

Würde und Rechte des Patienten

Autor(en): **Saner, Hans**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Bulletin der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften = Bulletin de l'Académie Suisse des Sciences Medicales = Bollettino dell' Accademia Svizzera delle Scienze Mediche**

Band (Jahr): **36 (1980)**

PDF erstellt am: **21.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-308239>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

WÜRDE UND RECHTE DES PATIENTEN

HANS SANER

Zusammenfassung

Das Mass des ärztlichen Handelns ist letztlich nicht das blosse biologische Leben des Patienten, sondern die Würde und Integrität seiner Person, die in der Möglichkeit seiner Freiheit gründen. Von da her bekommen die Rechte des Patienten ihren Sinn als Recht auf Leben und angemessene Behandlung unter den Bedingungen der Selbstbestimmung, der Integrität und der Würde der Person. Die Selbstbestimmung des Patienten aber setzt ein Recht auf Information und Kommunikation voraus und dies wieder eine Pflicht des Arztes zur klaren Sprache und zum hinreichenden Zeitaufwand. Die Integrität der Person begründet nicht bloss den Anspruch auf Schutz durch Geheimhaltung und Diskretion, sondern das umfassende Recht, in aller partiellen Behandlung als physio-psycho-soziale Einheit einer konkreten Individualität anerkannt zu werden, und die Würde der Person begründet schliesslich das Recht des konkreten Individuums, als Zweck aller Therapie zu gelten. Darüber hinaus kann es ein Recht auf Gesundheit nur im negativen sozialen Sinn geben als Recht, durch die Ordnung der Gesellschaft nicht vermeidbar krank gemacht zu werden - und ein Recht auf Krankheit nur in dem eingeschränkten Sinn, wegen ärztlich diagnostizierter Krankheit nicht sozial benachteiligt zu werden.

Summary

In his treatment of the patient, the doctor must be guided not simply by concern for the patient's biological existence but ultimately by concern for the dignity and integrity of his person. These qualities are founded in the patient's innate human freedom, which equally underlies his entitlement to life and to proper treatment without sacrifice of his right to self-determination, his inviolability and his human dignity. Self-determination presupposes the right to information and communication, and this in turn an obligation on the part of the doctor to talk in terms which the patient understands and to devote sufficient time to his needs. Respect for the inviolability of the patient's person implies not only his right to the security of confidentiality and discretion, but also his right, when receiving any form of

treatment, to be acknowledged as a physiological, psychological and social entity with a concrete individuality. Human dignity, finally, implies the right of each individual to be the real "raison d'être" for any treatment to which he is subjected. Beyond this, a right to health can only exist in the negative sense of the right not be made avoidably ill by the social order, and a right to sickness only in the restricted sense of not being put at a social disadvantage as the result of a medically diagnosed illness.

Meine Damen und Herren,

VIKTOR VON WEIZSACKER hat in seiner Abhandlung "Der Arzt und der Kranke" das Wesen des Krankseins als "eine Not" umschrieben, die "sich als eine Bitte um Hilfe" äussert. "Ich nenne den krank", so fährt er fort, "der mich als Arzt anruft und in dem ich als Arzt die Not anerkenne. Für die Urteilsaussage "Dieser ist krank" ist die bestimmende "Kategorie": der Arzt." (1) Ich will nicht auf die fatale Parallele dieser Aussage zur biblischen Heilssprache eingehen - das "Rufe mich an in der Not, so will ich dich erretten" (2) ist unüberhörbar -, sondern möchte auf eine Konsequenz dieses Satzes hinweisen. Wenn er richtig ist, dann macht der Arzt den Menschen zum Patienten, und die Medizin ist dann jene Wissenschaft, die mehr oder weniger diffuse Leiden in "objektive Krankheiten verwandelt" (3), in der Hoffnung, sie erkennbar und therapierbar zu machen. Nun gab und gibt es mehr Leiden als Krankheiten. Die Medizin wäre angesichts dieser Leiden an ihr fatales Ende gekommen, wenn sie den Willen hätte und es ihr auch gelänge, sie alle als Krankheiten objektiv zu bestimmen und der Behandlung zuzuführen. Denn dies hätte zur Konsequenz, das ganze Leben zu medikalisieren, die Menschheit als eine Gesellschaft von Kranken und die Welt als ein riesiges Krankenhaus zu verstehen. Die Medizin selber brächte so den Massenwahn des Krankseins hervor als unendliche Legitimation ihrer Arbeit.

Dass wir in diesem Prozess stecken, bezeugen Fakten: Die Medizin ist in einem bisher nicht gekannten Ausmass arbeitsteilig geworden. Spezialisten für alle Lebensalter, alle Organbehandlungen und für viele Spielformen der Psychotherapie haben sich etabliert. In unseren hochindustrialisierten Gesellschaften sind an einem Stichtag etwa 12 % der Gesamtbevölkerung - das sind mehr Menschen, als eine Bildungs-Anstalt besuchen - in ärztlicher Behandlung und etwa 2,8 % in einer Nervenklinik interniert; etwa 80 % nehmen alle 24 bis 36 Stunden ein Medikament zu sich und noch mehr suchen mindestens ein Mal im Jahr einen Arzt auf. Die Spitäler sind zu Prestige-Bauten geworden, die medizinische Zulieferungs-Industrie floriert krisenunabhängig und das Gesundheitswesen ist das privilegierte Kind der Staatshaushalte.

In der Folge davon hat sich ein Gesundheits-Begriff durchgesetzt, angesichts dessen sich niemand mehr für gesund halten kann. Gesundheit ist, so definiert die Weltgesundheitsorganisation, nicht bloss negativ die Abwesenheit von Krankheit, sondern positiv "physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden". Wer sich in einer dieser Beziehungen nicht "wohlbefindet", hat die Chance, als krank anerkannt zu werden, wenn er nur in der "Not" den richtigen Fachmann "anruft".

Diese Entwicklung hat im Verhältnis von Arzt und Patient zu einem merkwürdigen Paradoxon geführt. Obwohl durch die Spezialisierung, durch die sich ausbreitende Forschung der Medizin und durch das grosse Anwachsen des Gesundheitswesens die objektiven Chancen auf Behandlung und Heilung gestiegen sind, ist das subjektive Nicht-Wohlbefinden in der Bevölkerung gewachsen, und zwar in physischer, psychischer und sozialer Hinsicht. Man kann beinahe sagen: Je besser die medizinische Versorgung, desto mehr Menschen fühlen sich krank. Dieses Paradoxon ist kein allzu schwieriges Rätsel. Am Massstab des neuen Gesundheits-Begriffs ist der Gesundheits-Anspruch zu einem umfassenden Glücks-Anspruch geworden, als ob sie, die Gesundheit, die Dreifaltigkeit von physischem, psychischem und sozialem Glück wäre, und nicht bloss eine mögliche, aber nicht in jeder Beziehung notwendige Voraussetzung des Glücks. Der Arzt wird dadurch zum Garanten des Lebensglücks. Aber eben durch diese Erwartung fällt der Patient zurück in sein Unglück, und eben an ihr scheitert der Arzt als gebietspezifischer Fachmann. Insofern ist die Medikalisation des Lebens das Unglück des Patienten und die Entzauberung der Medizin.

Diese Entzauberung führt den Patienten - je nach dem Typus des Arztes - über eine Reihe fast stereotyper Erfahrungen. Sie äussert sich, angesichts des Primärarztes, etwa in den Sätzen: "Er hat ja keine Zeit für mich." - "Er erklärt mir die Dinge gar nicht." - "Er speist mich mit Medikamenten ab." - "Ich bin ihm als Person gleichgültig." Diese Enttäuschungen sind noch abwendbar, wenn man das Glück hat, einen befreundeten Hausarzt zu finden. Aber sie steigert sich sofort, wenn man in die Hände eines Spezialisten-Teams und unter die Obhut einer Klinik gerät. Es ist dann, als ob man in eine fremde Kultur versetzt würde, in der Sterilität und anonyme Kälte herrschen, in der man als Liegender und Pflegebedürftiger einem Druck der Infantilisierung ausgesetzt ist, Objekt des wissenschaftlichen Kalküls wird und durch Freiheitsentzug, Kommunikations-Beschränkung und eine Anzahl unsinniger Hausregeln sich unfrei fühlt (4). Ich glaube, dass für die meisten Menschen die zunehmende Skepsis gegen die Medizin in dieser Klinik-Erfahrung gründet. Man war gleichsam nicht krank genug, um sich in dieser Behandlung wohlfühlen, und man fühlte sich nicht wohl genug, um in ihr gesunden zu können. Die Erfahrung des Patienten aber, als Erkrankter unter Umständen auch ein Entrechteter zu sein, lenkt bei ihm die Reflexion auf das Problem der Rechte, die ihm als

kranker Mensch zustehen müssten. Aus Enttäuschung möchte er sich durch das Recht wenigstens ein Grundmass an humaner Behandlung sichern.

Ich vermute nun, dass dieser Versuch niemals zu einer Veränderung seiner Lage geführt hätte, wenn nicht auch der Arzt, aufgrund ganz anderer Erfahrungen, eine Sicherung im Recht des Patienten gesucht hätte. Die Erfahrungen, dass es für keine Heilung eine objektive Garantie gibt, sondern dass für ihr Gelingen auch subjektive Motivationen des Patienten eine Rolle spielen; dass ein gewisses Mass an Versuchen, die auch negativ verlaufen können, in vielen Behandlungen notwendig ist; dass er nicht selten Entscheidungen treffen müsste, die über Leben und Tod und über eine psychische Veränderung des Patienten bestimmen könnten; dass ihm schliesslich die hoch technisierte Medizin Eingriffe ermöglicht, von denen er nicht mehr weiss, ob sie eigentlich erlaubt und ob sie noch sinnvoll sind - all diese Erfahrungen haben ihn dazu gezwungen, zu seiner eigenen Entlastung auf die Mitübernahme von Verantwortung durch den Patienten zu reflektieren. Aus dieser Not- und Grenz-Situation erwächst praktisch seine Bereitschaft, den Patienten als Rechts- und darin als moralisches Wesen ernst zu nehmen, obwohl ihm das seinen Beruf in anderer Hinsicht auch erschwert. Denn das Recht des Andern auferlegt ihm neue Pflichten, und die Freiheit des Patienten kann der seinen erfolgreich widerstreiten, und das obwohl er mehr weiss und mehr kann.

Dieses neue Verhältnis von Arzt und Patient wird zwar in Rechtskategorien als ein Vertragsverhältnis, in dem der Patient der Auftraggeber und der Arzt der Beauftragte ist, abgesichert. Aber es wird im Nachhinein moralisch begründet. Dies bringt es mit sich, dass die Folgen aus diesem Verhältnis, nämlich die einzelnen Rechte des Patienten und damit die Pflichten des Arztes, kaum eigens im positiven Recht kodifiziert werden, sondern in Richtlinien, die sich letztlich in der Idee der Grund- und Menschenrechte mehr philosophisch als rechtlich verankern. Die Frage ist also, auf welche menschenrechtliche oder auch ethische Grundsituation der Patient einen Anspruch hat. Welche Grundrechte müssten ihm gesichert werden?

Wenn Menschenrechte Rechte sind, die dem Menschen als Menschen zukommen, dann kann die Antwort nur heissen: alle Menschenrechte müssten im Prinzip allen Patienten zukommen; denn Kranke sind Menschen. Aber keine Gesellschaft verfährt nach dieser Maxime. Jede sondert, mit der Begründung der Unzurechnungsfähigkeit, zumindest zwei Klassen von Patienten aus: die Kinder und die Geisteskranken. Zwar lässt sie ihre Rechte durch Eltern und Vormund wahren; aber in der konkreten Behandlungssituation werden diese Rechte doch faktisch übergangen. Das ist nicht vor allem ein ärztliches Problem, sondern ein gesamt-gesellschaftliches. Die gesamte Gesellschaft behandelt Kinder als Unmündige und Geisteskranke als Entmündigte. Aber das Problem spitzt sich im Verhältnis von Arzt und Patient zu. Die mani-

festen Rechtlosigkeit ganzer Gruppen ist immer eine Verführung zur Inhumanität des Handelns. Ich bin deshalb der Meinung, dass, jenseits von der Frage nach der Zurechnungsfähigkeit, für beide Gruppen von Patienten ein gesonderter Katalog von Rechten aufgestellt werden sollte, um diese Gefahr einzudämmen (5).

Vielleicht wird heute nur ein Grundrecht allen Patienten, gleich ob Geisteskranke oder physisch Kranke, ob Erwachsene oder Kinder, gewährt: das Recht auf Leben. Es wäre danach das einzige, das wir im Verhältnis von Arzt und Patient im strengen Sinn als Menschenrecht behandeln. Die Frage ist aber, wozu es den Arzt verpflichtet.

Das hängt weitgehend davon ab, ob wir dieses Grundrecht als absolutes Recht auslegen oder, wie die übrigen Rechte des Patienten, als Option. Wenn es ein absolutes Grundrecht ist, dann hätte der Arzt in jedem Fall die Pflicht, Leben bis an die Grenze des Möglichen zu erhalten. Er wäre dann in Grenzfällen vielleicht zur Grausamkeit verpflichtet, zur Verlängerung auch sinnlosen Lebens und darin zur Schaffung künstlicher Leidenszustände. Das Grenzproblem der Euthanasie würde schlechthin unlösbar. Wenn es als Option verstanden wird, dann könnte der Patient es entweder in Anspruch nehmen oder auf es verzichten. Die Pflicht des Arztes zur Lebensverlängerung fände dann eine Grenze an der Selbstbestimmung des Patienten oder an seinem Recht, nicht sinnlos leiden zu müssen. Ich halte nur diese zweite Interpretation in der Konsequenz für zumutbar, obwohl in der Rechtsliteratur eher die erste vertreten wird (6).

Man könnte das Recht auf Leben rechtslogisch zum Fundament aller übrigen Rechte des Patienten erklären; denn jeder Inanspruchnahme eines Rechts setzt ein lebendiges Wesen voraus. Unmittelbar mit dem Recht auf Leben wäre dann das Recht auf sachkundige Behandlung verknüpft. Aber mir scheint, dass das eigentliche Fundament der Rechte des Patienten sein Recht auf Freiheit und Selbstbestimmung sein muss. Denn das Lebensrecht verhindert nur das willentliche und fahrlässige Töten und die Verweigerung von Pflege durch den Arzt, aber es schränkt seine Verfügungsgewalt im lebensbewahrenden Umgang mit dem Patienten nicht ein. Erst die Freiheitsrechte des Patienten setzen dem Arzt auch Schranken in diesem Handeln. Allein sie schützen vor der Macht des Arztes. Die bestimmende Rechtsmaxime für die Rechte des Patienten kann deshalb nicht heißen "Vita aegroti suprema lex esto" und auch nicht "Salus aegroti suprema lex esto", sondern sie muss heißen "Voluntas aegroti suprema lex esto". Das ist denn auch der Grundsatz, zu dem sich der Europarat in der Erarbeitung einer Resolution über die Kranken und Sterbenden bekannt hat (7).

Gegen das Recht des Patienten auf Freiheit und Selbstbestimmung spricht nun indirekt eine Auslegung von Krankheit, die im Umkreis der Psychotherapie wichtig geworden ist. MITSCHERLICH hat geradezu thetisch formuliert: "In der Krankheit wird Freiheit verloren" (8) und "Der Kranke hat die Freiheit, wollen zu können, verloren" (9). Diese Sätze sind zwar partiell wahr für bestimmte Krankheiten und Kranke. Sie aber zu All-Sätzen zu machen, ist nicht nur ein wissenschaftlich unhaltbares Vorgehen, sondern ein verkappter Machtanspruch von verheerender Konsequenz. Wie soll es überhaupt noch Freiheitsrechte des Patienten geben können, wenn Krankheit gerade Verlust von Freiheit ist; wie soll der Kranke diese Rechte noch wahren wollen, wenn Kranksein "Nicht-mehr-wollen-Können" heisst? Die Diskussion über die Rechte des Patienten hat nur dann einen Sinn, wenn die Aerzte ein solches Krankheits-Verständnis aufgeben, wenn sie darauf verzichten, die Installateure der Freiheit zu sein und statt dessen möglicher Freiheit dienen. Philosophisch aber gründet die Würde des Menschen nicht darin, dass er Freiheit hat oder nicht hat, sondern darin, dass die Möglichkeit der Freiheit in ihm ist als möglicher Ursprung des Handelns. An diese Möglichkeit adressiert sich der Arzt in der Respektierung der Freiheit des Patienten und nicht an ein Quantum von Freiheit, das er scheinbar abmessen kann.

Dieses Recht auf Freiheit und Selbstbestimmung des Patienten wird in der Literatur konkretisiert als das Recht auf Ablehnung oder Annahme einer Behandlung und als Recht auf freien Spital-Ein- oder -Austritt. Das sind zweifellos wichtige Punkte. Aber diese Konkretion trägt dem spezifisch modernen Krankenwesen zu wenig Rechnung, dem Faktum nämlich, dass die Klinik eine Einheit ist von Therapier-Zentrum, Lehr- und Forschungs-Stätte und bürokratischer Verwaltung. Der Patient wird bloss vor dem Eingriff des Arztes geschützt, aber noch nicht vor dem Zugriff der Verwaltung und nicht vor den vielleicht legitimen Interessen der Forschung, die ihn der Tendenz nach eher als Fall unter Fällen behandelt denn als selbstbestimmenden Menschen. Die Freiheit, in ein Krankenhaus einzutreten, ist in der konkreten Notlage meist eine kleine Freiheit. Im Spital aber in den Verwaltungsnormen eines anonymen Grossbetriebs zu leben und einem Wissenschafts-Betrieb ausgesetzt zu sein, ist meist eine grosse Unfreiheit. Die mögliche Freiheit im Alltag der Klinik ist nicht genügend geschützt, vor allem nicht für Unterklassen-Patienten.

Das Recht auf Freiheit und Selbstbestimmung des Patienten hat zur Voraussetzung das Recht auf Information und zur Folge das Recht auf Würde und Integrität der Person.

Dieses Recht auf persönliche Würde wird meist ausgelegt als Recht auf Wahrung der Privatsphäre und als Recht auf Geheimhaltung. Aber damit ist das Entscheidende der persönlichen Würde nicht getroffen. Person ist der Patient deshalb, weil er in der Selbst- und Mitbestim-

mung Verantwortung übernimmt und sich darin als moralisches Wesen qualifiziert. Eben dies macht seine Würde aus. KANT hat die Würde der Person damit charakterisiert, dass sie nie bloss zum Mittel fremder Zwecke werden darf, sondern immer auch Zweck bleiben muss (10). Mir scheint das für das ärztliche Handeln eine wichtige Bestimmung zu sein. Wenn der Patient nämlich immer auch Endzweck des ärztlichen Handelns ist, dann sind alle Versuche der Therapie an ihm allein statthaft in der Sorge um seine individuelle Linderung und Heilung. Mit dieser Kategorie könnte er also auch dort der Verfügungsgewalt des Wissenschafts-Betriebs entzogen werden, wo er vielleicht in Unkenntnis der genauen Sachlage die Zustimmung zu vorgeschlagenem Handeln gibt. Es könnte so vielleicht eine Grenze gezogen werden zwischen dem noch legitimen Versuch mit ihm und dem wissenschafts-interessierten illegitimen. Auch scheint mir die Kategorie der Integrität der Person mit Aspekten der Geheimhaltung nicht ausgeschöpft zu sein. Die Integrität und die Würde haben vielmehr die Einheit der Person zu ihrem Kern. Auch hierauf könnte ein wichtiges Schutzrecht gründen, ein Recht gegen die arbeitsteilige Medizin, nämlich das Recht, in aller Partialisierung des medizinischen Zugriffs doch als psycho-physio-soziale Handlungs- und Bestimmungs-Einheit respektiert zu werden. Die oft notwendige Partialisierung der Behandlung stände dann wenigstens unter der Idee der Einheit einer moralischen Person. Man mag einwenden, dies sei zu abstrakt und bringe für das konkrete medizinische Handeln zu wenig ein. Es scheint mir aber für die ganze Verfassung eines Arztes eine Rolle zu spielen, ob er weiss, dass er einen beseelten Leib eines konkreten Sozialwesens als Erscheinung eines moralischen Subjektes vor sich hat. Allein dadurch kann er die Objektivierung des Patienten zum Fall, die in Phasen seiner Arbeit nötig sein mag, durch ein Regulativ wieder aufheben und eben darin das leidende Subjekt als konkretes Individuum annehmen.

Das Recht auf Information ist, so sagte ich schon, die Voraussetzung des Selbstbestimmungsrechts. Denn alle Selbstbestimmung wird zur Farce, wenn der Patient nicht hinreichend weiss, worüber bestimmt werden soll. Dieses Recht wird deshalb konkretisiert als Recht auf Information über Diagnose und Prognose, über die Nebenwirkungen einer Behandlung, die Einrichtungen eines Spitals und die Therapie-Möglichkeiten anderswo.

Ich halte die Formulierung dieses Rechts für unglücklich. Information allein kann etwas Kaltes und Zerstörendes sein, auch wo sie wahr ist, und am schlimmsten vielleicht dort, wo sie fanatisch wahr ist. Sie kann den Patienten seiner Verzweiflung überlassen und so ein Grund der schlechteren Heilungs-Chancen werden. Die Alternative dazu ist nicht das Schweigen und Verschweigen - es sei denn, der Patient wünscht dies - und schon gar nicht die Lüge, sondern

der Dialog, das Gespräch. Erst in ihm wird die Wahrheit vielleicht annehmbar und nur in ihm kann sich auch eine optimale Selbstbestimmung entwickeln. Mir scheint deshalb, man müsste dieses Recht als Recht auf das informative Gespräch fassen oder als Recht auf Kommunikation. Es schliesst zwei Forderungen in sich: dass der Arzt Zeit hat für den Patienten, und diese Forderung richtet sich gegen den medizinischen Massen-Betrieb, und dass er eine verständliche Sprache findet, und diese Forderung richtet sich gegen den Wissenschafts-Snobismus. Nur wo eine verständliche Sprache gefunden wird, kann sich überhaupt ein Verstehens-Prozess anbahnen. Das ist der Grund, weshalb jeder gute Arzt im Verhältnis zu seinem Patienten auch ein Popularisator seiner Wissenschaft sein muss, ohne dass diese darunter leidet. Das ist die Kehrseite davon, dass er im Selbstbestimmungsrecht vom Laien eine medizinisch vernünftige Entscheidung erwartet.

Unbestritten wie das Recht auf Leben gilt schliesslich das auf angemessene Behandlung. Unter der Voraussetzung der Freiheitsrechte kann es nicht bloss fachkundige Behandlung garantieren und somit einerseits vor Behandlungsverweigerung und andererseits vor fahrlässiger Behandlung schützen. Angemessen ist eine Behandlung erst dann, wenn sie, als fachkundige Behandlung, den Patienten eben als selbstbestimmende Person in ihrer Würde respektiert, und zwar in der ganzen Weite des Krankenwesens.

Sicher schliesst eine angemessene Behandlung die Vermeidung der vermeidbaren Leiden in sich. Ergibt sich daraus ein Recht des Patienten, nicht leiden zu müssen, wie dies der Europarat formuliert hat (11)? Das hängt davon ab, ob alle Leiden wirklich vermeidbar sind und wie hoch der Preis ihrer Vermeidung ist. Zwar hat dieses Recht einen guten Sinn für die Betreuung von Moribunden, denn es möchte einen Tod in Würde garantieren; aber die Frage bleibt offen, ob es nicht eine Dimension von Leiden verkennt. Vielleicht leiden nur die Toten nie. Leiden in der ganzen Weite können auch eine Reaktion der Freiheit und der Würde der Person sein. Zuweilen leidet man, wenn man kein schäbiger Kerl ist - und das wohl auch im Sterben. Das berechtigt zwar niemanden alles Leiden oder gar alles Kranksein mit einem objektiven Sinn oder mit einer Würde zu behaften. Gewisse Aerzte, etwa JORES, haben das zuweilen getan (12). Sie sind allesamt in einer moralisierenden und frömmelnden Ideologie gestrandet. Leiden und Kranksein ist an sich sinnlos; aber der Leidende, und nur er, kann ihm einen Sinn geben. Falls das Recht, nicht leiden zu müssen, also im Sinn einer Option verstanden wird und falls darin der Leidens-Begriff medizin-kritisch aufgefasst ist, so ist dieses Recht legitimiert; als absolutes Recht wäre es nur ein Abglanz der Medikalisation des ganzen Lebens, und es müsste, wie diese, mögliche Freiheit zerstören.

Falls der leidende Mensch subjektiv seiner Krankheit aus Freiheit einen Sinn verleihen kann und falls die Freiheitsrechte der Angelpunkt der Rechte des Patienten sind, müsste es dann nicht auch ein Recht auf Krankheit geben als Recht auf mein Leiden und auf dessen Sinn? Verschiedene Forscher haben das direkt gefordert. So hat etwa PARSON dargelegt, die soziologische Funktion der Krankheit liege für den Einzelnen in der Entlastung von den Rollenerwartungen und Rollenzwängen, die die Gesellschaft ihm auferlege (13). Es gibt ähnliche psychologisch und physiologisch begründete Forderungen, die etwa sagen, der Mensch benötige gelegentlich eine Zeit der Wieder- und Neubesinnung oder eine Zeit der Regeneration des Körpers. All diese Argumente gehen aber davon aus, dass sich ein allgemeiner Krankheitsinn aufzeigen lasse. Sie sind deshalb nicht stichhaltig, ganz abgesehen davon, dass sie das Kranksein mit dem Schlaf und mit dem Urlaub verwechseln. Wie aber: wenn die Leiden durch Rollendruck und durch Stress eben da sind: hat der so Leidende dann nicht das Recht als Kranker vom Arzt anerkannt zu werden, so dass letztlich der Patient auch selber bestimmt, dass und wann er krank ist? – Ein solches Recht hätte wiederum nur Gültigkeit im Zeitalter der Medikalisierung aller Leiden. Ich vermute zwar, dass unser Zeitalter diesen Weg geht – nicht ohne Schuld der Medizin und der sie vorantreibenden Industrie. So lange es ihn aber nicht zu Ende gegangen ist, muss wohl gelten, dass der Patient zwar ein Recht auf Anmeldung seiner Leiden hat, und auch ein Recht auf Mitbestimmung einer angemessenen Pflege, aber nicht das uneingeschränkte Recht, sich selber als krank zu deklarieren.

Ein Recht auf Krankheit aber müsste in einer bestimmten sozialen Hinsicht erlassen werden. Es dürfte nicht die soziale Bestrafung für die ärztlich festgestellte Krankheit geben, etwa die Entlassung während einer Krankheit und wegen ihr. Auch diese Tendenz aber nimmt zu. Die Medikalisierung aller Leiden führt schliesslich zum indirekten Leidensverbot. Denn im vollständig medikalisierten Zeitalter wird das Leiden notwendigerweise zu einem primär ökonomischen Problem. Das aber wäre weder eine Befreiung vom Leiden noch eine Befreiung des Leidens, sondern seine objektive Fremdbestimmung durch ökonomische Kategorien und seine subjektive Unterdrückung im angstbestimmten Handeln, als ob man gesund wäre. Es müsste also ein Recht auf Krankheit geben, das freilich nicht ein Recht des Patienten angesichts des Arztes ist, sondern angesichts der Gesellschaft.

Präzis eingeschränkt müsste schliesslich das Recht auf Gesundheit werden. Im Verhältnis zum Arzt gilt es als Recht zur angemessenen Behandlung. Im Verhältnis zur Gesellschaft müsste es überdem als Recht statuiert werden, durch die soziale Ordnung, etwa eine vermeidbare Organisation von Arbeit oder durch die Zerstörung der Umwelt nicht krank gemacht zu werden. Aber ein umfassendes Recht auf Gesundheit halte ich aus zwei Gründen für illusionär:

erstens ist nicht jede Krankheit vermeidbar und heilbar und zweitens endet jedes Leben in Krankheit und Zerstörung. Das uneingeschränkte Recht auf Gesundheit banalisiert eine Grundsituation unseres Lebens.

Das Recht auf Gesundheit gar zum umfassenden Anspruch auf Wohlbefinden in physischer, psychischer und sozialer Hinsicht zu deklarieren und dieses Glück auch vom Arzt zu erwarten, wäre vollends eine schlechte Utopie. Es gibt gewisse soziogene Krankheiten wie es psychogene und somatogene gibt und übrigens auch hiatrogene - und sehr oft mögen verschiedene Ursachen zusammenwirken. Sofern Gesundheit im negativen Sinn nicht nur die Abwesenheit von Symptomen ist, sondern auch die ihrer Ursachen, stösst der Arzt schon im Versuch, manifeste Krankheiten zu heilen, nicht allein an die Grenzen seiner Wissenschaft und seiner Kunst, sondern auch an existentielle Grenzen des Patienten und an soziale der Gesellschaft. Sofern Gesundheit mehr als Abwesenheit von Krankheit bedeutet, ist sie nur möglich als Kooperation von Arzt, Patient und Gesellschaft. Sie hat die besten Chancen, wenn der Arzt kritisch die Grenzen seiner Wirkungsmöglichkeiten sieht, wenn der Patient seine Lebensvorgänge klärt und die Gesellschaft ihre Ordnung humanisiert. All das bedeutet weder die Abschaffung aller Leiden, noch die Generalisierung des Wohlbefindens in der Welt, aber die Chance, ein sinnvolles Leben in ihr zu führen. Und vielleicht ist das die umfassendere Gesundheit, die es selbst noch in der Krankheit gibt.

1. Viktor von Weizsäcker: Stücke einer medizinischen Anthropologie. I: Der Arzt und der Kranke (1927). Zitiert nach: V.v.W.: Arzt und Kranker I, Stuttgart 1949, p. 68.
2. Psalm 50, 15.
3. Dazu: Ivan Illich: Die Enteignung der Gesundheit (Medical Nemesis). Dt. von N.Th. Lindquist, Reinbek/Hamburg 1975, pp. 115 ff., Zitat: p. 118.
4. Dazu: Johann Jürgen Rohde: Strukturelle Momente der Unhumanität einer humanen Institution. Ueber die Situation des Patienten im Krankenhaus. - In: Arzt und Patient in der Industriegesellschaft. Hrsg. von Otto Döhner, Frankfurt 1973 (= edition suhrkamp 643), pp. 13 ff.
5. Falls Menschenrechte, wie dies meist geschieht, in der Würde des Menschen gegründet werden und die Würde wiederum in der möglichen Freiheit des Individuums als moralisches Wesen, dann kann kein Argument die übliche Praxis stützen, in der Kinder und Geisteskranken die Menschenrechte vorenthalten werden; es sei denn, man versteige sich zur Behauptung, diesen Menschenklassen fehle auch die Möglichkeit zur Freiheit.
6. Dazu: Jost Gross: Die persönliche Freiheit des Patienten. Zur öffentlich-rechtlichen Normierung des medizinischen Behandlungsverhältnisses (= Abhandlungen zum schweizerischen Recht Heft 446), Bern 1977.
7. Dazu: Urs Peter Haemmerli: Medizin und Menschenrechte. - In: Leben müssen - sterben dürfen. Die letzten Dinge, die letzte Stunde. Hrsg. v. W. Höfer, Bergisch Gladbach 1977, pp. 155 ff., bes. 157 ff.
8. Alexander Mitscherlich: Freiheit und Unfreiheit in der Krankheit. Studien zur psychosomatischen Medizin 3, Frankfurt 1977 (=edition suhrkamp 505), p. 73.

9. A. a. O., p. 76.
10. Immanuel Kant: Grundlegung zur Metaphysik der Sitten, Zweiter Abschnitt. - Ed. Karl Vorländer, Hamburg 1957 (= Philosophische Bibliothek Bd. 41) p. 52.
11. Dazu: Urs Peter Haemmerli, a. a. O., p. 158.
12. Arthur Jores: Vom Sinn der Krankheit. Rektoratsrede. Hamburg 1950. - Vgl. ebenfalls Guntram Knapp: Ueber die Krankheit. Diss. München 1968.
13. Dazu: Joachim Bodamer: Das Recht des Menschen auf seine eigene Krankheit. - In: Revolution und Technik, Evolution des Rechts. Festgabe zum 60. Geburtstag von Karl Otfinger, Zürich 1969, pp. 1 ff. - Talcott Parsons: Definition von Gesundheit und Krankheit im Lichte der Wertbegriffe und der sozialen Struktur Amerikas. - In: A. Mitscherlich u.a. (Hrsg.): Der Kranke in der modernen Gesellschaft, Köln/Berlin 3. Aufl. 1970, pp. 57 ff.

Adresse des Autors: Dr. H. Saner, Wanderstrasse 10, CH-4054 Basel (Schweiz).