

1.5 Der Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

Die staatliche Förderung nationaler Forschungsinstitute ist ein wesentliches Merkmal der *planification scientifique* (Gaudillière 2002a: 292). Der CNRS wird nach dem Krieg das wichtigste Zentrum für Grundlagenforschung. Er verfügt über eigene Laboratorien, und Hunderte an Vollzeitwissenschaftlerinnen und -wissenschaftler sind dort beschäftigt (Gaudillière 2002b: 397).¹⁶ Auch der INH ist in der *planification scientifique* einbegriffen, sein Budget wächst immens (Gaudillière 2002a: 292). Im Jahr 1964 entsteht schließlich aus dem nationalen Hygieneinstitut, dem INH, der INSERM, das nationale Institut für Gesundheit und medizinische Forschung. Es untersteht dem Gesundheitsministerium. Zu seinen Aufgaben zählt, die Regierung über den Gesundheitszustand des Landes zu informieren, Studien zur menschlichen Gesundheit und zur medizinische Forschung durchzuführen und zu fördern, einen Beitrag zur Ausbildung in der medizinischen Forschung zu leisten sowie die Publikation seiner Tätigkeiten und Studien (Chambefort o.J.). Zwischen 1964 und 1968 wachsen die Forschungslabore nach eigenen Angaben von 55 auf ungefähr 90 an. Die meisten Labore sind an den CHU angesiedelt (INSERM o.J.; Chambefort o.J.). Die Forschungstätigkeiten sind in die *actions concertées* eingebunden, die von der DGRST lanciert werden (Chambefort o.J.). Der INH bzw. INSERM entwickelt sich zu einem biomedizinischen Institut, dessen Ausrichtung auf die Gesundheit der Bevölkerung schrittweise marginalisiert wird und der medizinischen Forschung im Sinne der Neo-Kliniker und -Klinikerinnen Raum bietet (Gaudillière 2002a: 449; Berlivet 2008: 478). Hier wird nun im Jahr 1974 ein Ethikkomitee eingerichtet.

2 WOFÜR WAR DAS ETHIKKOMITEE DES INSTITUT NATIONAL DE LA SANTÉ ET DE LA RECHERCHE MÉDICALE DIE LÖSUNG?

Das Ethikkomitee vom INSERM wird durch die Entscheidung des damaligen Generalsekretärs des Instituts, Constant Burg, im Jahr 1974 eingerichtet (Alias 1991: 129). Die erste Sitzung wird 1976 abgehalten. Präsident des Komitees wird der Neo-Kliniker Jean Bernard, der, wie bereits erwähnt, im Jahr 1983 der erste Präsident des nationalen Ethikkomitees wird. Beim *Comité d'Éthique d'INSERM* han-

16 Zum CNRS und seiner Rolle im französischen Forschungssystem vgl. Gerhard Krauss »Forschung im unitaristischen Staat« (Krauss 1996).

delt es sich damals um ein Expertinnen- und Expertenkomitee, das sich aus vier Klinikerinnen und Klinikern, zwei Biologinnen und Biologen, einem Amtsarzt oder einer Amtsärztin, einem Facharzt oder einer Fachärztin für Medizinrecht und einem Vertreter oder einer Vertreterin des Institutpersonals zusammensetzt. Zu seinen Aufgaben zählt nicht die Politikberatung. Diese Aufgabe hatte nur der INSERM (und nicht sein Ethikkomitee), damals in Form der Information des Gesundheitsministeriums, seit dem Jahr 1981 zudem des Forschungsministeriums. Zu den Aufgaben des Komitees gehört es, Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen im Hinblick auf die Ethik der Biomedizin zu sensibilisieren und Stellungnahmen zu ethischen Fragen von Forschungsplänen im biomedizinischen Bereich abzugeben (ebd.: 131). Zu dem Bereich zählen die Perinatalogie, die Pädiatrie, die Neuropsychiatrie und die Onkologie. Die Forschungspläne werden von Wissenschaftlern und Wissenschaftlerinnen auf freiwilliger Basis vorgelegt: Bei negativer Bewertung der Pläne wird die Finanzierung der Projekte in Frage gestellt (ebd.: 133; vgl. Ambroselli 1984: 8; Maio 1995: 291; 2000: 77). Vor der Diskussion im Ethikkomitee wird der Forschungsplan im Hinblick auf seine Methode geprüft. Das Ergebnis der Diskussion innerhalb des Komitees war in den meisten Fällen konsensual (Alias 1991: 132).

In der Folgezeit wenden sich auch Forscher und Forscherinnen, die nicht am INSERM angebunden sind, an das Komitee, denn immer mehr wissenschaftliche Zeitschriften setzen solche Stellungnahmen als Bedingung für eine Veröffentlichung voraus, so der Freiburger Philosoph und Mediziner Giovanni Maio in seiner Studie zur Diskussion von Humanexperimenten in der französischen Nachkriegszeit: »Immer lauter wurde der Ruf nach weiteren Institutionen dieser Art« (Maio 2000: 77f; vgl. Bateman Novaes 1998: 14). Für eine Anrufungspflicht bei Forschungsvorhaben tritt die nationale Medizinakademie 1977 ein und 1979 die Standsvertretung für Ärzte und Ärztinnen, der *Ordre des médecins*. An mehreren privaten und öffentlichen Forschungseinrichtungen entstehen solche Ethikkommissionen oder -komitees zur Beurteilung von Forschungsprojekten (Maio 1995: 291; 2000: 78). Inwiefern scheint die Einrichtung eines solchen Ethikkomitees beim INSERM notwendig oder anders gesagt: Wofür ist es die Lösung?

Die Einrichtung des *Comité d'Éthique d'INSERM* im Februar 1974 geht auf die Initiative von Simone Veil zurück, Gesundheitsministerin von 1974–1979 während der Präsidentschaft von Valéry Giscard d'Estaing (1974–1981) (Alias 1991: 129). Die konkreten Beweggründe Veils, ein Ethikkomitee zu initiieren, sind schwer rekonstruierbar. In den entsprechenden Dokumenten wird zwar erwähnt, dass sie das Komitee initiiert hat, jedoch nicht, inwiefern die Einrichtung notwendig schien (vgl. Ambroselli 1984: 8; Alias 1991: 129). Für meine Untersuchung hat

Simone Veil ein Interview zweifach abgelehnt¹⁷ und auch in den realisierten Interviews gab es auf diese Frage keine präzise Antwort. Allerdings gibt es für die Beantwortung der Frage vier Anhaltspunkte: Erstens, wie zu Beginn dieses Kapitels erwähnt, erklärt Noëlle Lenoir in ihrer Publikation »An den Grenzen des Lebens« (Lenoir 1991/Übers. S.K.) die Entstehung von Ethikkomitees in Frankreich mit dem »Bewusstwerden von ethischen Problemen« durch den Zweiten Weltkrieg und insbesondere durch die Humanexperimente im NS. Auch Jean Bernard nimmt in seinem Buch »Mediziner im Wandel eines Jahrhunderts« auf »die skandalösen Experimente von Hitlers Medizinern« Bezug (Bernard 1994: 321/Übers. S.K.). Zweitens ändert sich in diesem Zeitraum auf Anraten von Simone Veil der Aufgabenbereich des Instituts. Während bis zum Jahr 1974 der Schwerpunkt im Bereich der biologischen Forschung liegt, soll das Institut seine Aktivitäten in der medizinisch-klinischen Forschung und somit im Bereich der Versuche am Menschen weiterentwickeln (Alias 1991: 129ff). Drittens wird in einem von mir geführten Interview das Komitee als »Comité de protection«, als »Komitee zum Schutz« gegenüber der Kritik an den Forschungsaktivitäten vom INSERM bezeichnet (Int F X/Übers. S.K.). Viertens äußert sich Simone Veil im Jahr 1974 zur biomedizinischen Forschung des Instituts und der Kritik daran. In ihrem Vortrag anlässlich des 10. Jahrestages vom INSERM, sagt sie:

»Entgegen derer, die die Unvollkommenheit und die Unsicherheiten der Medizin aufbauen und daraus übereilt ein Scheitern der Medizin folgern, bin ich der Ansicht, dass die biomedizinische Forschung [...] alle großen wissenschaftlichen Fortschritte durchdringen, beeinflussen, lenken – in einem Wort humanisieren – und den Menschen auf seine Zukunft vorbereiten kann« (Veil 1974/Übers. S.K.).

Für die Gesundheitsministerin gehört medizinische Forschung verknüpft mit einer »humanisierenden« Wirkung zum Basisbestand des wissenschaftlichen Fortschritts. Dies erinnert an das Grußwort des Bildungsministers René Billières, das im Jahr 1956 auf dem »Colloque de Caen« verlesen wird. Darin heißt es, dass sich die Laboratorien vermehren sollen, da es sich um »Tempel der Zukunft, des Reichtums und des Wohlstands« handelt. Und weiter heißt es: »Hier wird die Humanität wachsen, stärker und besser werden« (Équipe des Cahiers de la République 1956: o.S./Übers. S.K.). Die Gesundheitsministerin knüpft mit der »humanisierenden« Wirkung, die sie der biomedizinischen Forschung zuschreibt, sowohl implizit als auch explizit an den Diskurs der Nachkriegszeit an. Denn sie sagt weiter, dass »Wir« seit Ende der 1950er Jahre »schrittweise in die Gruppe der Länder eingetre-

17 Die Anfragen für ein Interview wurden brieflich am 6. und 16.12.2005 gestellt.

ten [sind], die einen wahrhaftigen Beitrag zum medizinischen Fortschritt leisten« (Veil 1974/Übers. S.K.). Die Verknüpfung von Forschung und Wohlstand, wie sie sich beim »Colloque de Caen« zeigt, taucht in Veils Rede knapp 20 Jahre später nicht auf. Jedoch zeigt sich insofern eine Verknüpfung mit nationalem Prestige, da Veil die führende Rolle Frankreichs im Bereich der medizinischen Forschung betont. Medizinische Forschung wird von der Gesundheitsministerin m.E. nicht nur als Teil des wissenschaftlichen Fortschritts gesehen. Der medizinischen Forschung kommt in der Perspektive Veils darüber hinaus eine Schlüsselfunktion in der Lenkung, eine Führungsposition der zukünftigen wissenschaftlichen Entwicklungen zu. Zudem spricht Veil von Kritik an Medizin und bezeichnet sie als aufgebauscht und übereilt. Hierdurch stellt sie ihren eigenen Standpunkt ins Licht des Rationalen und macht ihn zu einem, der ohne Übertreibungen auskommt und nicht voreilig, sondern überlegt ist. Indem sie der biomedizinischen Entwicklung eine »humanisierende« Wirkung zuschreibt, zeigt sie implizit auf, dass sich die Kritiker und Kritikerinnen solch einer moralischen Haltung verschließen. Wer eine »humanisierenden«, sprich menschenwürdiger machende Entwicklung kritisiert, kann demnach nur eines sein: inhuman.

Die Anhaltspunkte zu der Frage, inwiefern die Einrichtung eines Ethikkomitees notwendig scheint – die Verschiebung des Aufgabenschwerpunkts vom INSERM hin zur Forschung am Menschen, die zeitlich parallele Einrichtung des Ethikkomitees, das als Schutzkomitee vor Kritik an Forschungsaktivitäten bezeichnet wird und die Bezugnahme auf Medizinskepsis in der Rede Simone Veils – lassen auf einen Zusammenhang zwischen der Entwicklung medizinischer Forschung und ihrer Kritik schließen. Aber was beinhaltet die Kritik an den medizinischen Entwicklungen und insbesondere der Versuche am Menschen, wer sind die Akteurinnen und Akteure in diesem Diskurs? Wurden ethische Probleme benannt und inwiefern stehen diese in Verknüpfung zum Zweiten Weltkrieg, zur NS-Medizin und zur Entstehung des INH im Kontext des Vichy-Regime?

2.1 Ethik als vertrauensbildende Maßnahme? Von »Experimentieranstalten«¹⁸ und Medikamentenskandalen

»[D]ie Forschung am Menschen [wurde] in der breiten Bevölkerung auch in den achtziger Jahren nach wie vor negativ konnotiert«, so Giovanni Maio in seiner Analyse der Diskussion über das Humanexperiment in Frankreich nach 1945 (Maio 2000: 60), auf die ich mich im Folgenden häufig beziehe. Maio arbeitet die

18 Maio 2000: 61.

Argumentationslinien dieser Diskussion innerhalb der medizinischen Community heraus. Er konzentriert sich in seiner Untersuchung zwar insbesondere auf die Diskussionen innerhalb der medizinischen Community. Indem er aber aufzeigt, dass die innermedizinische Diskussion über das Humanexperiment als Reaktion auf das öffentliche Misstrauen gegenüber Humanexperimenten zu sehen ist, bietet er einen konkreten Anhaltspunkt dafür, in welchem Kontext sich ein öffentliches Misstrauen manifestiert. Ein Ereignis, in dessen Folge sich eine kritische und skeptische Haltung in der französischen Öffentlichkeit zeigt, ist die *Réforme Debré* im Jahr 1958, die Krankenhaus- und Medizinreform. Im Rahmen dieser Reform entstehen mehr Forschungsmöglichkeiten an öffentlichen Krankenhäusern (ebd.: 60f). Sie wird nach dem »Colloque de Caen« im Jahr 1956, durch das sich die Bedeutung wissenschaftlicher Forschung für das nationale Ansehen und den Wohlstand manifestiert, ins Leben gerufen und im Jahr 1963 unter Staatspräsident Charles de Gaulle umgesetzt. Mit dieser Reform werden die CHU, Universitätskliniken, eingerichtet. Bis dahin ist die klinische Forschung in Frankreich nicht institutionalisiert (ebd.: 61). Mit der Institutionalisierung der klinischen Forschung geraten die öffentlichen Krankenhäuser in den »Ruf von Experimentieranstalten«, so Maio:

»Denn die finanzielle Förderung der Forschung und ihre quantitative Zunahme in den öffentlichen Kliniken [Maio verwendet die Begriffe Klinik und Krankenhaus synonym, S.K.] bei gleichzeitiger Dominanz privater Anstalten, deren kommerzielle Ausrichtung die Forschung am Menschen geradezu verbot, mußte dazu führen, daß die öffentlichen Krankenhäuser – und darunter insbesondere die Centres Hospitaliers Universitaires – zunehmend in den Ruf von Experimentieranstalten kamen« (ebd.).

In Frankreich ist die Anzahl privater Kliniken höher als die öffentlicher. Wenn Maio sagt, dass die kommerzielle Ausrichtung privater Anstalten die Forschung am Menschen verbot, ist von ihm m.E. nicht gemeint, dass die Forschung am Menschen an privaten Kliniken illegal ist, sondern illegitim. Die kommerzielle Ausrichtung in privaten Kliniken, so verstehe ich Maio, verbietet die Forschung am Menschen nicht im juristischen Sinn, sondern im moralischen: Sie ist illegitim, weil in der Logik der Privatkliniken der Patient oder die Patientin eher als Kunde oder Kundin und somit als König oder Königin betrachtet wird. Sie kann zudem nur illegitim sein, da es eine eigene gesetzliche Regelung des Humanexperiments erst im Jahr 1988 gibt. In dem Jahr wird das nach dem Senator Claude Huriet¹⁹, der das Gesetz maßgeblich ausgearbeitet hat, benannte *Loi Huriet* (Loi n° 88–1138 1988)

19 Huriet, Senator (1983–2001) und Mediziner, Präsident des *Institut Curie* und Mitglied des Bioethikkomitees der UNESCO war 1996–2001 Mitglied des CCNE.

erlassen. Einen expliziten medizinischen Ethikkodex gibt es in Frankreich seit dem Jahr 1947, den *code de déontologie médicale*. Diesem ebenso wie dem Nationalrat der ärztlichen Standesvertretung, dem *Conseil National de l'Ordre des Médecins* (Conseil National de l'Ordre 2012)²⁰ unterstehen die Mediziner und Medizinerinnen. Mit diesen »Experimentieranstalten«, den CHU, steht der INSERM in Verbindung: Zwischen den Jahren 1964 und 1969 errichtet das Institut neue Laboratorien. Die meisten dieser Forschungseinheiten werden an den CHU angesiedelt (Chambefort o.J.).

Abgesehen von dem misstrauischen Klima in der französischen Öffentlichkeit gegenüber »Experimentieranstalten«, das im Kontext der *Réforme Debré* entsteht, ist, so mein Rechercheergebnis, ein weiteres Thema öffentlicher Diskurse Medikamentenskandale. Zu diesen zählen die *affaire du Stalidon* – Stalidon-Affäre und insbesondere der Contergan-Skandal. Die Stalidon-Affäre wird im Jahr 1954 bekannt. Durch das Präparat Stalidon, ein Furunkulosemittel, werden 117 Menschen vergiftet und rund 100 Menschen sterben in Frankreich und den nordafrikanischen französischen Gebieten (Bonah/Gaudillière 2007: 127; Maio 2001: 1184). Stalidon wird zuvor von der französischen Arzneimittelkommission freigegeben; im Jahr 1953 wird vom Gesundheitsministerium das Zertifikat für die Fabrikantin, die Firma *Février et Decoisy*, ausgestellt. Der Verkauf von Stalidon wird von den zuständigen Behörden erst Wochen nach den ersten Todesfällen gestoppt. Auch Warnungen der Behörden an Ärztinnen- und Ärzteschaft und Bevölkerung kommen verspätet (Maio 2001: 1184). Contergan kommt 1956/57 durch die westdeutsche Firma Grünenthal auf den Markt, zunächst als Grippemittel, dann als Sedativum. Die Einnahme des Medikaments von Schwangeren führt weltweit bei rund 5000 Neugeborenen zu gravierenden Missbildungen.²¹ Trotz vieler Hinweise von Ärzten und Ärztinnen an die Firma Grünenthal zieht diese ihr Präparat erst 1961, nach einem Artikel in der deutschen Wochenzeitung *Die Welt* am Sonntag mit dem Titel »Missgeburten durch Tabletten?« zurück (Düsseldorf 1961; Maio 2001: 1184). Die Stalidon-Affäre führt in Frankreich, der Contergan-Skandal in der BRD und den USA zu Neuregelungen in der Arzneimittelfreigabe.

20 Zur Entstehung des Ethikkodes vgl. George Weisz Aufsatz zu den Ursprüngen der Medizinethik in Frankreich sowie den Artikel von Robert Nye zu Medizinerinnen und Medizinerinnen, Medizinethik und Staat in Frankreich bis 1947 (Weisz 1990; Nye 2006). Für einen Überblick zur Entstehung des *Conseil National d'Ordre des Médecins* und der Bestrebungen ab dem 19. Jahrhundert, solch eine Institution einzurichten, vgl. Jean Pouillard (2005).

21 Zur gegenwärtigen Situation um Schadensersatz der Menschen, die mit Conterganschäden leben, vgl. Oliver Tolmein (2013).

Wie die beiden Medikamentenskandale gerahmt sind, zeigen der französische Historiker Jean-Paul Gaudillière und der französische Medizinhistoriker Christian Bonah anhand ihrer Untersuchung zu diesen Skandalen in Frankreich und den USA (Bonah/Gaudillière 2007). Ihre Untersuchung basiert auf einer Presse- und Dokumentenanalyse (Tages- und Wochenzeitungen, medizinische und juristische Literatur, Dokumente der *Assemblée nationale* und von Betroffenenengruppe etc.). Die Stalinon-Affäre in Frankreich, so ihr Ergebnis, wird als Fehler oder auch als Unfall gerahmt, wie der Contergan-Skandal. So heißt es bspw. im Jahr 1954 in der Tageszeitung *Le Monde*: »il est donc à peu près impossible d'éviter que ne surviennent de tels accidents« – »schier unmöglich ist es also zu vermeiden, dass sich solche Unfälle unerwartet ereignen« (Le Monde 8.07.1954: o.S., zit. nach ebd.: 127/Übers. S.K.). Während in der Rahmung als Fehler die individuelle Inkompetenz des Pharmazeuten, der Pharmazeutin, des Arztes oder der Ärztin vorgeschriebene Regeln einzuhalten, zentral ist, steht in der Rahmung als Unfall die Gesundheitsverwaltung im Mittelpunkt, so Gaudillière und Bonah. Einem Fehler kann mit besseren Evaluationen im Labor begegnet werden, einem Unfall mit staatlichen Regelungswerken zur Medikamentenfreigabe (ebd.: 125, 148). Der Contergan-Skandal bzw. die Thalidomid-Affäre – in Frankreich wurde Contergan als Thalidomid bekannt – ist, obwohl das Präparat in Frankreich nicht zugelassen war, zum Referenzrahmen für die Geschichte der Medikamente und ihrer Regulierung geworden, so Bonah und Gaudillière (ebd.: 137). Zwar ist die Stalinon-Affäre der erste große, eigene Medikamentenskandal im Nachkriegsfrankreich, sie wird aber nicht zum Referenzrahmen. Wie die Stalinon-Affäre im »kollektiven Gedächtnis« Frankreichs in Vergessenheit geraten konnte, bleibt eine offene Frage, so die Autoren (ebd.: 137/Übers. S.K.). Ein Anhaltspunkt für eine Antwort auf diese Frage bietet m.E. ein Blick auf die französische Regulierung der Medikamentenfreigabe. Ab dem Jahr 1959 verfügt Frankreich als Konsequenz der Stalinon-Affäre über ein strengeres Arzneimittelgesetz als die BRD (Maio 2001: 42; Chauveau 2004: 106). Ein strengeres Arzneimittelgesetz bedeutet für die Pharmafabrikantinnen und -fabrikanten, wie die Historikerin Sophie Chauveau in ihrem Artikel zur Genese des Gesundheitsschutzes in Frankreich meint, Vertrauensbildung gegenüber der Öffentlichkeit (Chauveau 2004: 106). Contergan führt erst nach der Stalinon-Affäre und nach der Verabschiedung eines neuen Arzneimittelgesetzes in Frankreich mit der Veröffentlichung in Die Welt am Sonntag im Jahr 1961 zum Skandal. Contergan bzw. Thalidomid ist durch dieses Gesetz in Frankreich verboten. Im Rampenlicht des Skandals stehen insbesondere die BRD und die USA. Entsprechend besser kann sich, so meine These, Frankreich präsentieren, da sich das Arzneimittelgesetz als sicher darstellte.

Wie Bonah und Gaudillière auf Grundlage ihrer Presse- und Dokumentenanalyse zeigen, sind also die Medikamentenskandale in Frankreich als Fehler oder Unfall gerahmt – nicht als ethisches Problem. Verknüpft ist der Diskurs nicht mit den »Experimentieranstalten« oder der Thematisierung von Versuchen am Menschen. Ein Misstrauen gegenüber den »Experimentieranstalten« entsteht erst nach der Stalinon-Affäre mit der *Réforme Debré*, die 1963 umgesetzt wird. Es gibt zwar keinen öffentlichen Diskurs, der Medikamentenskandale und Versuche am Menschen verknüpft, allerdings sind m.E. die hohen Verkaufszahlen des Bestsellers mit dem Titel »Guide des médicaments les plus courants« – »Führer der gängigsten Medikamente« (ebd.: 108f/Übers. S.K.) ein Indiz dafür, dass nach den Skandalen das Misstrauen gegenüber Medikamenten und Medizin zunimmt. Das Buch wird im Jahr 1974 von dem Arzt und Toxikologen Henri Pradal veröffentlicht. Er beschreibt für jedes Medikament, woraus es besteht, wie es indiziert ist, wie es verschrieben und angewendet wird und welche Nebenwirkungen es hat (ebd.: 109). Da es in Frankreich ein Bestseller war, scheint es auf ein Problem zu antworten, auf ein Bedürfnis oder Interesse daran, sich selbst informieren zu wollen, sich Wissen anzueignen, um medizinischer Autorität nicht ausgeliefert zu sein. Ein weiteres Zeugnis dafür, sich informieren zu wollen, sind m.E. die Gruppen zum Schutz von Konsumentinnen und Konsumenten, die sich in den 1960er und 70er Jahren vervielfachen, sowohl auf lokaler als auch nationaler Ebene, ebenso wie entsprechenden Zeitschriften. Letztere beschäftigen sich u.a. auch mit medizinischen Themen (Chavot/Masseran 2003d: 435f). Die hohe Verkaufszahl des Medikamentenführers zeigt, so Chauveau, das sich ändernde Verhalten der Patientinnen und Patienten in den 1970er Jahren hin zu Konsumentinnen und Konsumenten (Chauveau 2004: 109). Das sich ändernde Verhalten kann, so meine ich, auch anhand der Gruppen zum Schutz von Konsumentinnen und Konsumenten gesehen werden. Allerdings geht es nicht allein um das Verhalten der Patientinnen und Patienten, denn Pradal meint »qu'il est plus facile de traiter un malade informé qu'un malade qui ne l'est pas« – »dass es einfacher ist, einen informierten Kranken zu behandeln, als einen Kranken, der es nicht ist« (Pradal (1974): o.S., zit. nach ebd.: 108/Übers. S.K.). Der Medikamentenführer ist parallel auch ein Zeugnis für ein sich veränderndes ärztliches Verhalten, das m.E. weniger paternalistisch ist.

Die Befürchtung, an öffentlichen Krankenhäusern zum Versuchsobjekt zu werden (Maio 2000: 61), das individuelle Fehlverhalten des Arztes, der Ärztin, des Pharmazeuten oder der Pharmazeutin oder die Unfälle der Gesundheitsverwaltung im Kontext der Medikamentenskandale sind nicht explizit ethisch gerahmt. Ob es in der öffentlichen Debatte um Medikamentenskandale der 1950er und 60er Jahre oder um »Experimentieranstalten« de facto eine Verknüpfung zwischen den CHU und dem INSERM gibt, oder auch, ob eine strategische Entscheidung getroffen

wird, um mit der Einrichtung des Ethikkomitees einer Medizinkritik zuvor zu kommen, ist unklar. Die öffentlichen Diskurse um Experimentieranstalten und Medikamentenskandale sind jedoch nicht die einzigen Diskurse, die während der Einrichtung des Komitees aktuell sind. Sie sind nicht losgelöst von weiteren, insbesondere medizinischen Diskursen zu sehen, in denen Humanexperimente und medizinische Autonomie thematisiert werden. Inwiefern taucht hier die Sprache der Ethik auf und was bedeutet dies im Hinblick auf die Einrichtung des Ethikkomitees vom INSERM?

2.2 Medizinische Ethik gegen Humanexperimente

Die Thematisierung von Humanexperimenten von medizinischer Seite und mit ihr die Thematisierung medizinischer Autonomie ist in den 1970er Jahren als Reaktion auf die öffentliche, medizinskeptische Thematisierung zu verstehen. Wie der Philosoph und Mediziner Giovanni Maio in seiner Literaturanalyse herausgearbeitet hat – Maios Untersuchung basiert auf der Analyse medizinischer Literatur aus den »allgemeinen medizinischen Zeitschriften« und der Analyse von Standesliteratur von Ärztevertetern und -vertreterinnen²² (Maio 2000: 37) – sind die Ärzte und Ärztinnen in Frankreich in diesem misstrauischen Klima gegenüber medizinischer Forschung am Menschen gleichsam dazu gezwungen, Humanexperimente zu verurteilen (ebd.: 61f). Die Bestrebungen der Regierung, Humanexperimente gesetzlich zu regeln, sowie die Negativpresse zu Humanexperimenten veranlassen den *Ordre des médecins*, die französische ärztliche Standesvertretung, im Jahr 1974 dazu, eine Pressekonferenz einzuberufen. Auf dieser Konferenz nimmt der *Ordre* explizit Position gegen Humanexperimente. Die Stellungnahme hat den Titel: »L'Ordre des médecins contre l'expérimentation humaine« – »Der Ordre des médecins gegen Humanexperimente« (Le Bureau du Conseil national de l'ordre des médecins 1974/Übers. S.K.). Die Stellungnahme wird in allen großen Medizinzeitschriften wie *La Nouvelle Presse Médicale* und *Le Concours Médical* publiziert (Maio 2000: 73). In der Stellungnahme ist zu lesen: Der »**Conseil national de l'Ordre des médecins** erinnert daran, dass jeder Versuch am Menschen dem Prinzip der Achtung des menschlichen Lebens widerspricht, das im deontologischen Code eingeschrieben ist und an erster Stelle steht« (Le Bureau du Conseil national de l'ordre des médecins 1974/Herv. i.O., Übers. S.K.). Und weiter heißt es: »dieser

22 Um welche Zeitschriften und Standesliteratur es sich konkret handelt, wird nicht umfassend benannt. Dies wird nur an der jeweiligen Textstelle bzw. den Zitaten deutlich, deren Quellen hier entsprechend wiedergegeben werden.

Versuch wird die Tür für Praktiken öffnen, von denen manch historisches Beispiel in der Erinnerung aller präsent ist« (ebd./Übers. S.K.). Zwar benennt der *Ordre* nicht explizit die Medizin im NS, sondern spricht von einem historischen Beispiel, das in der Erinnerung aller präsent ist. Jedoch gehe ich mit Maio davon aus, dass mit dieser Umschreibung der NS bzw. die NS-Medizin gemeint ist (Maio 2000: 72ff). Die Thematisierung von Humanexperimenten richtet sich allerdings nicht auf Humanexperimente insgesamt, sondern, wie im obigen Zitat benannt, nur auf »diese Versuche«. Gemeint sind die so genannten nicht-therapeutischen Versuche am Menschen. Unter nicht-therapeutischen Versuchen werden in Frankreich solche Versuche verstanden, deren Ziel nicht der Heilungsversuch eines Patienten oder einer Patientin (therapeutische Versuche) ist, sondern denen vorrangig ein wissenschaftliches Interesse zugrunde liegt (ebd.: 48). Durch diese Aufteilung und Fokussierung des Diskurses auf einen Aspekt von Humanexperimenten, den nicht-therapeutischen, bleiben die therapeutischen unangetastet. Der Diskurs konzentriert sich somit auf die medizinische Forschung, also auf die nicht-therapeutischen Versuche und ihr wissenschaftliches Interesse. Durch die Verknüpfung nicht-therapeutischer Versuche mit NS-Medizin werden diese Versuche durch den *Ordre des médecins* tabuisiert. Nach Maio äußert sich der *Ordre* so vehement gegen diese Humanexperimente, da er selbst während des Vichy-Regimes entsteht (ebd.: 55f; Fette 2012: 162ff): Seine Einrichtung wird per Dekret am 7. Oktober 1940 beschlossen. Der *Ordre* ist aktiv an der so genannten inneren Säuberung beteiligt. Er hatte die Aufgabe, Zulassungsanfragen jüdischer Ärzte und Ärztinnen zu beurteilen und sie entsprechend abzulehnen – seit einem Gesetz vom 11. August 1941 durften maximal zwei Prozent der praktizierenden Ärzte und Ärztinnen jüdisch sein (Evleth 2006: 217, 222; Maio 2000: 56f). Nach dem Krieg wird der *Ordre* im Jahr 1945 wiedergegründet und gut ein Drittel der Funktionäre und Funktionärinnen bleiben im Amt (Maio 2000: 57; Fette 2012: 213). Erst im Jahr 1997 äußert sich der *Ordre* zu seiner Vergangenheit im Vichy-Regime und zwar dahingehend, dass einige Mitglieder an der Umsetzung der antisemitischen Politik des Regimes beteiligt gewesen seien (Evleth 2006: 224; Fette 2012: 212). Die eigene Vergangenheit im Vichy-Regime, die damit einhergehende Verknüpfung mit dem nationalsozialistischen Deutschland und der NS-Medizin führt zu einer, zugespitzt formuliert, anti-nazistischen Argumentation des *Ordre* gegen Humanexperimente. Indem der *Ordre des médecins* in seiner Stellungnahme von 1974 Humanexperimente in den Kontext des NS stellt, distanziert er seine Institution von einer Verknüpfung mit Humanexperimenten (Maio 2000: 72ff). Er versucht das Vertrauen der Öffentlichkeit nicht zu verlieren und seine Autorität zu schützen, so Maio (ebd.: 55ff). Diese Autorität wird im Zuge weiterer dominanter Diskurse auf staatlicher Ebene

und in der Öffentlichkeit in Frage gestellt, wie später in diesem Kapitel noch ausgeführt wird.

Die Abgrenzung der Mediziner und Medizinerinnen von Humanexperimenten im NS entsteht allerdings nicht erst in den 1970er Jahren und allein durch den *Ordre*. Sie geht in die französische Nachkriegszeit zurück. Carol zeigt in ihrer Studie zur Geschichte der Eugenik in Frankreich auf, dass sich gleich in der unmittelbaren Nachkriegszeit im medizinischen Diskurs der Fokus auf Humanexperimente im NS herausbildet und insbesondere auf Humanexperimente *in vivo* (Carol 1995: 342). Im Schatten der Auseinandersetzung stehen eugenische Maßnahmen, auch Zwangssterilisationen. In französischen Publikationen zur Eugenik in den 1950er Jahren sind Sterilisationen, die von NS-Medizinern und -Medizinerinnen durchgeführt wurden, bspw. unter den Sterilisationen aufgeführt, die in Skandinavien und Estland realisiert wurden. Sie werden nicht als eigenständiger Bereich oder Problem behandelt. Während des NS werden in den Jahren 1934–1945 auf Basis des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses ungefähr 400.000 Menschen zwangssterilisiert (Weingart et al. 1996, 464ff).²³ Zwischen 1929 und 1940 führen mehrere europäische Länder Sterilisations-Gesetze ein. Sie erlaubten es, Sterilisationen unter bestimmten Bedingungen, auch ohne Zustimmung des betroffenen Menschen, durchzuführen.²⁴ Wenn Sterilisationen in französischen Publikationen der Nachkriegszeit thematisiert werden, so stehen ihr Nutzen und ihre Wissenschaftlichkeit im Zentrum: »[L]a stérilisation est beaucoup moins efficace que l'interdiction des mariages consanguins« – »die Sterilisation ist viel weniger effizient als das Eheverbot für Blutsverwandte«, so heißt es in einer Publikation aus den 1950er Jahren (Audit et Tisserand-Perrier (1953) »L'Eugénique et l'euthénique«, 204, zit. nach Carol 1995/Übers. S.K.). Oder: »L'eugénique hitlérienne s'écartera complètement du sens galtonien puisqu'elle se mit uniquement au service d'une race« – »Die Hitler'sche Eugenik hat sich komplett vom galtonschen Sinn entfernt, da sie sich einzig in den Dienst der Rasse stellte« (Sutter (1950) »L'Eugénique, problèmes, méthodes, résultats«, 236, zit. nach ebd.: 346/Übers. S.K.). Zwar werden die riskanten Praktiken oder die grausamen Umstände bemängelt, die Legitimität eugenischer Praktiken wie die der Sterilisation wird allerdings nicht in Frage gestellt, so Carol (ebd.: 343): »Die deutsche Erfahrung öffnet also den Medizinern die Augen für die Gefahren des Rassismus', die Risiken des Autoritarismus', für die Irrtümer einer Medizin, die ausschließlich im Dienst des Staates steht, für den ideologischen Fanatismus, aber sie führt sie ganz selten dazu, die Gültigkeit des

23 Ausführlich dazu vgl. »Rasse, Blut und Gene« von Weingart et al. (1996: 464ff).

24 Zu den entsprechenden Entschädigungsdebatten insbesondere in der Bundesrepublik, Norwegen und Tschechien vgl. Braun (2015a) sowie Braun et al. (2012).

eugenischen Konzeptes ausdrücklich in Frage zu stellen« (ebd.: 346f/Übers. S.K.). Die Mediziner und Medizinerinnen in Frankreich, so Carol, »vergaßen im umfassenden Sinn über die deutsche Erfahrung nachzudenken und über die Beteiligung der Mediziner an dieser, selbst die intellektuelle« (ebd.: 343/Übers. S.K.). Wenn in der Nachkriegszeit vergessen wird, über die Eugenik und Sterilisationen umfassend nachzudenken, sie kein grundlegendes Problem darstellen, was wird dann im Kontext der Humanexperimente diskutiert?

2.3 Die »moralische Bildung des Arztes«²⁵ zum Schutz wissenschaftlicher Objektivität

Maio stellt anhand seiner Analyse der Diskussion um das Humanexperiment in Frankreich fest, dass es bereits in der Nachkriegszeit kaum eine medizinische oder medizinisch-standespolitische Veröffentlichung gibt, die nicht darauf verweist, dass ein rein wissenschaftlicher Versuch am Menschen illegitim ist (Maio 1994: 37). In vielen Publikationen werde zudem betont, »dass der wissenschaftliche Alltag nichts mit den Versuchen unter der Nazi-Herrschaft zu tun habe« (Maio 2000: 44). Die Rolle des NS für die medizinische Nachkriegsdebatte zeigt sich auch daran, so Maio, dass die *Académie Nationale de Médecine* aufgrund der »atrocités« – »Gräuel« von 1939–1945 (Voncken 1949: 236/Übers. S.K.) im Jahr 1949 die Empfehlung für eine »Kommission zur Förderung der moralischen Bildung des Arztes« ausspricht. Denn, so heißt es im Nachrichtenblatt der Akademie, »in unserer Zeit ist die moralische Bildung des Arztes wichtiger denn je« (Académie Nationale de Médecine 1949: 231/Übers. S.K.; vgl. Maio 2000: 44). Eine verbreitete Schlussfolgerung in den von Maio analysierten Dokumenten ist, dass die Humanexperimente im NS nicht nur moralisch zu verurteilen sind, sondern auch ihre Wissenschaftlichkeit angezweifelt werden müsse (Maio 2000: 45). Was unter Wissenschaftlichkeit verstanden wird, wird in einem Zitat deutlich, das aus einer medizinischen Abschlussarbeit aus dem Jahr 1974 stammt:

»Die Nazi-Experimente im Zweiten Weltkrieg? Da haben wir die Klippe mit der jede Forschung in der Medizin mit Humanexperimenten zusammenprallt. [...] Dieses Andenken hat für die ganze spätere Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg gleichwohl den Begriff »Experiment« selbst in Verruf gestürzt und jeden objektiven Ansatz zu dieser Frage heikel werden lassen. Eine zusätzliche Ursache für die Medizin, nicht zu offen auf Humanexperimente in der Medizin Bezug zu nehmen, muss man demnach im »üblen Geruch von Konzentrationslagern«

25 Académie Nationale de Médecine 1949/Übers. S.K..

sehen, der dem Begriff ›Experiment‹ anhaftet, aber auch in Folge des systematischen Miss-
trauens in der Öffentlichkeit« (Lullien, Jean (1974) »L'aspect juridique de l'expérimentation
médicale et thérapeutique«. Mémoire de fin d'assistanat. Paris, École Nationale de la Santé
Publique: 9, zit. nach ebd.: 45/Herv. i.O., Übers. S.K.).

Wie in der Abschlussarbeit, die Mitte der 1970er Jahre entsteht, deutlich wird, stellt
der Autor die Objektivität der NS-Medizin in Frage: Experimente seien aufgrund
der NS-Medizin »heikel« geworden, selbst »objektive Ansätze«. Eine objektive
Wissenschaft wird im Kontrast zur NS-Medizin gesehen. Die Wissenschaftlichkeit
der NS-Medizin wird angezweifelt. Wissenschaftlichkeit und die Sprache der Mor-
al – die »moralische Bildung des Arztes« – sind in der Auseinandersetzung um
Humanexperimente zentral. Wie Carol im Kontext der Diskussion eugenischer
Maßnahmen in der französischen Nachkriegszeit meint, geht es nicht um die Frage
der Beteiligung der französischen Mediziner und Medizinerinnen an diesen, auch
nicht um die intellektuelle (Carol 1995: 343). Dies zeichnet sich ebenso im Kon-
text der Diskussion um das Humanexperiment ab. Moral oder die »moralische Bil-
dung des Arztes« bzw. der Ärztin werden in der Nachkriegszeit als etwas gesehen,
das vor medizinischen Verbrechen wie solchen der NS-Medizin schützen kann –
nicht eine Aufarbeitung, die die Frage der (intellektuellen) Beteiligung an der NS-
Medizin einschließt. Mit der moralischen Rahmung wird eine Aufarbeitung, etwa
Fragen nach der Beteiligung französischer Mediziner und Medizinerinnen, den in-
ternationalen Verflechtungen einer eugenisch und/oder rassistisch motivierten Me-
dizin nicht notwendig; diese Fragen rücken in Distanz. Inwiefern zeichnet sich dies
im Kontext des Ethikkomitees vom INSERM ab? Wie eingangs erwähnt, wird von
Lenoir und Bernard die Einrichtung von Ethikinstitutionen im Zusammenhang mit
dem »Bewusstwerden über ethische Probleme«, ausgelöst durch den Zweiten
Weltkrieg und die NS-Medizin, gesehen.

Auch hier zeichnet sich m.E. eine Distanzierung vom Vichy-Regime, der NS-
Medizin und dessen Aufarbeitung ab. Sie zeigt sich vor allem auf symbolischer
Ebene, zum einen durch die Persönlichkeit des Präsidenten des Ethikkomitees,
Jean Bernard, zum anderen durch die Persönlichkeit der Initiatorin des Ethikkomitees,
die Gesundheitsministerin Simone Veil. Bernard, vormalis Kämpfer in der *Ré-
sistance*, gehört in der Nachkriegszeit zu den Neo-Klinikern und -Klinikerinnen,
die maßgeblich an der Neukonzeption der medizinischen Forschung beteiligt sind.
Er gilt als »Papst der französischen Medizin«, wie mir in einem Interview gesagt
wurde (Int. F IX, Übers. S.K.; vgl. Rigal 2008, 513ff: 523); Veil, Jüdin, überlebt
das Konzentrations- und Vernichtungslager Auschwitz-Birkenau (Veil 2007:
391f). Sie setzt sich seit der Nachkriegszeit gegen Antisemitismus und für die Er-
innerung an die Shoa ein. Wie sich Veil Mitte der 1970er zum Vichy-Regime und

dessen Aufarbeitung positioniert, wird in ihrer Autobiografie »Une vie« – »Ein Leben«²⁶ deutlich (ebd./Übers. S.K.). Hier nimmt sie auf die öffentliche Auseinandersetzung um den Film »Le chagrin et la pitié« – »Leid und Mitleid« Bezug (ebd.: 326ff/Übers. S.K.). Im deutschsprachigen Raum erscheint der Film mit dem Titel »Das Haus nebenan«. Der vierstündige Dokumentarfilm von Marcel Ophüls, der im Jahr 1969 fertig gestellt wird, behandelt am Beispiel der Stadt Clermont-Ferrand Besatzung und Widerstand mittels Interviews mit Zeitzeuginnen und -zeugen aller Spektren. Er wird in einer Zeit fertig gestellt, in der in Frankreich begonnen wird, über die Vichy-Vergangenheit, die »schuldhaften Verstrickungen der Kriegsjahre« und den Widerstandsmythos zu sprechen. Dies beginnt vor allem mit den Nachwirkungen der 1968er-Bewegungen und dem Ende der Präsidentschaft von De Gaulle (Wächter 2006: 13). »Le chagrin et la pitié« ist damals ein »coup de boutoir« – »eine Offensive« (Wieviorka 1989: 115/Übers. S.K.). Er ist ein »cineastischer Paukenschlag«, der die bis dahin dominierende Geschichtsbildung hinterfragt, so Christoph Vatter in seinem Buch zu Holocaust und Kollaboration im deutschen und französischen Film (Vatter 2009: 73). Der Film ist ein »Novum«, wie Klaus Peter Walter in einem Aufsatz zur Vergangenheitsbewältigung des Vichy-Regimes im französischen Film schreibt:

»Zumindest für den Bereich Leinwandproduktionen bedeutet es ein Novum, dass hier die Verantwortung für die Gräueltaten der Judenverfolgung und -vernichtung nicht gleichsam automatisch auf die Zuständigkeit der Nazi-Besatzer und ihres Rassenwahns abgeschoben wird, sondern zum ersten Mal die vernichtende Dynamik eines originär französischen Antisemitismus, wie er sich unter den fatal-günstigen Bedingungen der Zusammenarbeit mit den Okkupanten verwirklichen konnte, auf erschütternde Weise im Original-Ton sowie durch den Kontrast zwischen Entschuldigungsbehauptungen und den Aussagen jüdischer Opfer dokumentiert wird« (Walter 2000: 136).

Der Dokumentarfilm ist ursprünglich für das öffentlich-rechtliche Fernsehen konzipiert, wird aber von Politikerinnen und Politikern sowie von Medienvertreterinnen und -vertretern als derart brisant eingeschätzt, so Walter, dass er nach heftigen Diskussionen 1971 im Kino ausgestrahlt wird. Der Leiter des *Office de Radiodiffusion Télévision Française* (ORTF), der öffentlich-rechtlichen Rundfunkanstalt, und ehemaliger Résistance-Kämpfer, Jean-Jacques de Bresson, begründet zu der Zeit die Entscheidung damit, dass der Film Mythen zerstöre, die die Französischen und Franzosen noch bräuchten – gemeint sind die Widerstandsmythen. Während »Le

26 Im deutschsprachigen Raum erscheint Veils Autobiografie mit dem Titel »Und dennoch leben« (Veil 2009).

chagrin et la pitié« in der BRD, den USA, der Schweiz und den Niederlanden nach seiner Fertigstellung im Fernsehen ausgestrahlt wird, ist er in Frankreich dort erst im Jahr 1981, nachdem die Sozialistinnen und Sozialisten die Regierung übernommen haben, zu sehen (Vatter 2009: 71; Walter 2000: 135f). Simone Veil, zu dieser Zeit im Aufsichtsrat des ORTF, äußert sich in ihrer Biografie mißbilligend über den Film und schreibt, dass sie damals ihren Rücktritt aus dem Aufsichtsrat angekündigt habe, sofern der Film im Fernsehen gezeigt würde (Veil 2007: 327). Ihres Erachtens habe sich in den 1970er Jahren das dominante Bild eines heldenhaften und widerständigen Frankreichs während des Vichy-Regimes zwar verändert, das neue Bild aber sei ebenso vereinfachend gewesen. Das neue Bild suggerierte, dass in Frankreich Denunzierungen allgegenwärtig gewesen seien und allein die Kommunistinnen und Kommunisten Widerstand geleistet hätten. Den Dokumentarfilm verortet Veil in diesem neuen, vereinfachenden Bild. Er sei für dieses »concert d'autoflagellation« – »Konzert der Selbstquälereien« wie gerufen gekommen, »et c'est à ce titre que je trouvais ce film injuste et partisan« – »und aufgrund dessen fand ich diesen Film ungerecht und parteiisch« (ebd.: 326f/Übers. S.K.). Der Film zeige eine »pseudo-vérité« – »Pseudo-Wahrheit«, so Veil, denn er sage insbesondere kein Wort zu den Französinnen und Franzosen, die Jüdinnen und Juden versteckt hielten (ebd.: 328/Übers. S.K.). Sie wollte nicht, dass dieser Film auf dem Rücken solcher Familien ausgestrahlt wird, die Jüdinnen und Juden versteckt hielten, so heißt es weiter in Veils Autobiografie (ebd.: 328f). Welche Bedeutung das Ausstrahlen des Dokumentarfilms im Fernsehen bspw. für die Menschen gehabt hätte, die denunziert wurden, interniert oder Konzentrationslager überlebten, die Jahrzehnte mit einem dominanten Widerstandsmythos konfrontiert waren, thematisiert sie nicht. Die Persönlichkeit Simone Veil steht in den 1970ern Jahren in der französischen Öffentlichkeit m.E. als Symbol gegen den Antisemitismus, und sie steht für eine nicht »vereinfachende«, sondern »wahre« Sichtweise auf die Vichy-Vergangenheit. Ihre Vergangenheitspolitik besteht darin, die positiven Handlungen von Französinnen und Franzosen hervorzuheben. Indem Simone Veil als symbolische Persönlichkeit ein Ethikkomitee an einem Institut initiiert, das seine Wurzeln im Zweiten Weltkrieg hat, wird m.E. eine Verknüpfung zwischen der Entstehung des Instituts und der antisemitischen Politik des Vichy-Regimes erschwert, wie auch eine Aufarbeitung der vielfältigen Schattenseiten des Regimes und seiner eugenischen Politik. In ihrem Vergangenheitsdiskurs der 1970er Jahre sollen die positiven Handlungen im Vordergrund stehen, nicht eine »Selbstquälerei«. Für Bernard haben »Hitler und die seinigen« eine »neue Barbarei« erschaffen: Sie haben Experimente durchgeführt, die auf einer »abwegigen Wissenschaft« basieren, die keinen wissenschaftlichen Fortschritt hervorgebracht haben (Bernard 1994: 321/Übers. S.K.). Ebenso wie im Kontext der moralischen Rahmung wird

auch hier die Wissenschaftlichkeit der NS-Medizin angezweifelt. Indem Bernard von »Hitler und den seinigen« oder auch »Hitlers Medizinern« spricht, bleibt m.E. die Frage nach der Entstehung, der Beteiligung, den internationalen Verflechtungen von Medizinern und Medizinerinnen und der Förderung einer eugenisch motivierten Medizin außen vor – das Problem wird einzig im nationalsozialistischen Deutschland lokalisiert und an der Figur Hitler manifestiert. Eine Verknüpfung von NS, Vichy-Regime und medizinischer Forschung beim INSERM war somit nahezu ausgeschlossen. Bernards Betonung der »abwegigen Wissenschaft« ohne Fortschritt impliziert m.E., dass in Bernards Vorstellung Wissenschaft auf dem richtigen, ethischen und damit fortschrittlichen Weg ist. Sie entspricht damit auch Veils Auffassung von einer wissenschaftlich konzipierten und »humanisierenden« medizinischen Entwicklung. Betrachtet man darüber hinaus die Homepage des INSERM und dort die Rubrik Geschichte, so findet man Daten zur Entstehung des INH, einen Auszug aus dem entsprechenden Gesetzestext, die Aufgabenbereiche oder das damals verfügbare Budget des Instituts, aber keine Ausführung zum politischen Kontext (INSERM o.J.-a). Allerdings finden sich Literaturhinweise auf die Untersuchungen des französischen Historikers Jean-François Picard. Picard leistete, wie eingangs erwähnt, Pionierarbeit mit seiner Untersuchung über die Entstehung des INH. Anliegen seiner Untersuchung ist es aufzuzeigen, dass die Vichy-Regierung, die die Last der beschämenden Niederlage in der französischen Geschichte trage, »credit for some of its achievements« (Picard 2001: o.S.) erhalte. Der Historiker vermutet, dass ein autoritäres System eher fähig sei, eine Gesundheitspolitik umzusetzen, als eine parlamentarische Demokratie (ebd.). Gesundheitspolitik oder Gesundheit wird von dem Historiker positiv gewertet. Nicht thematisiert wird, was überhaupt unter Gesundheit verstanden wurde und kaum thematisiert wird, auf welcher Politik bzw. Politiken sie basierte. Mit dem Verweis auf Picards Untersuchung beteiligt sich der INSERM bis heute an einem Vergangenheitsdiskurs, der die politische Dimension des Vichy-Regimes und die internationalen Verflechtungen einer eugenisch motivierten Medizin ausblendet. Es sind also zwei unterschiedliche Umgangsformen zweier Institutionen mit ihrer Verwicklung in das Vichy-Regimes zu beobachten: Der *Ordre des médecins*, der während des Vichy-Regimes gegründet wurde, distanziert sich von nicht-therapeutischen Experimenten, indem er sie in den Kontext des NS stellt und so seine eigene Institution legitimiert. Beim INSERM wird durch die Einrichtung des Ethikkomitees erreicht, die Reflexion über die Arbeit des Instituts während des Vichy-Regimes zu umgehen. Humanexperimente im NS werden zwar verurteilt, mit der ethischen oder moralischen Rahmung kann aber ohne eine grundlegende historische Aufarbeitung über Humanexperimente gesprochen werden. Ethische und moralische Rahmungen erscheinen im Diskurs um Humanexperimente nicht nur

im Kontext einer bestimmten Vergangenheitspolitik, sondern auch im Kontext einer bestimmten nationalen Positionierung der französischen Forschung.

2.4 Medizinische Moral und Nation

Die Distanzierung von Humanexperimenten bietet auch den Raum zur nationalen Besserstellung der französischen Forschung im Kontrast zu der Forschung in den USA und in der BRD. Dies geschieht vor allem mit der Sprache der Moral, wie anhand der Ergebnisse von Maio deutlich wird. Die Sprache der Moral wird zur Verurteilung des Humanexperiments als »nationalistische Abgrenzungsrhetorik« verwendet (Maio 2000: 46ff). Im Vergleich zu Deutschland erscheint Frankreich so integrer aufgrund der Humanexperimente im Dritten Reich. So heißt es im Jahr 1964 in einem Artikel in der medizinischen Zeitschrift *Cahiers Laënnec*: »die grauenvollen Experimente, die von den Nazi-Medizinern im Widerspruch zu unseren moralischen Gesetzen gemacht wurden, hatten in der Praxis kein einziges gültiges wissenschaftliche Ergebnis« (Laroche, Claude (1964), in: *Cahiers Laënnec*, 1, 40, zit. nach ebd.: 45/Herv. i.O., Übers. S.K.). Von der Forschung in den USA wird sich aufgrund der öffentlich gewordenen Menschenversuche, u.a. an Gefangenen, abgegrenzt. So meint ein Chirurg im Jahr 1957: »Der Versuch an Freiwilligen wird im Ausland in großem Maßstab praktiziert, der Prozess von Nürnberg hat es uns gelehrt: in den amerikanischen bundesstaatlichen Gefängnissen wurden ungefähr 800 Gefangene ›freiwillig‹ von Malaria befallen« (ebd.: 46/Herv. i.O., Übers. S.K.). Bei dem genannten Versuch handelt es sich aller Wahrscheinlichkeit nach um die so genannte Stateville-Studie, da diese im Rahmen des Prozesses von Nürnberg genannt wird, und es sich um eine Malaria-Studie handelte. Die Studie wird in den 1940er Jahren vom medizinischen Institut der Universität von Chicago durchgeführt. Unterstützt wird sie von der US-amerikanischen Armee (Hornblum 1997: 1438f; Alving et al. 1948).²⁷ Verteidiger und Verteidigerinnen der NS-Mediziner und -Medizinerinnen beziehen die Studie während des Prozesses von Nürnberg ein, um herauszustellen, dass es keinen Unterschied zwischen diesem Versuch und den Versuchen in den Konzentrationslagern gegeben hätte (Hornblum 1997). Die USA werden im medizinischen Diskurs zudem gleichgesetzt mit einer Orientierung an wissenschaftlichen Interessen, die wiederum mit einem Kollektivinteresse gleichgesetzt werden, während Frankreich für die Individualrechte stehe und für das Wohl der einzelnen Patientin oder des Patienten (Maio 2000: 46). Ab-

27 Alving et al. sowie Hornblum sprechen nicht von 800 sondern von 400–500 Gefangenen.

gesehen davon, dass die Menschenversuche im NS als unvereinbar mit den französischen moralischen Gesetzen dargestellt werden und die Versuche in den USA im Kontrast zur französischen Integrität, werden die USA mit einer ungebremsen Forschung assoziiert, die auf Kosten der Menschenrechte gehe (ebd.: 46). Diese antikollektivistische Grundhaltung der französischen Ärzte und Ärztinnen lässt sich nach Maio wie folgt erklären: Sie liegt in der Begriffsbestimmung des Humanexperiments selbst, da eine strikte Trennung von therapeutischem und nicht-therapeutischem Versuch vorgenommen wird. Dieser Differenzierung liegt eine Polarisierung zugrunde: auf der einen Seite steht das Interesse des Patienten oder der Patientin, auf der anderen Seite das Interesse der Gemeinschaft oder der Wissenschaft. Entsprechend dieser Polarisierung wird in der Nachkriegszeit der Heilungsversuch positiv und das nicht-therapeutische Humanexperiment negativ bewertet (ebd.: 48).

Im Kontext dieser Abgrenzung von wissenschaftlichen Interessen, die den USA zugeschrieben werden, sieht der französische Soziologe François Alias die Entstehung des Ethikkomitees vom INSERM. Er bezieht sich hierbei in seiner Untersuchung auf die Deklaration von Helsinki. Die Deklaration wird im Jahr 1964 mit dem Titel »Ethische Grundsätze für die medizinische Forschung am Menschen« von der Generalversammlung des Weltärztebundes verabschiedet. Sie ist das erste internationale Dokument, welches ethische Richtlinien für die Forschung am Menschen formuliert. Die Deklaration soll zu Beginn der 1970er Jahre überarbeitet werden, auch im Hinblick auf die internationale Zusammenarbeit im Bereich medizinischer Forschung. In der im Jahr 1975 überarbeiteten Version von Tokio wird die Einrichtung unabhängiger Ethikkommissionen zur Bewertung von Forschungsvorhaben vorgeschlagen (WMA 2013: Art. 23). In Frankreich wird die Deklaration von Helsinki, so Alias, mit einer Orientierung an Wissenschaft assoziiert, da sie hauptsächlich von den USA inspiriert gewesen sei. Alias meint, dass mit der Einrichtung des Ethikkomitees der Deklaration von Tokio, der Nachfolgerin der Deklaration von Helsinki, und damit der US-amerikanischen Einflussnahme zugevorgekommen wird. Es erlaubt dem INSERM, so Alias, möglichen Problemen im Bereich der nicht-therapeutischen Versuche am Menschen zuvorzukommen und sich davor zu schützen (Alias 1991: 131). Um welche Probleme es sich handelt und wer konkret eine US-amerikanische wissenschaftsorientierte Einflussnahme sieht, führt Alias allerdings nicht aus. Seine Ausführung ist aber insofern schlüssig, als eine Forschungskritik an den USA auch weitere Mediziner und Medizinerinnen und der *Ordre des médecins* kundtun (Maio 2000: 46ff), wie auch insbesondere Jean Bernard, Präsident des Ethikkomitees vom INSERM und späterer erster Präsident des CCNE. Er sagt auf dem zweiten internationalen Kongress zur medizinischen Moral im Jahr 1966: »[E]s ist verboten Pseudo-Freiwillige zu benutzen, Ge-

fangene, die durch vage Versprechen angelockt werden, denen man skandalöser Weise krebserkranktes Gewebe spritzt» (Bernard, Jean (1966) »Progrès de la médecine et responsabilité du médecin«, in: *Ordre national des médecins* (Hg.): *Deuxième congrès international de morale médicale*, Paris: 272, zit. nach ebd.: 46/Übers. S.K.). Bei dem angesprochenen Experiment an Gefangenen handelt es sich meiner Vermutung nach um die von dem US-amerikanischen Virologen Chester Southam zu Beginn der 1950er Jahre durchgeführte Studie. Es ist die einzige Krebsstudie mit Gefangenen, die in dieser Zeit bekannt wird. Southam injiziert über 100 Gefangenen im *Ohio State Prison* Krebszellen, um den Krankheitsverlauf zu beobachten. Die zu großen Teilen afroamerikanischen Insassen werden nicht darüber aufgeklärt, um welche Zellen es sich handelt. Einige Jahre später wiederholt Southam das Experiment am *Brooklyn Jewish Chronic Disease Hospital* an über 20 afroamerikanischen Frauen (Hornblum 1997: 1440; Beecher 1966: 371). Mit *Alias* verstanden ist die Einrichtung des Ethikkomitees ein Symbol eines reflektierten, französisch-moralischeren Umgangs mit nicht-therapeutischen Versuchen. Es steht in Opposition zu dem skandalösen, ungebremsen US-amerikanischen Forscherdrang. Das Ethikkomitee ist in diesem Sinn nicht allein ein »Comité de protection« vor öffentlicher Kritik, sondern auch vor einer Amerikanisierung der Forschung. Vor diesem Hintergrund betrachtet, ermöglicht die Distanzierung von Versuchen in den USA und im nationalsozialistischen Deutschland eine moralische bzw. ethische Selbstrepräsentation französischer medizinischer Forschung.

2.5 Medizinische Ethik und individuelles Gewissen

Eine weitere Argumentationslinie im Diskurs um Humanexperimente der Nachkriegszeit beinhaltet nach Maio das »standespolitische Arztbild« (Maio 2000: 49). Die Betonung liegt in dieser Rhetorik auf der »profession libérale« – dem »freien Beruf«²⁸, der »indépendance du médecin« – »Unabhängigkeit des Mediziners« oder dem »individualisme médical« – »medizinischen Individualismus« (ebd.: 50/

28 Unter »profession libérale« wird in Frankreich die Gesamtheit der Berufe verstanden, die durch eine Person individuell, unabhängig und unter persönlicher Verantwortung ausgeübt wird. Im Fall des ärztlichen Berufes handelt es sich um eine »profession libérale réglementée«. Diese zeichnet sich u.a. durch das Erfordernis eines höheren Universitätsabschlusses aus und durch einen Ethikkodex, dessen Einhaltung verpflichtend ist. Wie bereits erwähnt, unterstehen die Ärzte und Ärztinnen dem *code de déontologie médicale* und dem Nationalrat der ärztlichen Standesvertretung, dem *Conseil National de l'Ordre des Médecins* (Conseil National de l'Ordre 2012).

Übers. S.K.), den damit einhergehenden freiheitlichen Idealen des Berufes im Kontext des Verhältnisses zwischen Ärztin oder Arzt und Patientin oder Patient: Dieses wird als vertrauliches Verhältnis verstanden, in dem die unabhängige Persönlichkeit des Arztes oder der Ärztin, seine oder ihre freie Entscheidung zum Heilungsprozess gehört. Mit der Betonung der Unabhängigkeit wehren sich die französischen Ärzte und Ärztinnen und insbesondere ihre Standesvertretung, der *Ordre des médecins*, gegen eine staatliche Gesundheitspolitik in den 1950er und 60er Jahren (ebd.: 50ff; vgl. Weisz 1990: 149f). Sie wehren die Gesundheitspolitik oder die staatliche Kontrolle ab, indem sie darauf verweisen, dass die Einmischung des deutschen Staates im NS dazu geführt habe, dass Ärzte und Ärztinnen das Wohl der Patientinnen und Patienten verletzen.

»Zu dieser auf therapeutische Autonomie ausgerichteten Strategie gehörte es, sich der ethischen Terminologie zu bedienen. Um die Bedeutsamkeit der freien Entscheidung des Arztes zu unterstreichen, wurde kurzerhand ärztliche Autonomie zu einem moralischen Gut an sich erhoben. Nur jener Arzt könnte dem Patienten helfen, der niemand anderem als seinem Gewissen verpflichtet sei« (Maio 2000: 52f).

Unabhängigkeit und das ärztliche Gewissen werden »als einzige effektive Instanzen betrachtet, die verhindern konnten, dass sich Experimente wie im Dritten Reich wiederholten« (ebd.: 64). Auffällig ist m.E., dass sich die Ärztinnen und Ärzte vor allem von den Experimenten im Dritten Reich als Zeitraum abgrenzen. Nicht thematisiert wird aber bspw. die Freiheit des ärztlichen Gewissens unter demokratischen Bedingungen: Bereits Anfang der 1920er Jahre, zu Zeiten der Weimarer Republik, sind ein Viertel der deutschen Ärzte und Ärztinnen in der NSDAP und verfolgen rassenhygienische Ideen. Darüber hinaus war zwar die Ideologie der Rassenhygiene ein speziell deutscher Ansatz, nicht aber die der Eugenik insgesamt.²⁹ Rassenbiologie entwickelt sich ab der Jahrhundertwende zu einer inter-

29 Zur Entwicklung der Rassenhygiene unter der Weimarer Republik vgl. Anahid Rickmann (2002: 22–46). Über die Weimarer Republik hinaus vgl. das Standardwerk von Peter Weingart et al. »Rasse, Blut und Gene« (1996). Die sozialwissenschaftliche Studie untersucht die Geschichte der Eugenik in Deutschland, hier vor allem als Rassenhygiene bezeichnet, und zeigt die Entwicklungen bis hin zur Humangenetik auf. Vergleiche werden vorrangig zu England und den USA gezogen. Das thematische Hauptaugenmerk der Studie liegt auf der »Geschichte der wissenschaftlichen Strategien der Menschenzüchtung und ihrer politischen Indienstnahme« (ebd.: 15). Zu den internationalen Verflechtungen rassenhygienischer und eugenischer Bewegungen im 20. Jahrhundert vgl. »Die Internationale der Rassisten« des Soziologen und Historikers Stefan Kühl

national anerkannten Wissenschaft, über die auch während des NS ein internationaler Austausch stattfindet.³⁰ Ebenso entsteht Eugenik nicht erst im Kontext des Zweiten Weltkriegs. Dies zeigen allein die eugenischen Ideen eines Alexis Carrel, dessen Buch »Der Mensch, das unbekannte Wesen« im Jahr 1935 erscheint und international ein Bestseller wird. Die französischen Mediziner und Medizinerinnen distanzieren sich also lediglich von einem räumlich und zeitlich begrenzten politischen System, nicht aber von einer bestimmten wissenschaftlichen Rationalität. Auch die Frage nach der Beteiligung, nach den internationalen Verflechtungen und der Förderung einer rassistischen und/oder eugenisch motivierten Medizin wird nicht gestellt. Nicht eine Aufarbeitung der (Selbst-)Einbindung der Medizin in menschenverachtende Praktiken ist eine Lösungsmöglichkeit, sondern Ethik in Form eines institutionalisierten Komitees, das Forschungsvorhaben prüft bzw. das als moralisch bezeichnete Gut des ärztlichen Gewissens.

Im Kontext der Gesundheitspolitik seit den 1960er Jahren und der Abwehr staatlicher Kontrolle erscheint das Ethikkomitee vom INSERM – dem nationalen Gesundheitsinstitut – als Zwischeninstanz, als Institution zwischen Staat und medizinischem Forscher oder Forscherin bzw. zwischen staatlichen Interessen und medizinischem Gewissen. Neu ist, dass dieses Gewissen jedoch nicht mehr allein individuelle Angelegenheit des Mediziners oder der Medizinerin ist, sondern durch das Komitee sowohl überprüft als auch kollektiviert wird. Diese Kollektivierung des ärztlichen Gewissens sowie die Verschiebung der individuellen ärztlichen Verantwortung sind allerdings nicht einzigartig, wie im Folgenden gezeigt wird. Sie finden in weiteren Kontexten und Ländern statt.

(1997). Zur Eugenik als transnationales Phänomen und ihrer Geschichte vom 19. Jahrhundert bis in die Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg vgl. »The Oxford Handbook of the History of Eugenics« (Bashford/Levine 2010). Zur Entwicklung der Eugenik in der Wissenschaft und Medizin Frankreichs unter Berücksichtigung internationaler Einflüsse vgl. u.a. die Untersuchung des französischen Sozialwissenschaftlers und Philosophen Pierre-André Taguieff (1991, 1994) und der Historikerin Anne Carol (1995). Zur Geschichte und Entwicklung der Eugenik in Frankreich vgl. William Schneider (1990b). Für einen Überblick vgl. der Artikel zu Frankreich in »The Oxford Handbook of the History of Eugenics« (Fogarty/Osborne 2010).

30 Zu internationalen Ärztinnen- und Ärztekongressen und weiterführend zu internationalen Besuchen in der Führerschule der deutschen Ärztinnen- und Ärzteschaft vgl. Thomas Maibaum (2007) und Anahid Rickmann (2002).

2.6 Ethik als »shifted responsibilities«³¹ und als »management of living«³²?

Als »shifted responsibilities« bezeichnet die deutsche Sozial- und Gesundheitswissenschaftlerin Helen Kohlen die Verschiebung hin zu kollektiven Entscheidungsfindungen innerhalb von Ethikkomitees (Kohlen 2011: 127). Ihre Untersuchung bezieht sich nicht auf Ethikkomitees an staatlichen Forschungsinstituten sondern an Krankenhäusern in den USA, die sich mit Patientinnen- und Patientenfällen beschäftigen.³³ Kohlens leitende Frage ist, wie die »Ethik am Krankenbett« dem rationalistischen Rahmenwerk der Bioethik gewichen ist. In diesem Transformationsprozess, so zeigt sie, spielen institutionalisierte Komitees eine bedeutende Rolle (ebd.: 127/Übers. S.K.): Die Idee der Entscheidungsfindung durch lokale Komitees treiben in den 1970er Jahren insbesondere der so genannte Quinlan-Fall und die Diskussion um Sterbehilfe voran. Karen Ann Quinlan ist eine 22-jährige US-amerikanische Komapatientin, deren Eltern vor Gericht einklagen, ihre Tochter sterben lassen zu dürfen. Im Jahr 1976 wird geurteilt, dass es in diesem Fall erlaubt sei, die lebensverlängernden Maßnahmen einzustellen. Die Ärzte und Ärztinnen setzen die künstliche Beatmung, die Quinlan erhält, allerdings nur langsam ab. Ihre Atmung stabilisiert sich eigenständig und sie lebt bis 1985. Ihre Eltern kümmern sich bis zu deren Tod um ihre Tochter.³⁴ Der Quinlan-Fall fördert nicht nur die Diskussion um Sterbehilfe und wirft die Idee der Entscheidungsfindung durch lokale Komitees auf. Er ist zudem ein Ereignis, so Kohlen, durch das Bioethik graduell in den medizinischen Bereich eindringt. Bioethik, die Helen Kohlen als eine umstrittene Disziplin versteht, deren historische Wurzeln und Aufgaben nicht eindeutig sind, ist in den USA seit den 1960er Jahren zu einem interdisziplinären Unternehmen angewachsen. Bioethiker und Bioethikerinnen werden als Experten und Expertinnen in medizinischen, rechtlichen, politischen oder auch industriellen Bereichen in Anspruch genommen (ebd.: 127). Ethikkomitees werden zur standardisierten Organisationsform, um Patientinnen- und Patientenfälle in einem kollektiven Entscheidungsfindungsprozess zu besprechen. Dafür werden neue Regeln und Methoden formuliert, und Gesundheitspersonal wird darin ausgebildet, mit ethi-

31 Kohlen 2011: 127.

32 Arney/Bergen 1984.

33 Der Artikel, auf den ich mich hier beziehe, basiert auf Kohlens veröffentlichter Dissertation, in der sie nicht nur US-amerikanische sondern auch deutsche Ethikkomitees untersucht hat (Kohlen 2009).

34 Vgl. ausführlich in Kohlen (2011: 139ff).

schen Dilemmata umzugehen. Dadurch dringe, so Kohlen, Bioethik in den medizinischen Bereich:

»Medical morality gave way to bioethics by adopting not only its interdisciplinary approach, but also its rational analytical style and a technical procedure of principle-based ethics. Hereby, the responsibility, which was once under the authority of the medical profession, rooted in the Hippocratic oath, began shifting into a collective decision-making process by a team of (bio-)ethics experts, physicians, lawyers, nurses, chaplains and social workers (ebd.: 128).

Vor dem Einzug von Bioethik in den medizinischen Bereich, liegen die Entscheidungen in der Verantwortung der individuellen Ärztin oder des individuellen Arztes, meint Kohlen. Das Verhältnis zwischen Ärztin oder Arzt und Patientin oder Patient basiert auf Vertrauen, die Entscheidungsfindung auf Nähe. Die Kenntnisse des Arztes oder der Ärztin über den Patienten oder die Patientin sowie die Situation bestimmen über ethische Fragen am Krankenbett. Mit der Bioethik ändern sich Stil und Substanz der medizinischen Entscheidungsfindung (ebd.). Die »shifted responsibilities«, die Kohlen beschreibt, die Verschiebung der ärztlichen individuellen Verantwortung sind allerdings nicht nur hin zu einer kollektiven Verantwortung wie im Kontext der Ethikkomitees zu sehen. Wie die US-amerikanischen Soziologen William Arney und Bernard Bergen in ihrer Untersuchung medizinischer Fachliteratur aus den 1950er und 60er Jahren zeigen, hat zudem eine Verschiebung der ärztlichen Verantwortung im Kontext des Verhältnisses zwischen Ärztin oder Arzt und Patientin oder Patient stattgefunden (Arney/Bergen 1984). Indem zunehmend psychologische, ökologische oder gesellschaftliche Aspekte in den Entscheidungsprozess einbezogen werden und Gesundheit als System gedacht wird, hat die Medizin ihren Kompetenzbereich ausgedehnt. Kybernetisch definiertes Leben wird das neue medizinische Objekt und es zu managen, das Ziel. Um dieses umfassende »management of living« (ebd.) zu ermöglichen, wird der Patient oder die Patientin neu konzeptioniert. Er oder sie wird aufgefordert, aktiv am medizinischen Unternehmen teilzuhaben und selbst Entscheidungsträgerin oder -träger zu werden (ebd.; vgl. Samerski 2011: 104).

Die Ergebnisse beider Untersuchungen zusammengedacht, bedeutet dies, dass die medizinische Entscheidungsfindung nicht mehr allein auf der individuellen Verantwortung des Arztes oder der Ärztin beruht, wovon Kohlen im Kontext ethischer Fragen idealtypisch ausgeht. Der Patient oder die Patientin treten als Entscheidungsträger oder -trägerin hinzu. Darüber hinaus werden gesellschaftliche oder ökologische Aspekte in den Entscheidungsfindungsprozess integriert. Hinzu kommt die übergeordnete Entscheidungsinstanz in Form des Ethikkomitees im Krankenhaus, in der wiederum die ärztliche Entscheidungsbildung thematisiert und

überprüft wird (vgl. Kohlen 2011). Ärztliche Entscheidungsbildung wird nicht nur in ein Mehrebenensystem überführt, sondern weitere Akteurinnen und Akteure wie der Patient oder die Patientin oder die Mitglieder des Ethikkomitees werden in den Entscheidungsfindungsprozess integriert. In diesem Mehrebenensystem wird die Gesundheit der Patientin oder des Patienten selbst als System gedacht, indem ökologische oder gesellschaftliche Aspekte berücksichtigt werden – ein System im System sozusagen.

Was bedeuten diese Untersuchungsergebnisse im Hinblick auf das Ethikkomitee vom INSERM? Ob und, wenn ja, inwiefern Gesundheit in Frankreich in den 1970er Jahren als System gedacht wird und inwiefern dies eine Verschiebung der ärztlichen Verantwortung mit sich bringt, kann hier nicht abschließend beantwortet werden. Wie Rigal meint, setzt sich ab den 1960er Jahren eine Bedeutung von klinischen Untersuchungen durch, die vom Krankenbett weg führt. Klinische Untersuchungen beziehen sich jetzt auf die Quelle, sei es Biologie, Mathematik, Chemie, Psychologie oder Soziologie, die für Diagnosen, Prognosen, Behandlungen oder für die Prävention verwendet werden können (Rigal 2008: 528f). Damit werden weitere Aspekte in den Entscheidungsprozess einbezogen, die auch für Frankreich vermuten lassen, dass Gesundheit als System gedacht wird und sich der medizinische Kompetenzbereich erweitert. Allerdings ist in Frankreich insofern von einem starken medizinischen Paternalismus auszugehen, da das Selbstbestimmungsrecht des Patienten oder der Patientin im Kontrast zu den USA nicht besonders betont wird (Maio 2000: 49). Somit ist vermutlich der Patient oder die Patientin nicht in ähnlichem Umfang als Entscheidungsträger oder -trägerin konzeptioniert. Der Begriff Patientenrecht macht sich bspw. erst mit den neuen Reproduktionstechnologien bemerkbar (Nye 2006: 35). Ein weiterer Aspekt an dem ab den 1970er Jahren eine Verschiebung von Verantwortung sichtbar wird, ist m.E. der Medikamentenführer von Pradal. Er wird im Jahr 1974 veröffentlicht und ist in Frankreich ein Bestseller. Dies zeigt sowohl, dass zu dieser Zeit ein Bedürfnis der (möglichen) Patientinnen und Patienten besteht, selbstbestimmt sein zu wollen, als auch dass Ärztinnen und Ärzte eine informierte Patientin oder Patienten bevorzugen, da sie »einfacher« zu behandeln seien (vgl. Chauveau 2004: 108f/Übers. S.K.). Weiter zeigt sich diese Tendenz in den Gruppen zum Schutz von Konsumentinnen und Konsumenten, die sich in den 1960er und 70er Jahren vervielfachen und sich u.a. auch mit medizinischen Themen beschäftigen (Chavot/Masseran 2003d: 435f). Die Gruppen oder der Medikamentenführer scheinen in Frankreich auf ein Problem zu antworten, auf ein Bedürfnis oder Interesse daran, sich selbst zu informieren, Wissen anzueignen, um medizinischer Autorität nicht ausgeliefert zu sein. Von »shifted responsibilities« kann auch im Kontext des Ethikkomitees vom INSERM gesprochen werden, da nicht mehr allein die Verantwortung des Medizi-

ners oder der Medizinerin ausschlaggebend für das Durchführen eines Versuchs ist, sondern nun auch eine übergeordnete Instanz in Form eines Expertinnen- und Expertenkomitees. Das individuelle Gewissen des Forschers oder der Forscherin wird in ein übergeordnetes kollektives Gewissen verschoben. Es handelt sich um eine Art antipaternalistische Entzerrung des Verhältnisses zwischen der Forscherin oder dem Forscher und der Patientin oder dem Patient in dem Sinn, dass eine weitere Instanz hinzukommt. Die Forschungspläne werden zwar kontrolliert und transparenter, jedoch nur innermedizinisch. Die Freiwilligkeit, den Forschungsplan vorzulegen, wird finanziell angereizt. Wird er vorgelegt und bleibt er im ethischen Rahmen, wird er finanziert. Die französische Medizinerin Claire Ambroselli unterstreicht vor allem die pädagogische Rolle des Komitees: »das Ethikkomitee hatte bei den Forschern, die für die Ethik der Forschung sensibel waren, eine pädagogische Rolle, besonders im Krankenhausmilieu, indem sie ihre Methodik gemäß den Empfehlungen des Komitees nachgebessert haben« (Ambroselli 1984: 8/ Übers. S.K.). Das Komitee hat also eine pädagogische, eine anleitende, bildende, erzieherische Rolle. Angeleitet oder geführt wird nicht durch Verbot oder Strafe, sondern mit dem Anreiz der Finanzierung. Der Mediziner oder die Medizinerin muss sich gegenüber dieser Instanz, sofern er oder sie eine Finanzierung möchte, als Individuum richtig verhalten, das heißt, gemäß der geforderten Standards. Die Finanzierung und damit die Möglichkeit zu forschen, setzt eine Selbstdisziplinierung voraus, die eine Reflexion fordert. Zwar wird das Verfahren der medizinischen Selbstkontrolle durch das Hinzukommen des Komitees ausgedehnt; sie wird durch diese Instanz jedoch gleichzeitig gesichert.

Die Entzerrung des paternalistischen Verhältnisses zwischen Mediziner oder Medizinerin und Patient oder Patientin, die Abschwächung des individuellen ärztlichen Gewissens als einzige Kontrolle, spielt jedoch auch in weiteren Diskursen eine Rolle, die in den 1970er Jahren aktuell sind: dem medizinkritischen Diskurs, der aus der 1968er-Bewegungen hervorgeht sowie dem Diskurs um die Legalisierung des Schwangerschaftsabbruches.

2.7 Mai 1968 und Medizinkritik

Die Ereignisse des Mai '68 erschüttern die französische Medizin, so die französische Soziologin Claudine Herzlich und ihre Kollegin (Herzlich/Pierret 2010: 130). Die Revolten des Mai '68 wenden sich gegen den allmächtigen Staat, für den der damalige konservative Staatspräsident Charles de Gaulle steht. Sie beinhalten insbesondere eine Gesellschaftskritik, die auf die wirtschaftliche und politische Organisation der Gesellschaft zielt sowie ihre hierarchischen und autoritären Strukturen

(vgl. Doll 2006: 607). Bildungseinrichtungen und Universitäten werden zu einem Ort sozialer und politischer Kämpfe. Fragen nach dem Zusammenhang von Wissen und Macht rücken in den Fokus (vgl. Lemke 1997: 58); auch in den Fokus politischer Medizinerinnen und Mediziner. Zu Beginn der 1970er Jahre erscheinen eine Reihe an Publikationen von jungen Medizinerinnen und Mediziner sowie Psychiaterinnen und Psychiatern. Sie behandeln Themen, wie die »Medizin des Kapitals« oder die »Medikalisierung der Gesellschaft« (Herzlich/Pierret 2010: 130/Übers. S.K.). Krankheit, Gesundheit und Körper werden nicht mehr außerhalb des Sozialen und Politischen gesehen; Medizin wird im Rahmen des kapitalistischen Systems gedacht (ebd.: 129). Und nicht zuletzt erscheint im Jahr 1975 auf Französisch Ivan Illichs Buch zur Gesundheits- und Medizintechnokratie »Némésis médicale. L'expropriation de la santé« – »Die Nemesis der Medizin. Die Enteignung der Gesundheit« (Illich 1976). Das kritische Werk stößt auf ein »großes Echo«, wie Foucault es 1976 in einem Vortrag formuliert (Foucault 2003 (1976)-b: 54). Im Kontrast dazu stehen Publikationen wie die Jean Bernards aus dem Jahr 1973 zur »Grandeur et tentations de la médecine« – »Größe und Verlockung der Medizin«, in denen die komplexen Entwicklungen der modernen Medizin betont werden (Herzlich/Pierret 2010: 130/Übers. S.K.). In Anlehnung an den von Michel Foucault zusammen mit dem Historiker Pierre Vidal-Naquet 1971 ins Leben gerufene *Groupe d'Information sur les Prisons* – Gefängnisinformationsgruppe – und geprägt von den 1968ern wird der *Groupe d'Information Santé* (GIS) – Gesundheitsinformationsgruppe – im Jahr 1972 gegründet (ebd.; Garcia 2005: 107; Lemke 1997: 62ff; Reynaud 1978: 105). Der GIS setzt sich vor allem aus jungen linken Ärztinnen und Ärzten sowie Medizinstudierenden, aber auch einigen Nicht-Medizinerinnen und -Mediziner zusammen, insgesamt etwa hundert an der Zahl (Pavard 2009: 82; Gaudillière 2006a: 244; Reynaud 1978: 125f). Dazu zählen der Gynäkologe René Frydman, der im Jahr 1982 einer der so genannten Väter des ersten französischen Reagenzglasbabys wird, und der Arzt Jean Carpentier. Carpentier wird im Jahr 1971 wegen eines Flugblatts mit dem Titel »Apprenons à faire l'amour« – »Lernen wir uns zu lieben«³⁵ vom *Conseil de l'Ordre Médecins* für ein Jahr von der Ausübung des ärztlichen Berufes suspendiert (Giami 2007: 14/Übers. S.K.; Reynaud 1978: 9). Das Flugblatt, das zusammen mit Schülerinnen und Schülern entsteht und das an einem Gymnasium verteilt wird, soll zur sexuellen Befreiung beitragen und zu sexuellen Aktivitäten ermutigen (Giami 2007: 14). Darüber hinaus gehört Carpentier zu einer Gruppe, die von 1973–1977 die medizinkritische Zeitschrift *Tankonalasanté* publiziert. Die Zeitschrift hat eine Auflage von 4000

35 Das Flugblatt findet sich in einer Veröffentlichung von Jean Carpentier mit demselben Titel (Carpentier 2001).

Exemplaren und ca. 800–1000 Abonnements (Reynaud 1978: 31). Ziel ist es, dass »les malades [...] reprennent le pouvoir sur leur maladie, sur leur corps et leur esprit« – »die Kranken [...] wieder die Macht über ihre Krankheit, ihren Körper und ihren Verstand übernehmen« (Tankonallasanté (1974), n°8 »La ligne du journal«: o.S., zit. nach ebd.: 12/Herv. i.O., Übers. S.K.). Das Kampfterrain liegt für den GIS in der außerparlamentarischen sozialen Bewegung und im Klassenkampf (Gaudillière 2006a: 245; vgl. Foucault 1976). Die Gruppe konzentriert sich darauf, »gegen die verlogene Propaganda zu kämpfen, die die Gesundheit an einen mehr oder weniger mythischen Fortschritt koppelt« (Flugblatt (1972), GIS ohne Quellenangabe, zit. nach Herzlich/Pierret 2010: 130/Übers. S.K.; vgl. Artières 2002: 38). Die Vorstellung des GIS von Medizin oder der Ausübung des ärztlichen Berufes besteht nicht darin, dass Medizinerinnen und Mediziner Entscheidungen über jemanden treffen. Sie besteht darin, dass sie ihr Wissen in den Dienst der Menschen stellen (Gaudillière 2006a: 245): »inspiriert von Foucaults Analysen der Beziehungen zwischen ›Wissen und Macht‹ hat er [der GIS, S.K.] die Ambition, die Beziehungen zwischen Medizinern und Patienten umzustürzen« (Garcia 2005: 107/Herv. i.O., Übers. S.K.). Wie Lemke ausführt, rückt mit dem Mai '68 »die politische Frage nach dem Zusammenhang von Wissen und Macht« und so die Frage nach Organisation und Verteilung von Wissen in den Mittelpunkt Foucaults Auseinandersetzungen (Lemke 1997: 57f). »Wie vollzieht sich die Aneignung und die Verteilung des Wissens? Wie kann ein Wissen in einer Gesellschaft seinen Platz einnehmen, sich in ihr entwickeln, seine Kräfte mobilisieren und sich einem Wirtschaftssystem unterordnen?«, so fragt Foucault zu Beginn der 1970er Jahre (Foucault (1970), in: Le Nouvel Observateur, 9.-15.2.: o.S., zit. nach ebd.: 58). Mit dem Konzept eines medizinischen Wissens im Dienste der Menschen, das vom GIS vertreten wurde, zeigt sich bereits das Konzept des »intellectuel spécifique« – des »spezifischen Intellektuellen«, das Michel Foucault kurze Zeit später, im Jahr 1976 ausarbeitet, wie der Historiker Jean-Paul Gaudillière meint (Gaudillière 2006a: 245). Foucault führt es ein, um seine eigene Praxis und die der Informationsgruppen zu untermauern (ebd.). Der »intellectuel spécifique« beinhaltet die Idee eines oder einer Intellektuellen, der oder die sich politisch einmischt, sich in seinem oder ihrem Spezialgebiet engagiert, sein oder ihr Wissen eines Gebietes verwendet, um dessen Praktiken anzuprangern (Artières 2002: 38). Im Kontrast zum »intellectuel ›universel‹« und dem damit verbundenen Merkmal des »›juste-et-le-vrai pour tous‹« – »›Richtigen-und-Wahren für alle‹« sollte es darum gehen, so Foucault zur politischen Aufgabe des Intellektuellen, sich spezifischen Problemen zuzuwenden, sei es im Krankenhaus, im Labor oder in der Universität (Foucault 2001 (1976): 109/Herv. i.O., Übers. S.K.; Artières 2002: 38). In Folge der 1968er und mit dem GIS kommt ein medizinkritischer Diskurs auf, der den Fortschrittsmythos ebenso

thematisiert wie die Beziehung von Macht und Wissen, insbesondere im Verhältnis zwischen Ärztin oder Arzt und Patientin oder Patient. Verknüpft ist damit die Frage, wer über medizinische Fragen entscheidet. Dies sind Fragen, die der GIS auch im Konflikt um die Legalisierung der Abtreibung einbringt.

2.8 Der Abtreibungskonflikt – Politische Selbstbestimmung versus Moral

Zwar steht die Institutionalisierung des Ethikkomitees vom INSERM durch die Thematisierung der medizinischen Forschung in engem Zusammenhang mit dem medizinischen und öffentlichen Diskurs insbesondere um Humanexperimente. Jedoch taucht Mitte der 1970er Jahre die Frage medizinischer Autorität, die insbesondere den *Ordre de médecins* betrifft, auch im Diskurs um die Legalisierung der Abtreibung auf. In diesem Diskurs ist nicht die Sprache der Ethik zentral, sondern die einer (Anti-)Moral.

In den Kontroversen um die Legalisierung der Abtreibung³⁶ wird vor allem die Moral der Abtreibungsgegner und -gegnerinnen kritisiert. Unter den letztgenannten sind viele konservative Mediziner und Medizinerinnen und auch der *Ordre des médecins*. Bereits durch die Legalisierung der Kontrazeptiva wird die Autorität konservativer Mediziner und Medizinerinnen und insbesondere die des *Ordre* ab den 1960er Jahren geschwächt, so Maio (2000: 55). Im Jahr 1967 tritt das so genannte Neuwirth-Gesetz in Kraft. Durch das Gesetz wird die Verwendung der Anti-Baby-Pille legalisiert. Bis dahin ist die Empfängnisverhütung in Frankreich verboten. Geschwächt wird die Autorität konservativer Medizinerinnen und Mediziner zudem im Kontext des Diskurses um Abtreibung. Die Schwächung dieser konservativ-medizinischen Autorität steht in Wechselwirkung zu den Auseinandersetzungen um Humanexperimente und damit zu der Einrichtung des Ethikkomitees.

In den 1960er Jahren gewinnt eine französische Reformbewegung gegen das bestehende Abtreibungsrecht an Boden. In der Vorkriegszeit werden in Frankreich, aufbauend auf den restriktiven Gesetzen aus den Jahren 1920 und 1923, der Versuch, die Beihilfe zur und die Durchführung der Abtreibung unter ein hohes Strafmaß gestellt: Es reicht von Geldstrafen bis hin zu einer Gefängnisstrafe zwischen

36 Eine Chronologie der Ereignisse mit einem Überblick der beteiligten Akteure und Akteurinnen bieten Anne-Marie Devreux und Michèle Ferrand-Picard (1982). Eine aktuellere Chronologie des Konfliktes um die Legalisierung des Schwangerschaftsabbruchs ab 1967 findet sich auf der Homepage von *La documentation Française* (<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/dossiers/ivg/chronologie.shtml>, 21.07.2015).

sechs Monaten und fünf Jahren (Rucht 1994: 348f; Schulz 2002: 121f). Während des Vichy-Regimes verschärft sich diese Regelung bis hin zur Todesstrafe (Rucht 1994: 349; vgl. Pollard 2000). Die bestimmende Kraft dieser Reformbewegung gegen das Abtreibungsgesetz ist der französische Verband zur Familienplanung, der *Mouvement français pour le planning familial* – vormals *Maternité heureuse* – glückliche Mutterschaft (Rucht 1994: 350f; Memmi 2005: 7). In dieser Zeit nimmt zudem die Frauenbewegung Gestalt an, die sich schließlich zu Beginn der 1970er Jahre des Abtreibungsthemas annimmt (Laborie 1995: 1). Entscheidender Anstoß für die öffentliche Diskussion über das bestehende Abtreibungsrecht und für die Formierung einer breiten Bewegung ist u.a. ein im April 1971 in der links-intellektuellen Wochenzeitung *Nouvel Observateur* herausgegebenes Manifest. 343 Frauen erklären darin, abgetrieben zu haben. Darunter sind auch Prominente wie die Schriftstellerin und Philosophin Simone de Beauvoir, die Autorin und Filmregisseurin Marguerite Duras oder der Filmstar Jeanne Moreau (Abba-Sidick et al. 1971; Rucht 1994: 351f). Dem französischen Vorbild folgen solche Selbstbeziehungskampagnen auch in der BRD. Weiterer, entscheidender Anstoß für eine öffentliche Diskussion ist der so genannte Prozess von Bobigny im Jahr 1972. In diesem Prozess wird der Fall einer Minderjährigen verhandelt, die nach einer Vergewaltigung abgetrieben hat (Garcia 2005: 103ff). Abgesehen von dem Manifest, gehören zu weiteren Aktionen u.a. die öffentliche Aussprache für die Legalisierung der Abtreibung von verschiedenen Fachleuten, Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern, sowie Kampagnen des *Mouvement pour la liberté de l'avortement et de la contraception* (MLAC), einer Allianz von radikalen Reformgruppen (Rucht 1994: 351ff; Devreux/Ferrand-Picard 1982: 504ff). Ab 1973 zählt zum MLAC auch der *Groupe d'Information Santé* (GIS). Sein Ziel ist nicht eine Gesetzesreform, sondern die Aufhebung des Abtreibungsgesetzes (Gaudillière 2006a: 245; Reynaud 1978: 112ff). Auch im Kontext der Abtreibung besteht seine Vorstellung über die Ausübung des ärztlichen Berufes darin, das Wissen in den Dienst der Menschen zu stellen, hier in den Dienst der Frauen (Gaudillière 2006a: 245). Als Abtreibungsmethode befürworten und praktizieren sie die Karman-Methode, eine Absaugmethode, die schnell, mit wenig Aufwand und ohne Krankenhausaufenthalt realisierbar ist (Garcia 2005: 107ff). Wie Gaudillière in einem Aufsatz zum medizinischen Diskurs im Abtreibungskonflikt aufführt, bleibt mit dem Konzept des GIS, medizinisches Wissen in den Dienst der Menschen zu stellen, die wissenschaftlich-medizinische Kompetenz unangetastet. Seine Aktionen werden durch ein Wissen gerechtfertigt, das die Mitglieder sich an der medizinischen Fakultät angeeignet haben. Der Inhalt dieses Wissens wird aber kaum kritisiert, er wird lediglich als Kampfmittel eingesetzt, um es denen zur Verfügung zu stellen, die es brauchen (Gaudillière 2006a: 245f). Den Kampf gegen das Abtreibungsgesetz sieht

der GIS im Rahmen des Kampfes für die Befreiung der Frau und weiter im Rahmen des Klassenkampfes und wendet sich gegen eine bürgerliche Moral (ebd.: 245). Der GIS veröffentlicht im Jahr 1973 die Broschüre »Oui nous avortons!« – »Ja, wir treiben ab!« (Groupe d'information santé 1973/Übers. S.K.; Artières 2002: 38). Die Gruppe erreicht im selben Jahr, dass der *Nouvel Observateur* in Anlehnung an das »Manifest der 343« einen Text publiziert, in dem 330 Mediziner und Medizinerinnen erklären, Abtreibungen durchzuführen (Gaudillière 2006a: 245). Die Definition der medizinischen Moral, wie sie durch den *Ordre des médecins* verkörpert wird, beginnt, so Sandrine Garcia, ins Wanken zu geraten (Garcia 2005: 102) und zwar nicht allein durch das Manifest der Frauen, sondern darüber hinaus durch das Manifest der Mediziner und Medizinerinnen.

Der Bewegung zur Liberalisierung der Abtreibung stehen ab dem Jahr 1972 verschiedene Gruppierungen und Verbände entgegen, dazu gehören vor allem konservative Mediziner und Medizinerinnen wie auch der *Ordre des médecins*. Die abwehrende Haltung des *Ordre* gegenüber der Abtreibung ist vor allem in der Gefährdung seiner Autonomie begründet. Diese sieht er bereits im Kontext der Kontrazeptiva in Gefahr. Hinter seiner abwehrenden Haltung steht, so Maio, »die Sorge zu einer reinen Verschreibungsinstanz instrumentalisiert zu werden« (Maio 2000: 55). Ebenso ablehnend steht der *Ordre des médecins* der Legalisierung der Abtreibung gegenüber. In seiner Abwehrrethorik zeigt sich der Versuch seiner Autonomie- und Autoritätssicherung: Im Jahr 1974 richtet sich der Präsident des *Ordre des médecins* mit einem Schreiben an die Gesundheitsministerin Simone Veil. Darin ist zu lesen: »Die Abtreibung zu liberalisieren, das heißt, die Verhütung aufgeben, das heißt eine verantwortungsvolle Geburtenkontrolle durch Verantwortungslosigkeit zu ersetzen« (Bulletin de l'Ordre des médecins (1962), 1, 44, zit. nach ebd.: 58; vgl. Horellou-Lafarge 1982: 402). Der Begriff »verantwortungsvoll« wird hier eingesetzt, um die Kontrolle, die eigene Autorität zu sichern. Das geschieht hier vor allem indem die Entscheidungsfähigkeit der Frauen als unverantwortlich gekennzeichnet wird, als unvernünftig oder irrational im Hinblick auf die Geburtenkontrolle. Die »verantwortungsvolle Geburtenkontrolle« des *Ordre* kann sich allerdings nicht durchsetzen: Veil ruft den *Ordre des médecins* zur Raison, indem sie ihn darauf hinweist, dass er den Gesetzen der Republik unterstehe. Kurz nach dem Gesetz zur Liberalisierung der Abtreibung von 1975 gibt es einen Gesetzesvorschlag zur Auflösung des *Ordre des médecins*. Später, nach dem Regierungswechsel von 1981, gibt es diesbezüglich weitere Bestrebungen. Die neue sozialistische Regierung unter François Mitterrand begründet ihr Vorgehen mit dem Misstrauen, das in der Öffentlichkeit gegenüber dem *Ordre* vorhanden sei und kritisiert ihn aufgrund seiner veralteten und undemokratischen Strukturen (Maio 2000: 55, 58f; Didrich-Tabaste 1994: 99f). Zu den weiteren Abtreibungsgegnern und -gegne-

rinnen zählt die Lebensschutzorganisation *Laissez-les vivre* - Lasst sie leben, die im Jahr 1970 von dem konservativen Mediziner und Genetiker Jérôme Lejeune (1926*–†1994) ins Leben gerufen wird (Schulz 2002: 122). Im Jahr 1971 lanciert dieser radikale Flügel der Abtreibungsgegner und -gegnerinnen eine öffentliche Stellungnahme gegen Abtreibung, die 100 Unterschriften zählt (ebd.). *Laissez-les vivre* fordert u.a. eine moralische und staatsbürgerliche Erziehung der Abtreibungsbefürworterinnen und -befürworter (Ferrand-Picard 1982: 387). Auch die katholische Kirche äußert sich und sagt u.a., dass kein moralisches Prinzip einen Schwangerschaftsabbruch begründen könne (Ladrière 1982: 424). Es gelingt den konservativen Strömungen allerdings nicht, die konservativen politischen Parteien für sich zu gewinnen (Rucht 1994: 355f). In diesem angespannten Klima stehen die politischen Parteien unter Handlungsdruck. Nach mehreren diskutierten Gesetzesentwürfen kommt es im Jahr 1974 schließlich zu einem Entwurf der damaligen Gesundheitsministerin Veil, der im Januar 1975 trotz parlamentarischer Proteste verabschiedet wird. Er erlaubt, sofern die Frau in einer so genannten Notsituation ist, die Abtreibung in den ersten zehn Schwangerschaftswochen und nach einer medizinischen Beratung. Nach diesem Zeitraum wird ein Schwangerschaftsabbruch dann erlaubt, wenn das Leben der Mutter gefährdet oder eine so genannte schwere Schädigung des Fötus zu ersehen ist. Das so genannte Veil-Gesetz soll dem Parlament nach fünf Jahren erneut zur Abstimmung vorgelegt werden und wird darum auch als Probegesetz bezeichnet (ebd.: 356ff; vgl. Loi n° 75-17 1975).

2.8.1 »Kein moralischer Druck!«³⁷

Zentrale Parole im Abtreibungsdiskurs ist »un enfant quand je veux – si je veux« – »ein Kind wann und wenn ich will«. Angesprochen werden mit dieser Parole der Abtreibungsbefürworterinnen und -befürworter Entscheidungsfreiheit und Selbstbestimmung vor allem über den eigenen Körper. Es wird »la libre disposition de notre corps« – »die freie Verfügung über unseren Körper« gefordert, so im Manifest der 343 Frauen aus dem *Nouvel Observateur*. Weiter heißt es darin: »ob sie Katholiken heißen, Fundamentalisten, Demografen, Mediziner, ›verantwortliche Männer‹, Debré, Peyret, Lejeune, Pompidou, Chauchard, der Papst³⁸ – wir sagen, dass wir sie demaskiert haben. [...]. Dass wir ihnen verbieten, den Begriff ›Achtung vor dem Leben‹ zu verwenden, der eine Obszönität in ihrem Mund ist« (Ab-

37 Abba-Sidick et al. 1971/Übers. S.K..

38 Bei den Genannten handelt es sich um Abtreibungsgegner: Paul Chauchard und Jérôme Lejeune bspw. waren aktive Lebensschützer. Michel Debré, ehemaliger Premierminister unter Charles de Gaulle, sah in dem Gesetz eine Katastrophe für die Geburtenzahl Frankreichs (Ferrand-Picard 1982: 392; Thalmann/Dhoquois 1995).

ba-Sidick et al. 1971/Herv. i.O., Übers. S.K.). Die Frauen wenden sich in ihrem Manifest explizit gegen die Verwendung des normativen Begriffes »Achtung vor dem Leben« seitens der Abtreibungsgegnerinnen und -gegner, und wehren sich gegen einen »moralischen Druck«: »Ich werde ein Kind gebären, wenn ich dazu Lust habe, kein moralischer Druck, keine Institution, kein ökonomisches Gebot kann mich dazu zwingen. Das ist meine politische Macht« (ebd./Übers. S.K.). Die Selbstbestimmung über den eigenen Körper (»la libre disposition de notre corps« (ebd.)) wird zur politischen Macht. Es handelt sich um einen politischen Selbstbestimmungsbegriff, der einer Moralisierung der Abtreibungsthematik gegenübergestellt wird. Anders gesagt, die Frauen wenden sich gegen eine Moralisierung des Konfliktes um Abtreibung vor allem durch Instanzen, denen zu der Zeit eine Hoheit über die Definition von Moral zugesprochen wird, wie Mediziner und Medizinerinnen, den Papst oder Experten und Expertinnen, und stellen dagegen ein politisches Konzept der Selbstbestimmung (vgl. Del Re 2000). Dies stellt einen Angriff auf die ärztliche Autorität dar, den damit einhergehenden Paternalismus und ihren bisherigen Kompetenzbereich – die Schwangerschaft und die Geburtenkontrolle.

2.9 Ein Weniger an medizinischer Macht?

Die Entscheidungsfreiheit, die den Frauen mit dem Veil-Gesetz eingeräumt wird, bedeutet allerdings, mit Foucault verstanden, nicht ein Weniger an medizinischer Macht, wie Dominique Memmi herausgearbeitet hat. Sie verortet die Verwaltung der Geburt in einem Transformationsprozess der politischen Kontroll- und Steuerungsmodi seit den 1960er Jahren und der sich verändernden Formen des Umgangs des Individuums mit seinem Körper, von Verbot und Strafe hin zu einer Entkriminalisierung und Bioindividuation, was sie die delegierte Biopolitik nennt (Memmi 2003a: 292f; 2005). Diese Bioindividuation bedeutet, körperliche Bedingungen auszubalancieren, Risiken zu kalkulieren und die Kosten der eigenen Gesundheit und ihrer Verbesserung zu evaluieren (ebd.). Die Führung dieser Art der Selbstregierung findet weniger durch Verbote oder Strafe statt, sondern durch eine von Experten und Expertinnen angeleitete Art und Weise des Sprechens, das *governing through speech* (Memmi 2003c). Dessen wesentliches Merkmal ist die Stimulation einer individuellen und »rationalen« Selbstkontrolle (Memmi 2003c: 656). Im Kontext der Abtreibung haben in diesem Transformationsprozess die sozialen Bewegungen eine wesentliche Bedeutung, so Memmi. Bereits mit der Legalisierung der Kontrazeptiva sind durch den *Mouvement français pour le planning familial* – die französische Bewegung für Familienplanung private Verhütungsmethoden wie Kräuter, Kondome oder Abstinenz öffentlich geworden. Mit den

Verhütungspraktiken gehen Entscheidungen einher, die gegen staatliche Regulierungen und gegen die Kirche stattgefunden haben. Der Prozess der Bioindividuation, der erst gegen jede Instanz und gegen den Staat gerichtet war, wendet sich ab Ende der 1960er Jahre an ihn. »Das, was enorm schockiert hat, war, dass wir es gesagt haben, dass wir das Recht auf Abtreibung einforderten«, wie Gisele Halimi bestätigt, eine Hauptakteurin im Abtreibungskonflikt (Halimi (2001) »Je déclare avoir avorté«, in: *Le Monde* 8/9.04.: 14, zit. nach Memmi 2005: 11/Übers. S.K.). Die vormals heimliche Praxis wird zur Forderung an den Staat und gelangt in den öffentlichen Diskurs. Im Kontext der Abtreibung und des Veil-Gesetzes wird die Art und Weise des Sprechens durch den Mediziner oder die Medizinerin angeleitet bzw. überwacht – die medizinische Beratung ist gesetzlich vorgeschrieben (ebd.). Die Frau, die durch die Abtreibungsfrist zeitlich unter Druck steht, wird ermuntert zu sprechen, selbst wenn sie durcheinander ist, leidet oder Angst hat, sie muss ihre Entscheidung begründen. Auch der Mediziner oder die Medizinerin muss sprechen, erklären und informieren. Er oder sie kann nicht ohne Zustimmung der schwangeren Frau über deren Körper verfügen. Die Mediziner und Medizinerinnen müssen zeigen, dass sie ihre Regungen beherrschen, zivilisiert sind. Die Entscheidung über einen Schwangerschaftsabbruch wird vom Staat durch das Gesetz an die individuelle Frau delegiert. Es handelt sich um eine Regierung, die sich wenig autoritär gibt und auf eine begleitende Selbstkontrolle durch eine gelehrte medizinische Expertise setzt (ebd.: 2f; vgl. Memmi 2003b: 975f).

Auch mit dem Ethikkomitee vom INSERM scheint sich tendenziell eine von Experten und Expertinnen angeleitete Form der Regierung, des *governing through speech* durchzusetzen. Und zwar insofern, als der Mediziner oder die Medizinerin sich gegenüber dieser Instanz, sofern er oder sie eine Finanzierung möchte, »richtig sprechen« muss. Begleitet wird das »richtige Sprechen« durch die gelehrte Expertise in Form des Komitees. Im Kontrast zum Abtreibungsdiskurs und insbesondere seiner konservativ-moralischen Rahmung erscheint die Ethik-Rahmung in Form des Komitees als modern, antipaternalistisch oder antiautoritär und demokratisch. Sowohl für Forscher und Forscherinnen als auch für Frauen, die eine Schwangerschaft abbrechen möchten, scheint sich eine begleitende Selbstkontrolle durch eine gelehrte Expertise durchzusetzen – in Form des Ethikkomitees und in Form der medizinischen Beratung. Mit der Legalisierung der Abtreibung verliert der *Ordre des médecins* weiter seine Definitionsmacht. Dies wirkt sich auch auf seine Definitionsmacht im Hinblick auf die Humanexperimente aus, so Maio: »Ab dem Moment, wo die Standesvertreter ihre Definitionsmacht in der Bewertung des Humanexperimentes verloren, war der Weg für eine ›neue‹ Bewertung geebnet« (Maio 2000: 78/Herv. i.O.). Der Weg für diese neue, nicht-moralische sondern ethische Bewertung führt in die Einrichtung des Ethikkomitees vom INSERM. Es

wird aber nicht nur eine bestimmte Moral verurteilt, sondern parallel eine bestimmte moralische Haltung befürwortet. Wie die Gesundheitsministerin Veil 1974 in ihrer Rede zum 10. Jahrestag vom INSERM sagt, sei die Kritik an der Medizin übereilt und aufgebauscht, an einer medizinischen Forschung, der sie nicht allein eine Schlüsselfunktion in der Lenkung, eine Führungsposition der zukünftigen wissenschaftlichen Entwicklungen zuschreibt, sondern zudem eine humanisierende Wirkung (Veil 1974). Veil zeigt implizit auf, dass sich die Kritikerinnen und Kritiker dieser humanisierenden Wirkung, einer menschenwürdiger machende Entwicklung verschließen. Nur eine Haltung, die eine Führungsposition medizinischer Forschung akzeptiert, scheint moralisch.

3 ZUSAMMENFASSUNG

Ethische und moralische Rahmungen tauchen in der französischen Nachkriegszeit insbesondere im Kontext der Diskussion um Humanexperimente, der Medizinkritik, die aus den 1968ern hervorgeht und der Kontroversen um die Legalisierung des Schwangerschaftsabbruchs auf. Medikamentenskandale Mitte der 1950er und Anfang der 1960er Jahre werden nicht mit Humanexperimenten oder Experimentieranstalten verknüpft. Sie sind nicht ethisch gerahmt, sondern als Fehler oder Unfall. Diesen kann innerwissenschaftlich oder gesundheitspolitisch mit besseren Evaluationen im Labor begegnet werden oder mit staatlichen Regelungswerken zur Medikamentenfreigabe. Vor dem Hintergrund der Rahmungen als Fehler oder Unfall erscheint die Ethik-Rahmung als vertrauensbildend und verantwortungsvoll – die Forschungspläne werden geprüft; ihre Bewertung bleibt allerdings innerwissenschaftlich. Im Frankreich der 1960er und 70er Jahre setzen mehrere Diskurse ein, deren Schnittmenge vor allem in der Problematisierung und Verteidigung medizinischer Autonomie und Autorität liegt. Es handelt sich nicht allein um emanzipatorische soziale Bewegungen, die die Frage der medizinischen Autorität stellen, sondern auch um innermedizinische. In den 1960er Jahren werden der ärztliche Paternalismus und insbesondere das Verhalten des *Ordre des médecins*, der französischen Vertretung der Ärztinnen und Ärzte, im Kontext der Legalisierung der Kontrazeptiva politisch und öffentlich kritisiert. Im Kontext der Legalisierung der Abtreibung steht den konservativen Medizinerinnen und Medizinerinnen ab Anfang der 1970er Jahre die Forderung einer politischen Selbstbestimmung von Frauen gegenüber. Durch die Legalisierung sowohl der Kontrazeptiva als auch der Abtreibung verlieren insbesondere der *Ordre* an Definitionsmacht und mit ihm konservativ-medizinische Vorstellungen. Weitere Kritik an der medizinischen Autonomie entsteht ab den 1970er Jahren durch den GIS. Der GIS kritisiert zudem den Fort-