Körper beinhaltet dieser Passus des Kommentars ein Abwehrrecht des Einzelnen gegenüber ärztlichen Eingriffen ebenso wie gegenüber staatlicher oder globaler gesundheitspolitischer Bevormundung.

Auch im menschenrechtlichen Kontext hat das Recht auf Behandlungs- und Therapieverzicht jedoch seine Grenzen. Zwangsmedikationen und -behandlungen sind nicht gänzlich ausgeschlossen. Erlaubt sind Einschränkungen dort, wo die Gefahr einer gesundheitlichen Schädigung Dritter oder (in schwerwiegenden Fällen) auch des Kranken selbst vorliegt. So ist der Staat mit Blick auf die öffentliche Gesundheit dazu berechtigt, zum Schutz der Bevölkerung vor übertragbaren Krankheiten und Epidemien kollektive Maßnahmen wie obligatorische Impfungen, Quarantäneverordnungen, aber auch Röntgenuntersuchungen größerer Bevölkerungsgruppen anzuordnen und auch gegen den Willen des Einzelnen durchzusetzen.⁷⁰ Mit Blick auf die Gefahren des Missbrauchs solcher Einschränkungen der Freiheitsrechte im Namen der öffentlichen Gesundheit – neben dem Recht auf Behandlungsverzicht sind hier insbesondere Einschränkungen der Religionsfreiheit, der Meinungsfreiheit und der Versammlungsfreiheit betroffen⁷¹ – weist der *Allgemeine Kommentar* jedoch explizit auf die Notwendigkeit der Abwägung der Verhältnismäßigkeit des Eingriffs im Vergleich zur Schwere der Bedrohung öffentlicher Gesundheit hin.⁷² Das Prinzip der Verhältnis-

69 CESCR E/12/2000/4, 11. August 2000, Ziff. 8.

70 Gerichtsentscheidungen finden sich in der »Global Health and Human Rights Database« – zur obligatorischen Röntgenuntersuchung bei Tuberkuloseverdacht: Decision 2012/B/1991 in the Name of the Republic of Hungary; zur obligatorischen Impfung: Decision No. 362/10, Granada.

71 Vgl. die jeweiligen Passagen im CCPR, Ziff. 18, 19, 21 sowie die Art. 9, 10 und 11 der EMRK.

72 Vgl. CESCR E/C.12/2000/4, 11. August 2000, Ziff. 28. »Issues of public health are sometimes used by States as grounds for limiting the exercise of other

mäßigkeit impliziert dabei eine Verteilung der Argumentationslast in Richtung auf diejenigen, die Freiheitseinschränkungen für erforderlich halten.

Die zweite Einschränkung des Abwehrrechts medizinischer Behandlung gilt dem Schutz des Kranken selbst. Sie ist in den letzten Jahren insbesondere im Kontext der Zwangsmedikation mit Neuroleptika in der Psychiatrie zur Behandlung akuter Psychosen kontrovers diskutiert und insgesamt zugunsten einer Stärkung der Patientenautonomie entschieden worden. An dieser Debatte werden die ethischen Probleme deutlich, die sich sowohl aus der Einschränkung der Patientenautonomie zugunsten der ärztlichen Fürsorgepflicht auf der Basis einer medizinischen Indikation ergeben als auch umgekehrt aus der Forderung einer Stärkung der Patientenautonomie bis hin zu einer »Freiheit zur Krankheit«.⁷³

Insgesamt lässt sich die eingangs gestellte Frage nach konzeptionellen und rechtlichen Sicherungen zur Verhinderung eines Missbrauchs des Rechts auf Gesundheit positiv beantworten. Aufgrund seiner Einbindung in den Gesamtkontext der Menschenrechte und der Fundierung der Menschenrechte durch die jedem Menschen inhärente Würde in der Präambel der *Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte* ist das »Recht auf Krankheit« im Sinne eines Rechts auf ungesunde Lebensführung und auf die Entscheidung zur Nicht-Behandlung dem Art. 12. des UN-Sozialpakts zum »Recht auf Gesundheit« eingeschrieben. Auch dort, wo die Freiheit zur Krankheit eingeschränkt wird, besteht die Möglichkeit, gegen eine unverhältnismä-

fundamental rights. The Committee wishes to emphasize that the Covenant's limitation clause, article 4, is primarily intended to protect the rights of individuals rather than to permit the imposition of limitations by States.« Sowie ebd., Ziff. 29. »In line with article 5.1, such limitations must be proportional, i.e. the least restrictive alternative must be adopted where several types of limitations are available. Even where such limitations on grounds of public health are basically permitted, they should be of limited duration and subject to review.«

73 Verwendung findet die Formulierung »Freiheit zur Krankheit« u.a. in den Urteilsbegründungen des Bundesverfassungsgerichts: BVerfGE 58. 208 [226]; BVerfG 2. Senat, 23. März 2011, Az: 2 BvR 882/09, 2., 16, Nr. 55. Zusammenfassend zur Rechtslage Müller et al. (2012), 1142–1149; zu den Folgen für die klinische Praxis ebd., 1150–1155; Konrad/Müller (2015), 897–905; zur ethischen Analyse der neuen Rechtslage Vollmann (2014), 614–620.

Bige Einschränkung der Freiheiten des Einzelnen im Namen der öffentlichen Gesundheit sowie gegen paternalistische Fürsorge rechtlich Einspruch zu erheben.

Zehs Roman zeigt allerdings, dass diese Verbindung des Rechts auf Gesundheit mit der Freiheit zur Krankheit angesichts neuer Entwicklungen im Gesundheitswesen, aktuell insbesondere im Kontext des Datenschutzes und der zunehmenden Bedeutung der Krankheitsprävention und der Molekulargenetik, immer wieder neu verhandelt, verteidigt und gegebenenfalls erstritten werden muss. Die breite Tragweite leichter Verschiebungen in den Formulierungen – von einer umfassenden zu einer vollkommenen Gesundheit im Vergleich der Gesundheitsdefinition der WHO und derjenigen des Romans – führt zudem eindringlich vor, wie leicht Bestrebungen zu einer Optimierung der Gesundheit eine für die demokratische Freiheit ungünstige Wendung nehmen können. Welche Folgen die Unterschätzung institutionell eingeführter Normen für das komplexe Gefüge der Menschenrechte in ihrem Zusammenspiel haben kann, wird an der Ersetzung der Würde des Menschen als Grundlage der Menschenrechtskonvention durch das Wohl des Menschen, mit dem Zehs totalitärer Staat sich im Namen der öffentlichen Gesundheit legitimiert, als Gedankenexperiment anschaulich inszeniert.

LITERATUR

- Bauman, Zygmunt (1994): *Tod, Unsterblichkeit und andere Lebensstrategien*, Frankfurt: Fischer.
- Bielefeldt, Heiner (2011): *Auslaufmodell Menschenwürde? Warum sie in Frage steht und warum wir sie verteidigen müssen*, Freiburg i.Br.: Herder.
- Bielefeldt, Heiner/Deile, Volkmar/Hamm, Brigitte/Hutter, Franz-Josef/Kurtenbach, Sabine/Tretter, Hannes (Hg.) (2011): *Nothing to hide – nothing to fear? Datenschutz, Transparenz, Solidarität. Jahrbuch Menschenrechte 2011*, Wien u.a.: Böhlau.
- Bröckling, Ulrich (2004): »Art. »Prävention««, in: Bröckling et al. (2004), 210–215.
- Bröckling, Ulrich (2008): »Vorbeugen ist besser ... Zur Soziologie der Prävention«, in: *Behemoth. A Journal of Civilisation* 1 (2008), 38–48.

- Bröckling, Ulrich/Krasmann, Susanne/Lemke, Thomas (Hg.) (2004): *Glossar der Gegenwart*, Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Brodnig, Ingrid (2009): »Menschen werden gezielt eingeschüchtert«, *Futurzone.orf.at – Futurzone ORF* (gesendet am 24. September 2009), Online: www.fuzo-archiv.at/ [21.12.2015].
- Canguilhem, Georges (2013a): »Krankheiten [Les maladies, 1989]«, in: Canguilhem (2013b), 29–42.
- Canguilhem, Georges (2013b): *Schriften zur Medizin. Mit einem Nachwort versehen von Michael Hagner*, Zürich: diaphanes.
- Chilese, Viviana/Preusser, Heinz-Peter (Hg.) (2013): *Technik in Dystopien*, Heidelberg: Winter.
- Clausen, Jens/Levy, Neil (Eds.) (2015): *Handbook of Neuroethics*, Dordrecht u.a.: Springer.
- Dabrock, Peter (2015): »Freiheit, Selbstbestimmung, Selbstkonstruktion – zur Ethik von Big Data«, in: Deutscher Ethikrat (2015), Online: www.ethikrat.org/veranstaltungen/Jahrestagungen/die-vermessung-des-menschen [03.12.2015].
- Deutscher Ethikrat (2015): *Die Vermessung des Menschen – Big Data und Gesundheit*, Online: www.ethikrat.org/veranstaltungen/Jahrestagungen/die-vermessung-des-menschen [03.12.2015].
- Fischer, Alfons (1913): *Ein sozialhygienischer Gesetzentwurf aus dem Jahre 1800, ein Vorbild für die Gegenwart*, Berlin: Springer.
- Fischer, Alfons (1918): »Neue Fragestellungen auf dem Gebiet der Hygiene«, in: Lesky (1977), 217–249.
- Fischer, Alfons (1925): »Gesundheitsrecht und Gesundheitspflicht«, in: *Sozialhygienische Mitteilungen* 9, 1/2 (1925), 44–52.
- Frank, Johann Peter (1779–1788): *System einer vollständigen medicinischen Polizey*. 4 Bde., Mannheim: Schwan und Götz.
- Frank, Johann Peter (1790): *Akademische Rede vom Volkselend als Mutter der Krankheiten*, Übersetzt und mit einer Einleitung versehen von Erna Lesky, Leipzig: Barth [1960].
- Frevert, Ute (1984): *Krankheit als politisches Problem 1770–1880. Soziale Unterschichten in Preußen zwischen medizinischer Polizei und staatlicher Sozialversicherung*, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Geisenhanslüke, Achim (2013): »Die verlorene Ehre der Mia Holl. Juli Zehs Corpus Delicti«, in: Chilese/Preusser (2013), 223–232.

- Hardy, Anne (2005): *Ärzte, Ingenieure und städtische Gesundheit. Medizinische Theorien in der Hygienebewegung des 19. Jahrhunderts*, Kultur der Medizin, Bd. 17, Frankfurt/M., New York: Campus Verlag.
- Heinzelmann, Wilfried (2009): *Sozialhygiene als Gesundheitswissenschaft. Die deutsch/deutsch-jüdische Avantgarde 1897–1933. Eine Geschichte in sieben Profilen*, Bielefeld: transcript.
- Hilmes, Carola (2013): »Frei von Leid und Schmerz. Juli Zehs literarische Version einer Gesundheitsdiktatur«, in: *Forschung Frankfurt. Thema: Der korrigierte Mensch* 1 (2013), 70–71 (Rezension), Online: www.forschung-frankfurt.uni-frankfurt.de [27.11.2015].
- Konersmann, Ralf (Hg.) (2007): *Wörterbuch der philosophischen Metaphern*, Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Konrad, Norbert/Müller, Sabine (2015): »Compulsory Interventions in Mentally Ill Persons at Risk of Becoming Violent«, in: Clausen/Levy (2015), 879–905.
- Krennerich, Michael (2013): *Soziale Menschenrechte. Zwischen Recht und Politik*, Schwalbach/Ts.: Wochenschau-Verlag.
- Krüger-Brand, Heike E. (2014): »Mobile Health: Fitness- und Gesundheitswächter«, in: *Ärzteblatt* 111 (2014), 45, Online: www.aerzteblatt.de/archiv/163387/Mobile-Health-Fitness-und-Gesundheitswächter [18.10.2015].
- Kunnert, Gerhard (2011): »Der vernetzte »elektronische Patient«, in: Bielefeldt et al. (2011), 132–149.
- Labisch, Alfons (1992): *Homo Hygienicus. Gesundheit und Medizin in der Neuzeit*, Frankfurt/M., New York: Campus.
- Lengwiler, Martin/Madarász, Jeannette (Hg.) (2010): *Das präventive Selbst. Eine Kulturgeschichte moderner Gesundheitspolitik*, Bielefeld: transcript.
- Lesky, Erna (Hg.) (1977): *Sozialmedizin. Entwicklung und Selbstverständnis*, Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Lüdemann, Susanne (2007): »Art. »Körper, Organismus«, in: Konersmann (2007), 168–182.
- Mai, Anton (1802): *Stolpertus, der Polizeiarzt im Gerichtshof der medizinischen Polizeigesetzgebung, von einem patriotischen Pfälzer*, Vierter Teil, Mannheim: Schwan und Götz [anonym erschienen].

- Maierhofer, Waltraud (2012): »Juli Zeh's Corpus Delicti (2009): Health Care, Terrorists, and the Return of the Political Message«, in: *Monatshefte* 104, 3 (2009), 375–392.
- Müller, Klaus E. (Hg.) (2003): *Phänomen Kultur. Perspektiven und Aufgaben der Kulturwissenschaften*, Bielefeld: transcript.
- Müller, Sabine/Walter, Henrik/Kunze, Heinrich/Konrad, Norbert/Heinz, Andreas (2012): »Zwangsbehandlung unter Rechtsunsicherheit. Teil 1: Die aktuelle Rechtslage zu Zwangsbehandlungen einwilligungsunfähiger Patienten mit psychischen Erkrankungen«, in: *Der Nervenarzt* 83 (2012), 1142–1155.
- Röber, Friedrich August (1806): *Von der Sorge des Staats für die Gesundheit seiner Bürger*, Dresden: Gärtner.
- Roelcke, Volker (2003): »Medizin – eine Kulturwissenschaft? Wissenschaftsverständnis, Anthropologie und Wertsetzungen in der modernen Heilkunde«, in: Müller (2003), 107–130.
- Sarasin, Philippe (2001): *Reizbare Maschinen. Eine Geschichte des Körpers 1765–1914*, Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Schulz, Frank (1987): *Das »Recht auf Gesundheit«. Seine wirtschafts- und sozialpolitischen Voraussetzungen in der Geschichte der sozialmedizinischen Lehrmeinungen*, Regensburg: transfer.
- Virchow, Rudolf (1848/1983): »Die öffentliche Gesundheitspflege«, in: Virchow, Rudolf/Leubuscher, Rudolf (Hg.): *Die medizinische Reform. Eine Wochenschrift*, 1. und 2. Jg., 1948/49, No. 5, No. 7., No. 8, No. 9, 1848. Neudruck, Berlin (DDR) 1983, 21–22, 37–40, 45–47, 53–56.
- Vollmann, Jochen (2014): »Zwangsbehandlungen in der Psychiatrie. Eine ethische Analyse der neuen Rechtslage für die klinische Praxis«, in: *Nervenarzt* 85 (2014), 614–620.
- Von Stein, Lorenz (1882): *Das Gesundheitswesen. Erstes Hauptgebiet, zweiter Teil der Inneren Verwaltungslehre. Zweite Auflage. Gänzlich Neubearbeitet und bis auf die neueste Zeit verfolgt*, Stuttgart: Cotta.
- Wolff, Eberhard (2010): »Diätetik als Selbsttechnologie: Zum Verhältnis heteronomer und autonomer Selbstdisziplinierung zwischen Lebensreformbewegung und heutigem Gesundheitsboom«, in: Lengwiler et al. (2010), 169–204.
- World Health Organization (1978): *Erklärung von Alma-Ata*, Online: www.euro.who.int/de/publications/policy-documents/declaration-of-alma-ata,-1978 [19.10.2015].

- World Health Organization (1986): *Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung*, Online: www.euro.who.int/de/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986 [19.10.2015].
- World Health Organization (2009): *Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference*, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948, in: WHO: Basic Documents. Forty-seventh Edition 2009, 1–18.
- World Health Organization (2013a): *Gesundheit 2020: Europäisches Rahmenkonzept für gesamtstaatliches und gesamtgesellschaftliches Handeln zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden*, Online: www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/publications/2013/health-2020-a-european-policy-framework-supporting-action-across-government-and-society-for-health-and-well-being [18.10.2015].
- World Health Organization (2013b): *Erklärung von Ashgabat. Über die Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten im Kontext von Gesundheit 2020*, Online: www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0003/236190/Ashgabat-Declaration-4-December-2013-Ger.pdf [18.10.2015].
- Zeh, Juli (2010): *Corpus Delicti. Ein Prozess*, München: btb. Erstaufgabe: Frankfurt/M.: Schöffling & Co, 2009.