

# Vertrauen im Sprechzimmer

Was ist Vertrauen und welche Rolle kann und sollte es in  
einer Arzt-Patienten-Beziehung spielen?

Qualifikationsarbeit für den  
Masterstudiengang (Master of Advanced Studies) Philosophie + Medizin  
an der Fakultät II für Kultur- und Sozialwissenschaften der Universität Luzern

Begutachterin:  
Dr.phil.I Magdalena Hoffmann, Studienleiterin und Dozentin

Vorgelegt von  
Dr. med. Beatrice E. Kaufmann Schmid, 4144 Arlesheim  
April 2016

# Inhaltsverzeichnis

Einleitung

Erstes Kapitel:

Verschiedene Auffassungen und Aspekte von Vertrauen

- deskriptiv

- philosophisch

1. *Vertrauen und Fürsorge*

2. *(Kluges) Vertrauen als sozial tradierte Einstellung*

3. *Vertrauen und Wahrhaftigkeit*

Zweites Kapitel:

Was ist Vertrauen in der therapeutischen Interaktion?

*Fallbeispiel*

Drittes Kapitel

Gründe für eine vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung

Schluss

Literaturverzeichnis

# Einleitung

Vertrauen spielt in unserem Alltag eine grosse Rolle und ist für Menschen als soziale, auf Beziehungen angewiesene Wesen lebenswichtig. Wie bereits Niklas Luhmann 1968 feststellte, ist Vertrauen die einzige Alternative zu Angst und Chaos:

„Ohne jegliches Vertrauen könnte er (der Mensch) morgens sein Bett nicht verlassen“. Wenn „Chaos und lähmende Angst die einzige Alternative zum Vertrauen“ sind, „so lässt sich daraus folgern, der Mensch solle, seinem Wesen entsprechend, Vertrauen schenken, wenn auch nicht blindlings und nicht in jeder Hinsicht“.<sup>1</sup>

Wie ich in dieser Arbeit argumentieren möchte, ist Vertrauen auch ein wichtiger Bestandteil einer gelungenen Arzt-Patienten-Beziehung. Ja, ich möchte sogar dafür argumentieren, dass Vertrauen der wichtigste Bestandteil einer gelungenen Arzt-Patienten-Beziehung ist. Denn kein Arzt kann wollen, dass seine Patienten mit ihren neu entdeckten Krankheiten - starr vor Schreck und Katastrophengefühl - in Chaos und lähmender Angst versinken. Ein guter Arzt wird sich darum bemühen, den ihm anvertrauten Kranken Unterstützung zu bieten, wo immer dies ihm möglich ist. Sein wichtigstes erstes Ziel hat zu sein, dem Patienten wieder Hoffnung zu geben, Vertrauen, und damit ein Gefühl der Sicherheit.

Diese These, dass Vertrauen der wichtigste Bestandteil einer gelungenen Arzt-Patientenbeziehung sei, verteidige ich in drei Schritten, denen ich je ein Kapitel widme.

Im ersten Kapitel resümiere ich verschiedene Auffassungen von Vertrauen. Da dies eine medizinethische Abhandlung ist, erwähne ich zwar die Auffassungen von Vertrauen in den deskriptiven Wissenschaften, stelle dann aber drei *philosophische* Arbeiten in den Vordergrund und lege den Schwerpunkt auf die Klärung des Begriffs Vertrauen, so dass wir eine

---

<sup>1</sup> Niklas Luhmann, Vertrauen, 4. Auflage, Stuttgart 2000: S. 1

Vorstellung davon bekommen, bei welchen Phänomenen es sich überhaupt um Vertrauen handelt und unter welchen Bedingungen Vertrauen angemessen ist.

Im zweiten Kapitel werde ich dafür plädieren, dass man der Rolle, die Vertrauen in der therapeutischen Beziehung typischerweise spielt (und wie sie in meinem Fallbeispiel zum Ausdruck kommt), nicht gerecht werden kann, wenn man Vertrauen nur deskriptiv als Methode zur Komplexitätsreduktion unter unsicheren Bedingungen versteht. Eine Entscheidung zur Kooperation ist nicht, was Vertrauen ausmacht! Kooperation geht auch rein instrumentell und ohne ethische Gründe. Man denke nur an die Mafiosi, die bestens zusammenarbeiten, weil sie sich aufeinander verlassen können. Vertrauen ist eine sozial eingebettete Einstellung, die sehr viel mit Erfahrung zu tun hat, nur in Beziehungskontexten existiert, auf Umstände zurückgreift und einen normativen Druck aufbaut, so zu handeln, dass das, was uns gemeinsam wichtig ist, optimal gedeihen kann. Wir sollten uns dafür engagieren, dass ein solches Vertrauensklima Bestandteil unserer Kultur bleibt.

Eine therapeutische Beziehung ist Fachjargon für eine Beziehung, die dem Behandelten gut tut. Wir werden sehen, dass nur eine vertrauensvolle Beziehung gut tut, Angst nimmt und zum Entdecken von Bewältigungs-, bzw. Problemlösungsstrategien führen kann. Vertrauen entwickelt sich, reift mit einer immer besser gelingenden Beziehung.

Im dritten Kapitel werde ich schliesslich dafür argumentieren, dass nur ein handlungsleitendes, also normativ verstandenes Vertrauen, das zur Überzeugung „wir zusammen können das schaffen“ führt, für eine gelungene Arzt-Patienten-Beziehung eminent wichtig ist.

## Erstes Kapitel:

### Verschiedene Auffassungen und Aspekte von Vertrauen

Was ist Vertrauen? In der Beantwortung dieser Frage können wir uns zunächst an Martin Hartmann orientieren. Er schreibt:

„Vertrauen ist eine oftmals affektiv getönte Einstellung, die im riskanten Vorgriff auf die Kooperationsbereitschaft anderer Handlungen ermöglicht, die ohne Vertrauen entweder gar nicht oder nur auf andere Weise vollzogen werden könnten. Geht es in philosophischen Ansätzen v.a. um die angemessene Situierung des Vertrauens im mentalen Gefüge aus Gefühl, Überzeugung und Wollen, so untersuchen Rational-Choice-Ansätze die Bedingungen einer ‚lohnswerten‘ Vertrauensvergabe; für die politische Theorie wiederum steht die Frage nach der Institutionalisierbarkeit des Vertrauens im Mittelpunkt.“<sup>2</sup>

Fruchtbares Zusammenarbeiten ist also nur im Vertrauen möglich.

Vertrauen findet in einer sozialen Ordnung mit eingespielten Werten und Verhaltensweisen (mentales Gefüge) statt und ist idealerweise eine Einstellung, die von den Vertrauenden geteilt wird.

Hartmann macht im obigen Zitat darauf aufmerksam, dass Vertrauen nicht nur in der Philosophie untersucht wird – auch die politische Theorie sei an dem Phänomen interessiert. Es wäre jedoch verfehlt, daraus zu schliessen, dass Vertrauen ausschliesslich in diesen beiden Disziplinen untersucht würde.

Vertrauen in seiner grossen Alltagsbedeutung ist schon länger Gegenstand einer Reihe von deskriptiven Disziplinen wie Psychologie, Soziologie, Neurobiologie, Politikwissenschaft und Ökonomie. Besonders in der Ökonomie beruft man sich zur Erklärung von Vertrauensvergabe auf die von Hartmann erwähnte Rational-Choice-Theorie: Man geht davon aus, dass Vertrauensvergabe eine rationale Entscheidung (*rational choice*) sei, die der *homo oeconomicus* für seinen persönlichen Nutzen fällt.

In der Psychologie und Soziologie versucht man das Phänomen des Vertrauens mit Hilfe von Fragebögen zu erschliessen<sup>3</sup>, während Neurobiolog/innen

---

<sup>2</sup>Hartmann, Martin: „Vertrauen“, in Handbuch der Politischen Philosophie und Sozialphilosophie, Band 2, Hg Gosepath, Stefan et al., Walter de Gruyter, Berlin, 2008, S.1436-1441; Unterstreichungen von mir.

<sup>3</sup>Meibert, Petra; Michalak, Johannes: „Grundvertrauen und Achtsamkeit: eine empirische Erfahrung“. In Hermeneutische Blätter, 1/2, 2013, S. 95ff. NFP „Vertrauen interdisziplinär“ 2010-2012.

Hirnschans bei Entscheidungen unter Unsicherheit ohne oder mit Medikamenten (Beispiel: „Oxytocin, das Vertrauenshormon“<sup>4</sup>) durchföhren und in diesen Experimenten von Risikobereitschaft auf „Vertrauen“ schliessen.<sup>5 6</sup>

Versuchsanordnungen von empirischen Untersuchungen müssen erstens konzipiert und drittens interpretiert werden. Dazwischen steht das Experiment. Fragwürdig ist bereits die Hypothesenformulierung in der Verhaltens- und Neuropsychologie, die geisteswissenschaftliche Begriffe wie Vertrauen, Verhalten etc.<sup>7</sup> auf ein experimentell untersuchbares Konzept reduziert (so dass es nur noch einen Teilaspekt vom komplexen ursprünglichen Begriff beinhaltet). In der Interpretation und Präsentation der Resultate (i.d.R. vor einem punkto Neurologiekenntnissen und experimentellen Methoden laienhaften Publikum) behaupten die Experimentatoren dann, sie hätten die kausale Verkettung von neuronalen Mechanismen, die zu diesem oder jenem Verhalten föhren, schlüssig gezeigt (woraus sich dann ergäbe, dass etwa zuviel Bildschirm für Kinder ungesund<sup>8</sup> oder dass Hyperaktivität eine zwingende Folge unseres Lebensstils<sup>9</sup> sei.)<sup>10</sup>

Es sind denn auch die Geisteswissenschaftler, die darauf aufmerksam machen, dass Vertrauen sehr viele Aspekte hat und viel mehr beinhaltet, als nur eine Methode, sich in komplexen Situationen möglichst rational zu verhalten.

Es scheint überdies unwahrscheinlich, dass die Frage nach dem Wesen von Vertrauen von deskriptiven Einzelwissenschaften beantwortet werden kann, denn Vertrauen beruht auf mehr als einer Tatsache, die beobachtet werden und

---

Institut für Hermeneutik & Religionsphilosophie, Theologische Fakultät Universität Zürich

<sup>4</sup> Wildermuth, Volkart: „Einmal Moral forte, bitte!“ – ethisches enhancement. Spektrum der Wissenschaft. Gehirn und Geist. Rätsel Mensch, Heft 3/ 2015

<sup>5</sup> Fehr, Ernst: „Thesen zur Oekonomie und Biologie des Vertrauens“. A.a.O., Hermeneutische Blätter 1/2 - 2013), S. 31/32

<sup>6</sup> Oxytocin, ein Hormon, das peripartal aus der mütterlichen Hypophyse ausgeschüttet wird, föhrt natürlicherweise zu Uteruskontraktionen und Milchbildung. Im Experiment wirkt das einfach zu synthetisierende Polypeptid als Neurotransmitter, der beim Probanden die Bereitschaft erhöhen kann, von einem andern Menschen etwas Positives zu erwarten und sich ihm nahe zu föhlen.

<sup>7</sup> Hartmann, Martin, „Neuroökonomie und Neurokapitalismus, am Beispiel des Vertrauens“, Dt. Zeitschrift für Philosophie, 59/3, 2011, S. 403-418

<sup>8</sup> Stoll, Clifford: „Log Out, High-Tech Heretic“, New York, 1999; Dt. 2001, Fischer Verlag, Frankfurt am Main  
Millner, Michael: „Das Beta-Kind“, Huber Verlag, Bern, 1999

<sup>9</sup> Bauer, Joachim (Psychoneuroimmunologe in Freiburg): „Das Gedächtnis des Körpers“, Piper Verlag, 2004; „Warum ich föhle, was du föhlst“, Hoffmann und Campe Verlag, Hamburg, 2005;

„Prinzip Menschlichkeit“, Hoffmann und Campe, 2006

<sup>10</sup> Kommentar: Verhaltensexperimente interessieren uns Ärzte sehr. Häufig zweifle ich auch hier an den hineininterpretierten Schlussfolgerungen. Ich frage mich, ob mit dem „Milgram Experiment“ 1961 oder dem „Lucifer Effect“ 2007 (sie waren Themen in unserem Studiengang und ich setze sie deshalb als bekannt voraus) tatsächlich die Macht der Umstände gemessen oder etwas ganz Anderes, und ob darob gar eine Therapie der „Psychologie des Bösen“ verpasst wurde ?

über deren Kausalgeschichte man sich fragen kann. Vertrauen beruht vielmehr auf einem Werturteil, das nicht primär die Welt beschreibt, sondern unser Verhalten in dieser Welt interpretiert und normativ beurteilt. Wir vertrauen, weil uns berechtigte Zweifel an der Aufrichtigkeit und Kompetenz des anderen fehlen. Menschen verhalten sich und handeln immer aus ihrer durch Erfahrung geprägten Einstellung heraus, deshalb tun wir gut daran, dem Vertrauen neben einem instrumentellen auch einen lohnunabhängigen intrinsischen Wert zuzuschreiben. Aus philosophischer Sicht greift die aus der Soziologie stammenden *rational choice* Hypothesen zur Erklärung von Vertrauen zu kurz. Denn diese stützen sich im Wesentlichen darauf, herauszufinden, wie stark die Motive der andern sind, sich kooperativ zu verhalten.

Die heutigen Vertrauensdiskussionen sind ziemlich theorielastig. Aber in allen Disziplinen ist – sozusagen als gemeinsamer Nenner - klar, dass Vertrauen Wissen ausschliesst und man von Vertrauen nur in epistemisch unsicheren Situationen sprechen kann. In Situationen, in denen ich sicher weiss, was der Fall ist, kann (und soll) ich mich auf mein Wissen verlassen.

Auch ist man sich einig, dass Vertrauen für zwischenmenschliche Beziehungen, Interaktionen und sozialen Zusammenhalt grundlegend wichtig ist.<sup>11</sup>

Es gibt eine Vielzahl von Vertrauentypen, die sich in unterschiedlichen Kontexten in unterschiedlichen Einstellungen, Überzeugungen und Gefühlen äussern.

Ich möchte hier drei philosophische Auffassungen von Vertrauen vorstellen, die meinem Urteil nach für das ärztliche Tun und somit medizinethisch relevant sind:

1. Vertrauen im Rahmen einer Fürsorgeethik wie sie von Aristoteles und dem Christentum propagiert und in den 1980-er Jahren von Annette Baier wieder aufgegriffen wurde.

---

<sup>11</sup> Simmel, Georg: "Soziologie. Untersuchungen über die Formen der Vergesellschaftung", in Gesamtausgabe Band 11. Otthein Rammsted (Hg), Frankfurt/M. 1992, S. 393: Vertrauen ist "ersichtlich eine der wichtigsten synthetischen Kräfte innerhalb der Gesellschaft"

2. Vertrauen als kulturell verankerte Einstellung, die als „soziales Kapital“ von traditionellen Gesellschaften verstanden wird und von Onora O’Neill der heute formalisierten Struktur von Rechenschaftspflicht bei Zielvorgaben entgegengesetzt wird.

3. Vertrauen als wertgeleitete Praxis, die eine *kooperative Autonomie* unterstützt, wie dies Bernard Williams vorgeschlagen hat. Eben diese Auffassung von Vertrauen eröffnet möglicherweise eine neue anthropologische Perspektive, die uns erkennen lässt, dass Angst und Kontrollzwang nur mit moralisch wertvollem Vertrauen und nicht mit Maximierung von materiellen Techniken besiegt sind.<sup>12</sup>

### 1. Vertrauen und Fürsorge

Annette Baier betonte als feministische Philosophin die Wichtigkeit einer von Fürsorge und Vertrauen motivierten Ethik. Diese frauentypischen Werte seien in der philosophischen Männerdomäne, in der moralische Entscheidungen auf der Gerechtigkeitsidee basierten, bisher zu kurz gekommen.

Baier unterscheidet zwischen Vertrauen und Sich-Verlassen-auf und fragt: „wem (B) soll ich (A) in welcher Art (C) vertrauen und warum?“<sup>13</sup>

Vertrauen schenken wir (A) einer Person (B), weil wir uns auf ihr Wohlwollen (*good will*) und ihre Kompetenz, für die ihr anvertraute Sache (C) umfassend zu sorgen, verlassen. Dieses Wohlwollen - als Fürsorge für unsere Interessen und/oder die Menschen und Dinge, die wir pflegen, hegen, gedeihen lassen wollen (C) - ist der essentielle Unterschied zum lediglich instrumentellen Sich-Verlassen-auf.

---

<sup>12</sup> diesen Hinweis verdanke ich Prof. Emil Angehrn. Diskussion im Forum Medizin & Philosophie, 16.12.2015, in Basel

<sup>13</sup>Baier, Annette: „Vertrauen und seine Grenzen“, in: M.Hartmann/ C.Offe (Hg.): Vertrauen. Die Grundlage des sozialen Zusammenhalts. Frankfurt/M.: Campus, 2001. S. 38



Verlassen kann man sich darauf, dass Systeme funktionieren: Flugzeug und Zug uns an das gebuchte Ziel bringen, der Kühlschrank kühlt, die Heizung heizt, das Auto fährt. Auch auf Personen kann man sich (bloss) verlassen: weil sie Angst haben, ein mir bekanntes Eigeninteresse oder aus einer festen Charaktereigenschaft voraussehbar handeln. So verlassen sich Diktatoren und Maffiabosse darauf, dass ihre Untertanen willfährig sind, Verbrecher, dass bestimmte Menschen sich erpressen lassen. In diesem Sinne kann man sich auch auf den Charakterfesten verlassen und ihn aufgrund seiner vorhersehbaren Handlungen ggf. auch ausnutzen – obschon der Charakterfeste nicht nur verlässlich, sondern genuin vertrauenswürdig ist. Sich-Verlassen-auf hat einen rein instrumentellen Charakter und ist an sich weder gut noch böse, also moralisch neutral.

Wenn wir B als vertrauenswürdig anerkennen und ihr eine Aufgabe C anvertrauen, sprechen wir B auch die Kompetenzen zu, C für uns zu bewältigen - und erwarten, dass dies in unserem Sinne geschieht. Das heisst, wir geben B einen Ermessensspielraum, die Aufgabe C auf ihre Art zu erledigen, ohne B zu kontrollieren. Dieser Art von Vertrauen begegnen wir täglich: so vertrauen wir etwa dem Postboten, dass er nicht herumerzählt, von wem wir Briefe bekommen, dem Klempner und den Ärzten, dass sie den Schaden kompetent und bestmöglich beheben – was genau sie tun sollen, müssen wir ihnen überlassen. Vertrauen heisst also, die Sorge um eine Sache, die dem Vertrauenden am Herzen liegt einer andern Person überlassen.<sup>14</sup>

Diesen wichtigen, psychologisch ermunternden Aspekt der Anerkennung des andern als vertrauenswürdig hatte bereits Hobbes im 1651 publizierte *Leviathan* als hohe Wertschätzung des andern herausgearbeitet. Er schrieb: „Einem andern glauben, vertrauen und sich auf ihn verlassen heisst ihn ehren, da dies ein Zeichen ist, dass wir ihm Wert und Macht zuschreiben. Einem misstrauen oder nicht glauben heisst ihn entehren.“ Anerkennung heisst nicht nur, dem andern Wert und Macht zuzuschreiben, ihn zu achten und ihm zu glauben, es heisst heute auch<sup>15</sup>, ihn an unserer Stelle für uns handeln zu lassen: wir übergeben ihm eine unserer Aufgaben und

---

<sup>14</sup> Baier, Annette: A.a. O 50f.

<sup>15</sup> Soweit, dass er den andern stellvertretend für sich handeln liess, ging Hobbes im 17.ten Jahrhundert noch nicht

erwarten, dass er diese zwar in unserem Sinne ausführt, aber dass er dies auf seine Art und Weise tut und ohne dass wir ihn kontrollieren. Dieses Handeln für uns ohne Kontrolle nennt Baier dem andern einen Ermessensspielraum zugestehen.

Einen Ermessensspielraum zugestehen impliziert aber auch, dass B über das, was uns lieb und teuer ist, entscheiden kann. Damit geben wir ihm die Möglichkeit, uns zu betrügen und uns, da Vertrauen eine seelische Komponente hat, auch zu verletzen. Ohne akzeptierte Verletzbarkeit, könne man nicht von Vertrauen sprechen, meint Baier. Vertrauen ist reziprok: nicht im Sinn von Leistung und Gegenleistung, sondern weil es den verändert, der es empfängt und den dumm dastehen lässt, der enttäuscht wird. Dies im Gegensatz zu Zutrauen, wo man sich wegen fehlender Alternativen auf jemanden verlassen *muss*. Wird Zutrauen enttäuscht, wird dies den Umständen zugerechnet, bei Vertrauen gibt man sich selber die Schuld.

Im Kapitel „Vertrauen und relative Macht“ geht Baier hart mit den Vertragsfetischisten ins Gericht, die „kein Auge haben für die Kooperation zwischen Ungleichen“,<sup>16</sup> für Kinder und Abhängige, die keine andere Wahl haben, als mindestens Zutrauen zu spüren.

„Das kindliche Vertrauen ähnelt dem Gottesvertrauen“, schreibt sie und zwei Seiten weiter, „wenn das Vertrauen nur als ... beargwöhnte Tugend des Glaubens an die Kompetenz der höheren Mächte betrachtet wird, dann wird die Bereitschaft zu vertrauen nicht nur als Tugend der Schwachen, sondern selbst als moralische Schwäche gesehen“ (und nennt dies „theologische Kontaminierung des Vertrauensbegriffs“). Der Vertrag ist nur etwas für gleich mächtige Männer: „Der Vertrag ist ein Mittel für Händler, Unternehmen und Kapitalisten, nicht für Kinder, Bedienstete, ehelich gebundene Frauen und Sklaven.“<sup>17</sup> Daraus folgert Baier: „so brauchen wir eine Moral, die uns im Umgang mit jenen hilft, die nicht die gleiche Macht erlangen können oder sollen (Tiere, Kranke, Sterbende, ganz junge Kinder) wie diejenige, mit denen sie in unvermeidbaren und oft auch intimen Beziehungen stehen.“<sup>18</sup> Baier will hier

---

<sup>16</sup> Baier, Annette: A.a. O. 53

<sup>17</sup> A.a.O., 63

<sup>18</sup> A.a.O. 67

sagen, dass es unterschiedliche Grade von Autonomie gibt. Bei jenen, die nicht fähig sind, vernünftig für sich selbst zu entscheiden, sei es ein Gebot der Fürsorge – und nicht Zeichen mangelnden Respekts – paternalistisch einzugreifen.<sup>19</sup>

Annette Baier spricht von *good will*, der bei ihr mit *Wohlwollen* übersetzt wird.<sup>20</sup> Sie unterstellt dem Interaktionspartner wohlwollende Kooperationsmotive und plädiert für eine Fürsorgeethik, aus der Einsicht, dass wir nicht ganz allein und moi tout seul uns wichtige Dinge schaffen, pflegen, behüten und bewahren können, weshalb wir darauf angewiesen seien, anderen Menschen zu vertrauen, ihnen verfügende Verantwortung zu gewähren und sie so nah an diese von uns wertgeschätzte Dinge heranzulassen, dass sie diese beeinflussen können (also theoretisch auch schaden: daraus resultiert unsere „akzeptierte Verletzbarkeit“)

Wenn die Erfüllung meiner Erwartungen im Interesse meines Partners liegt, so kann ich mich auf ihn verlassen. Beim Vertrauen hingegen verlassen wir uns gegenseitig auf unser reziprokes Wohlwollen. Ob sich die Tugend der Vertrauenswürdigkeit auszahlt, ist für ihr normatives Modell nachrangig. In einer Atmosphäre von Vertrauen und reziproker Anerkennung gewinnt auch der Vertrauende, in meinem Beispiel der Patient, Spielräume, die es ihm ermöglichen, Ziele und Pläne zu verwirklichen, die er nur Dank dieser vertrauensvollen Interaktion und zwanglosen Unterstützung erreichen kann. Denn nur in einem Vertrauenskontext sind selbstbejahte und stabil andauernde Verhaltensänderungen möglich. Änderungen zu einem bio-psycho-sozial gesundem Verhalten, das einem guten Leben mehr förderlich ist, als jede chemisch-physikalische Intervention. David Loxtercamp meint, dass wir Hausärzte nur mit einer humanistischen Einstellung zu einer umfassenden Gesundheit unserer Patienten beitragen und so die Zukunft unserer Gemeinschaft mitbeeinflussen können.<sup>21</sup>

---

<sup>19</sup> eine Meinung, die zunehmend explizit vertreten wird. Vgl. Auch Conly, Sarah, "Against Autonomy: justifying coercive paternalism", J Med Ethics, <http://jme.bmj.com/content/early/2013/12/12/medethics-2013-101444.short>

<sup>20</sup> Im Gegensatz zu Kant, Constan, Adam Smith leben wir heute in einer Welt, die als Gemeinschaft moralisch Gleichwertiger aufgefasst wird und die Lüge gegenüber einem Verbrecher als notwendige Schutz- und Abwehrmassnahme sieht und als vernünftig taxiert

<sup>21</sup> Loxtercamp, David „Humanism in the time of metrics“, BMJ 2013;347:f5539

Oder, wie Martin Hartmann formuliert:

Den andern im Vertrauen als einen anzuerkennen, dem vertraut werden kann, heisst, darauf zu verzichten, ihn in seinem Verhalten zu überwachen, und etabliert das, was man als *kooperative Autonomie* bezeichnen kann.<sup>22</sup>

## 2. (Kluges) Vertrauen als sozial tradierte Einstellung

Onora O`Neill<sup>23</sup> unterscheidet in ihrem Aufsatz "Gerechtigkeit, Vertrauen und Verantwortlichkeit"<sup>24</sup> zwischen klug und dumm geschenktem Vertrauen und meint, dass Vertrauen dann klug sei, wenn die „beschenkte“ Seite zuverlässig im Handeln und glaubhaft in ihren Worten ist.

„Trau, schau wem“ – eine kluge Vertrauenskultur setze immer ein gutes Urteil über die Vertrauenswürdigkeit des „wem“ (einer Person/ Institution) bezüglich bestimmter Taten oder Wahrheiten voraus.

Dumm bezeichnet sie ein Vertrauen aus Informationsmangel, aus falscher Einschätzung vorhandener Evidenz oder wenn man (z. B. durch falsche Versprechungen oder Behauptungen) übertölpelt wird.

Vertrauen kann man nur dem klug schenken, dessen Worte sich als wahr erweisen und der seinen Verpflichtungen zuverlässig nachkommt.

Des klugen Vertrauens würdig ist ausserdem nur eine Person, die wir als kompetent (bezüglich der selektiv anvertrauten Aufgabe), ehrlich und verlässlich beurteilen. Wenn wir handfeste Garantien oder die Kontrolle über die Ergebnisse haben, ist das Wissen und macht Vertrauen überflüssig.<sup>25</sup>

O`Neill betont, dass die Machtlosigkeit und Abhängigkeit eines Kleinkindes von seiner Mutter kein paradigmatischer Fall von *klugem* Vertrauen ist. O`Neill denkt hier im Rahmen von Gerechtigkeit über Vertrauen und Verantwortlichkeit nach, weshalb sie urteilsfähige Personen voraussetzt, die nicht nur zwischen klug und dumm, sondern nach ihren Explikationen auch zwischen Verantwortung und Zuständigkeit, sowie zwischen Aufgabe und Leistung unterscheiden können.

---

<sup>22</sup> Hartmann, Martin: "Die Praxis des Vertrauens", Suhrkamp Verlag Berlin 2011, S. 184ff.

<sup>23</sup> O`Neill, Onora, \*1941, ist eine britische Philosophin und Politikerin, seit 1999 Baroness und Mitglied des House of Lords.

Für uns Ärzte besonders spannend sind ihre bioethischen Vorlesungen zu Autonomie und Vertrauen: „Autonomy and Trust in Bioethics“, Edinburgh 2000-2001

<sup>24</sup> O`Neill, Onora, „Gerechtigkeit, Vertrauen und Verantwortlichkeit“, in: Gerechtigkeit. Auf der Suche nach einem neuen Gleichgewicht. Neumaier Otto et al., Hg.,ontos Verlag Frankfurt, 2005

<sup>25</sup> A.a.O., 41 ff.

„Wodurch lässt sich Gerechtigkeit besser institutionalisieren: durch eine Kultur des Vertrauens oder durch formalisierte Strukturen der Rechenschaftspflicht?“<sup>26</sup> O’Neill stellt diese auch für unser Gesundheitswesen hochbrisante Frage aufgrund der Beobachtung, dass in unseren entwickelten Demokratien immer mehr Prozesse und Prozessschritte im öffentlichen (, privaten: man denke an die 2010 aufgekommene Idee einer Lizenz für familiäre Kinderbetreuung<sup>27</sup>!) und beruflichen Leben reguliert und kompliziert formalisiert sanktioniert werden, weil auf Grund einer „Vertrauenskrise“ unser soziales Kapital aufgebraucht sei. Da persönliche Beziehungen von Angesicht zu Angesicht keinen sozialen Kitt mehr darstellen und Vertrauen - als Angelegenheit von (blinder) Ehrerbietung verstanden - definitiv „out“ ist, sucht man nach einem *Ersatz* für Vertrauen. Statt die Kultur des Vertrauens durch eine Kultur der Haftbarkeit zu ersetzen, die ihrer Meinung nach nur Misstrauen sät <sup>28</sup>, sollte nach rationalen Kriterien zwischen klugem und dummem Vertrauen unterschieden werden, meint O’Neill und ihre Analyse überzeugt mich:

Wo komplexe institutionelle Zusammenhänge persönliche Beziehungen ersetzen sollen, fehlt die Basis für eine kluge Vertrauenseinstellung. Als Ersatz für Vertrauensbeziehungen werden Zuständigkeiten (accountability) und Rechenschaftspflichten definiert und Leistungsvorgaben mittels Stellvertretermessungen (sog. „Leistungsindikatoren“) kontrolliert. Statt einer Aufgabe bekommt hier der rechenschaftspflichtige Zuständige Leistungsvorgaben, die er unter Sanktionsandrohungen erfüllen muss. Das geschieht Dressur-gleich mit Zuckerbrot und Peitsche und die dadurch etablierte Verlässlichkeit nennt O’Neill „managementbezogene Verantwortlichkeit“ und bedeutet für sie ein dummer und „grundlegend unvernünftiger“ Ersatz für Vertrauen. Weil solche Verantwortlichkeiten letztlich nur eine bürokratische Liste mit Leistungskontrollen (ohne Ansprüche und Verpflichtungen verbindlich zu nennen) sind, die zu „einem unendlichen

---

<sup>26</sup> A.a.O., 33

<sup>27</sup> <http://www.fdp.ch/kommunikation/295-doch-keine-lizenz-fuer-kinderbetreuung-fuer-familienangehoerige.html>

<sup>28</sup> Onora O’Neill „Misstrauen säen“, Essay in Focus 01/2008, übersetzt von Joachim Schulte aus BBC Reith Lectures 2002, Cambridge University Press

Regress immer weiter verschobener Verantwortung geraten ... . Wenn nicht an *irgendeinem Punkt* Vertrauen in Normen bzw. in Personen ... gesetzt wird“.<sup>29</sup>

O'Neill kommt zum Schluss, dass eine Kultur des klugen Vertrauens, als sozial-tradiertester Einstellung Gerechtigkeit vernünftiger, besser und umfassender gewährleistet als rein utilitaristisches Erbsenzählen.

Ein vernünftiger Begriff von Verantwortlichkeit beinhalte die normative Vorstellung der *erforderlichen Handlung*. Kontexte oder Gründe sprächen für bestimmte Erfordernisse (also Pflichten und Rechte).<sup>30</sup> Für eine inhaltlich bestimmte Aufgabe mit Rechten, Pflichten und den Tugenden, auf die kein juristischer, wohl aber ein sozialer Anspruch erhoben werden kann, ist ebenfalls propositional Verantwortung (responsibility) zu übernehmen, d.h. der Korporation, bzw. dem Berufskollegium ist für Tun und Lassen vollständig Red und Antwort zu stehen.

So kann jede Fachkraft ohne zusätzliches Jurastudium ihre auch höchst komplexe *Aufgabe* nach bestem Wissen und Gewissen erfüllen: kreativ, effizient und ohne Administrativleerlauf. Das Fachkollegium - und für soziale Benimmregeln die Gemeinde - kontrollieren das Einhalten eines vernünftigen Ermessensspielraums und sanktionieren notfalls direkt. Während der Rechtsweg bei Verantwortlichkeiten oft Jahre dauert und der Zuständige nicht gegenüber den Mitmenschen direkt, sondern gegenüber den Gerichtshöfen verantwortlich ist.

Unter dem Titel die „Undurchsichtigkeit der Durchsichtigkeit“ erhellt O'Neill weitere Schwierigkeiten der managementbezogenen Rechenschaftspflicht, die mit ihren quantifizierten Informationen und Tabellen prinzipiell der ganzen Öffentlichkeit den Zugang zur Verantwortungskontrolle eröffnen kann. Gibt es eine Veröffentlichungspflicht aller Arbeitsberichte und interner Mitteilungen einer Institution (Schulen, Krankenhäuser, Forschung), werden heikle Themen, die sehr relevant sein können, nicht mehr offen kommuniziert und aufgeschrieben, so dass z.B. die Jahresend-Informationslisten keine

---

<sup>29</sup>Vgl. O'Neill, 2005, S.40

<sup>30</sup>A.a.O., 44 f.

getreuen Protokolle mehr zusammenfassen, sondern vorwiegend der Öffentlichkeitsarbeit dienen.<sup>31</sup>

Die Publikation von frisierten Fakten und Diagrammen hat das Potential nicht nur Fachleute (Chirurgen, Lehrbeauftragte, ...) zu korrumpieren, sondern auch die institutionelle Integrität von Schulen, Spitälern, Forschungszentren.

Eine gute Kommunikation liefert den *relevanten Adressaten*, nämlich denen, die die Information auch verstehen und beurteilen können, *relevante Information*, so dass diese, wissend, welche Handlung von welchem Verpflichtungsträger erforderlich ist, zu einem begründeten Urteil darüber gelangen können, ob eine bestimmte Leistung in einem bestimmten Fall auch angemessen sei.<sup>32</sup>

Onora O'Neill legt sich in ihrem rationalen Vertrauensmodell nicht auf normativ aufgeladene Motive fest, sondern lässt unterschiedliche Kooperationsmotive zu, bei denen der Vertrauensgeber kalkulieren muss, ob sein Vertrauen klug (also gut investiert) oder dumm und deshalb nicht angebracht ist. Die vernünftige Beurteilung der Vertrauenswürdigkeit des Vertrauensnehmers spielt in ihrem Urteil eine Schlüsselrolle. O'Neill plädiert für eine Kultur des Vertrauens anstelle der heutigen Kultur der Haftbarkeit, die ihrer Meinung nach nur Misstrauen sät.<sup>33</sup> Wir leben inmitten hochkomplexer Institutionen und Praktiken, deren Auswirkungen wir weder steuern noch verstehen können – aber die Welt war für die Menschen schon immer voller unbegreiflicher Gefahren. Für sie sind alle bisherigen Versuche, Vertrauen durch Methoden zu ersetzen, fehlgeschlagen.

O'Neills Überlegungen zielen auf Institutionen und sollten meines Erachtens in den aktuellen Diskussionen über die Bioethik und die Organisation unserer Gesundheitswesen eine grosse Beachtung finden. Das interpersonelle Vertrauen des Patienten in den Arzt ist für sie kein paradigmatisches *kluges* Vertrauen. Vielmehr setzt sie es dem Vertrauen des Kleinkindes zu seiner Mutter gleich. Dieses Vertrauen kann nicht rational sein, weil der Patient über die Vertrauenswürdigkeit und Kompetenz eines Arztes nicht *klug* urteilen kann, denn dazu fehlen ihm die Menschen- und Fachkenntnisse. Anfänglich muss er sich auf dessen Ruf oder Image verlassen, die er vom Hörensagen kennt und kann sich an dessen Körpersprache orientieren. Beides epistemisch sehr

---

<sup>31</sup> A.a.O., 48f

<sup>32</sup> A.a.O., S. 50

<sup>33</sup> Onora O'Neill „Misstrauen säen“, Essay in Focus 01/2008, übersetzt von Joachim Schulte aus BBC Reith Lectures 2002, Cambridge University Press

unsichere Methoden. Bleibt ihm das sich Verlassen auf sein Bauchgefühl: er kann sich spätestens nach der zweiten Konsultation fragen (und das tun Klienten leider viel zu selten; sie denken lieber über die in der Praxis erhobenen Zahlen nach), ob er sich nach den Sprechstundenbesuchen besser oder schlechter und ob er sich verstanden *fühlt*.

### 3. Vertrauen und Wahrhaftigkeit

Eine ganz andere Perspektive auf das Phänomen des Vertrauens nimmt Bernard Williams ein: Er schreibt dem vertrauenswürdigen Verhalten einen intrinsischen Wert zu,<sup>34</sup> der in der natürlichen/ empirischen Welt nicht vorkommt, für seine Theorie aber intuitiv gilt.

Er spricht<sup>35</sup> von moralischen Handlungsgründen, die essentiell, universal und ubiquitär für alle Menschen gelten würden und sagt „having sympathetic concern for others is a necessary condition of being in the world of motivation“.<sup>36</sup> Und unsere subjektive Motivation, Teil der Gesellschaft zu sein, geliebt und bewundert zu werden, sei Basis eines gesunden und bewusst abwägenden Lebenswegs. Alle unsere Erklärungen, die wir als Handlungsgründe nachliefern (auch N. Luhmann spricht von einem Nachjustieren (des Vertrauens)), basieren auf dem, was uns schon immer wichtig war. Hier greift er auf die Theorien von Thomas von Aquin und der Neo-Aristoteliker zurück, die als Ursache der allen Menschen ähnlichen Motivationen die allen Menschen gemeinsame Natur sieht.

Im Vertrauen wollen wir als jemanden anerkannt werden, dem vertraut werden kann, aber nicht, um mehr Vertrauen an sich zu schaffen, sondern weil wir bereit sind, auf anderer Leute Wünsche und Interessen auch dann Rücksicht zu nehmen, wenn sie nicht unsere eigenen sind.<sup>37</sup>

---

<sup>34</sup> Williams, Bernard: „Wahrheit und Wahrhaftigkeit“, dt. Suhrkamp, Frankfurt am Main, 2003, S. 139

<sup>35</sup> Williams, Bernard: „Internal and external Reasons“, in: Bernard Williams: *Moral Luck*, Cambridge 1981, S. 101-114 , A. a.O, S.122

<sup>37</sup> Hartmann, Martin, „Praxis des Vertrauens, S.190



Damit Vertrauen entstehen kann, können wir uns bemühen, selber vertrauenswürdig zu sein. Das ist unser Part von Beziehungen, die ohne Zwang zu sozialem Kitt führen können.

Vertrauenswürdigkeit erreichen wir, indem wir uns am Ideal der „Wahrheit“ orientieren.<sup>38</sup> Und die Wahrheit ist ein Wert, den wir aus der Erfahrung ableiten, dass alle Dinge ihren Platz haben und gut funktionieren.

Wie aber machen wir explizit, dass wir die Wahrhaftigkeit als Leitmotiv für unser Handeln erkoren haben? Williams meint, indem wir 1. in unseren Behauptungen aufrichtig und 2. in unseren Überzeugungen genau (sorgfältig und zuverlässig) sind.

Für Williams besteht die erste Tugend der Wahrhaftigkeit, die Aufrichtigkeit, in der Neigung, das zu sagen, wovon man überzeugt ist – aber nur, wenn das Gegenüber die Wahrheit verdient,<sup>39</sup> denn auch der Gerechtigkeitsaspekt in der Vertrauensvergabe gehöre zur Vertrauenswürdigkeit. In einer echten, normalen Gesprächssituation, in die sich beide einbringen und man von einem vertrauensvollen Verhältnis ausgehen kann, ist man – auch zur Stützung dieses Vertrauensverhältnisses – zu Aufrichtigkeit verpflichtet.

Manchmal allerdings<sup>40</sup> werden auch Vertraute und Freunde irregeführt, weil man sie nicht unnötig verletzen (im Medizinrecht „therapeutisches Privileg“), ein fremdes Geheimnis hüten oder sich selber nicht blossstellen will, d.h. um Systeme der wechselseitigen Wertschätzung aufrechtzuerhalten. Dies kann bereits als eine Verletzung des Vertrauensverhältnisses angesehen werden, denn so wird dem Gegenüber die Chance, in eigener Weise auf die Tatsachen (die ich für ihn verändere) zu reagieren, vorenthalten.

Als reiner Verrat<sup>41</sup> gilt, wenn einer aus rein egoistischen Gründen ein Opfer anlügt, das ihm vertraut. Hier begreift der Betrogene die Lüge als nackte und unmittelbare Ausübung von Macht, als Manipulation und Demütigung.

---

<sup>38</sup> Williams, Bernard: „Wahrheit und Wahrhaftigkeit“, dt. Suhrkamp, Frankfurt am Main 2003, S. 136 ff und 188 ff

<sup>39</sup> Im Gegensatz zu Kant, Constam, Adam Smith leben wir heute in einer Welt, die als Gemeinschaft moralisch Gleichwertiger aufgefasst wird und die Lüge gegenüber einem Verbrecher als notwendige Schutz- und Abwehrmassnahme sieht und als vernünftig taxiert

<sup>40</sup> Williams 2003: 175

<sup>41</sup> Williams 2003: 182

Williams zweite Tugend der Wahrhaftigkeit, die Genauigkeit, verlangt, dass ich sorgfältig und zuverlässig im Sammeln und Interpretieren von Informationen bin. Denn das „Pochen auf Richtigkeit einer Überzeugung ist eine Sache des Gewissens, der Ehre oder Selbstachtung“. Mit andern Worten: wir sind für unsere Überzeugungen verantwortlich. Die Genauigkeit soll Fehleinschätzungen bei der Suche nach der Wahrheit verhindern und, neben einer Befriedigung der eigenen Neugier, für das Kollektiv zu Gewinn an Wissen und praktischer Erfahrung beitragen und somit eine Untersuchungsinvestition für zukünftige Bedürfnisse sein.

Wichtig für uns ist, dass ein Vertrauenswürdiger nach Williams wahrhaftig ist. Das heisst: Er orientiert sich an der ethischen Tugend der Aufrichtigkeit und an der epistemischen Tugend der Genauigkeit. Er überlegt nicht, ob er zum Thema überhaupt eine Meinung haben soll und wenn ja, wie sehr er sich bemühen soll, etwas zum Thema herauszufinden. Er bemüht sich selbstverständlich eine wahre Überzeugung bezüglich einer bestimmten Frage zu erwerben und kommuniziert das Resultat aufrichtig. Solche „Untersuchungsinvestitionen“ werden von einem Vertrauenswürdigen erwartet, ebenso wie die Bereitschaft, dass dieser seine Erkenntnisarbeit mit anderen Nutznießern teilt.

Vertrauenswürdigkeit als *spezifische* Neigung kommt erst vor einem Hintergrund zum Tragen, in dem die Muster der Kooperation schon eingespielt sind. Dazu brauche es eine Kultur, ein gemeinschaftliches Wissen, dass vertrauenswürdigem Verhalten einen intrinsischen Wert zuschreibt. Ein Wert, der aus elementaren menschlichen Bedürfnissen und Wünschen hervorgeht und an und für sich etwas Gutes sein kann.

Bernard Williams beleuchtet Vertrauen unter dem Gesichtspunkt der Kommunikation: mittels Aufrichtigkeit und Wahrhaftigkeit (den Tugenden der Verlässlichkeit) sollte es gelingen, wechselseitig die Standpunkte und Perspektiven des Gegenübers zu verstehen. Bei Williams ist Vertrauen eine Einstellung oder Neigung, die als Grundlage für die Bildung von konkreten Überzeugungen dient und von der Kooperationswilligkeit anderer ausgeht.

Für den Hausarzt bedeutet dies, dass er Verantwortung interaktiv praktizieren und alles dafür tun muss, selbst vertrauenswürdig zu sein.

Williams Ansicht, dass ein Vertrauenswürdiger sein geistiges Eigentum samt Untersuchungsinvestitionen mit Nutznießern teilen soll, ist uralt und doch heute revolutionär.<sup>42</sup> Bei uns ist es noch keine hundert Jahre her, dass Wissenschaftler und Ärzte ihr Wissen für das Gemeinwohl (und für ihre eigene Anerkennung und Ehre) erwarben. Das Volk zahlte mit Vertrauen in die Universitäten und deren Abgänger und mittels Steuergeldern für die Untersuchungsinvestitionen.

Vertrauen ist wohlwollende Fürsorge (Baier), kluges Überlassen von Aufgaben (O'Neill) und eine gemeinsame wertvolle Haltung (Williams):

Annette Baier plädiert für eine personenrelative wohlwollende Fürsorgeethik. Auf die Situation im Sprechzimmer gemünzt heisst das: der Arzt muss herausfinden, welche der präsentierten Symptome für den Patienten wirklich bedeutsam sind und warum - dies geschieht mit interpretierenden Rückfragen, welche dem Kranken signalisieren, dass er in seiner Situation verstanden werden will. Patienten sehnen sich danach, verstanden und mit ihren Lebens- und Weltdeutungen angenommen zu werden. Ein Arzt, der verstehen will, erhält tiefe Einblicke in die Lebensnarration seiner Patienten – meist kommen diese Erzählungen wie ein kathartischer Dambruch, der jeden Kommentar, jede Analyse überflüssig, ja störend macht. Der Patient ist überzeugt, dass er verstanden wird. Er unterstellt dem „Halbgott in weiss“ (so wenigstens komme ich mir manchmal vor) wohlwollende Handlungsmotive.

Onora O'Neill argumentiert rational und schlägt ein „kluges Überlassen von Aufgaben“, also ein utilitaristisches Kooperationsmodell vor, welches sich sehr gut für Institutionen – nicht aber die 1:1 Beziehung im Sprechzimmer (welche ihrer Meinung nach kein kluges Vertrauen ist) – eignet. Für sie ist Vertrauen „von Angesicht zu Angesicht“ wichtig und kann durch keine andere Methode

---

<sup>42</sup> Williams Ansicht steht quer in der ökonomischen Landschaft unserer Zeit, wo Ideen kosten und mit Patent-, Urheber- und Markenrechten Unsummen von Geld gescheffelt wird. In einer Gesellschaft, in der das geistige Eigentum, bzw. das Recht an immateriellen Gütern auf Gerechtigkeitsprinzipien zurückgeführt wird.

ersetzt werden. Allerdings sollte man Vertrauen nur klug schenken, d.h. es soll davon ausgegangen werden können, dass der Vertrauensnehmer zuverlässig im Handeln, glaubhaft in seinen Worten und kompetent in der Sache ist, d.h., dass er der ihm anvertrauten Sache die erforderliche Handlung zukommen lassen kann – und dies auch tun wird.

Für Bernard Williams ist Vertrauen eine affektive Einstellung mit moralischer Qualität, die für alle Beteiligten wertvoll ist, weil sie zur Verwirklichung von Werten beiträgt, die ohne intaktes Vertrauen nicht zu realisieren wären. Eine Kultur des Vertrauens bedeute eine bejahende Haltung zu einer Gemeinschaft, die alle zu Vertrauenswürdigkeit motiviert. Auch diese bejahende Haltung wird uns Ärzten von Patienten und ihren Angehörigen noch (wohl als Überbleibsel alter Glaubensmuster) zugerechnet – besonders in Situationen, in denen sie darauf angewiesen sind, Zutrauen zu haben. Das Vertrauens-Konzept von Williams imponiert mir als gute Vision für ein zukünftiges friedliches Zusammenleben in Gemeinschaften. Vielleicht ist die Vision auch geeignet, global umgesetzt zu werden. In der heutigen Arzt-Patienten-Beziehung wurde sie noch nicht angedacht und wird wohl auch in Zukunft für Gesellschaften und nicht in 1:1 Beziehungen gelten.

Insgesamt können wir auf der Grundlage von Baiers, O'Neills und Williams' Betrachtungen über das Phänomen von Vertrauen folgendes festhalten: Vertrauen ist wohlwollende Fürsorge, kluges Überlassen von Aufgaben, eine Kultur und gemeinsame wertvolle Haltung. Doch sind damit bereits alle Facetten dieses Phänomens erfasst? Das möchte ich im nächsten Kapitel anhand eines konkreten Fallbeispiels prüfen, das vorführt, welche Rolle Vertrauen in einer gelungenen Arzt-Patienten-Beziehung spielt.

## Zweites Kapitel:

### Was ist Vertrauen in der therapeutischen Interaktion?

Annette Baier, Onora O'Neill und Bernard Williams haben jeweils wichtige Aspekte des Vertrauens herausgearbeitet. Doch wie muss man Vertrauen verstehen, damit man seiner Rolle in der Arzt-Patienten-Beziehung gerecht werden kann?

Betrachten wir zur Beantwortung dieser Frage erst einmal ein Fallbeispiel:

H.M. war noch nicht 49 Jahre alt, als sie 1980 mit schweren Infektionen und Blutungen ins Spital eingeliefert werden musste. In wenigen Tagen war die bisher topfitte Mutter zweier knapp erwachsenen Töchter und kommunal ehrenamtlich sehr engagierte Frau todkrank geworden.

Als Ursache des Knochenmarkversagens diagnostizierten wir eine akute Leukämie<sup>43</sup>; damals (und in dieser Altersklasse) eine regelmässig in Stunden bis Tagen, selten erst in Wochen zum Tode führende Krankheit. Eine Heilung war schulmedizinisch kaum vorstellbar und Palliativmedizin den erfahrenen Ärzten vor 35 Jahren nicht bekannt. Obwohl schon damals bei Behandlungsverzicht in aussichtsloser Situation – unter Berufung auf das hippokratische *primum nil nocere*<sup>44</sup> - „tender loving care“<sup>45</sup> als Betreuungsauftrag an die Pflegefachpersonen gesagt und Nichtstun der Ärzte gemeint war. Tod und Sterben wurde von den Schulmedizinerinnen als Versagen ihrer ärztlichen Kunst verstanden, so wie beides heute noch von unserer Gesellschaft verdrängt wird. Die meisten wollten damit möglichst nichts zu tun haben. Zu jener Zeit wurden Sterbende im Spital (wenn sie kein privates Einzelzimmer hatten) noch in ein Badezimmer verlegt, nur um möglichst von niemandem gesehen zu werden. Damals verstanden es nur Hausärzte, meist zusammen mit dem Pfarrer und der Familie, Todgeweihte daheim zu begleiten.

H.M. und ihre Familie hatten ab Diagnosestellung ein grosses Zutrauen in unser Spital – sie gingen davon aus, dass wenn ihnen jemand helfen

---

<sup>43</sup> Leuk-ämie ist altgriechisch und heisst weisses Blut

<sup>44</sup> Zuallererst nicht schaden

<sup>45</sup> zärtliche Fürsorge

könne, dann seien das wir. Wir liessen uns durch das Vertrauen verpflichten und forschten überall nach, wie der noch jungen Patientin zu helfen sei – als einziger Internistin im Haus wurde die Verantwortung für die seelsorgerische Betreuung der Familie mir übertragen. Meine Kollegen zeigten sich überzeugt, dass Frauen dieser Aufgabe besser gewachsen seien. Da auch ich meine Berufsausbildung in einer universitär geprägten Männerdomäne erhalten hatte, welche die Patienten-Fürsorge den Krankenschwestern überliess, fehlte auch mir die Praxis im Umgang mit Moribunden. Ich erlebte Grenzen, aber auch echte Frauensolidarität, denn die praktische Seite meines Berufs habe ich vom Pflegepersonal gelernt!

Unser hämatologischer Konsiliararzt schlug eine bisher erst in den USA erprobte Chemotherapie in Umkehrisolation vor, die bei jedem zwanzigsten Patienten eine mindestens vorübergehende Vollremission versprach. H.M. überlebte – vorerst einmal (ziemlich knapp) die medikamentöse Therapie. Die ersten Wochen, später die Monate nach dem Verschwinden der bösartigen Zellen, waren geprägt von der Erwartung eines Krankheitsrückfalls - und der Hoffnung, dass dieser ausbliebe.

Die Leukämiediagnose war für H.M., ihre Familie und ihr soziales Umfeld eine Katastrophe, die radikal, plötzlich und unerwartet in ihr Leben einbrach. Dies war sie vor allem deshalb, weil sich die Patientin und ihr Beziehungsnetz mit einer bedrohlichen Tatsache auseinandersetzen hatten, die niemand erklären konnte. Sie hatten Angst und suchten Gespräche, um dem Unverständlichen einen Sinn abzugewinnen, es in Zusammenhänge einordnen zu können. Wie immer bei Brüchen im Leben, stand auch hier die Frage nach dem wozu im Vordergrund, die Frage nach der *causa finalis*. Hier erwies sich das basale religiöse Vertrauen von H.M., unterstützt durch ein kirchliches Umfeld, für die Sinngebung entscheidend. In diesen Wochen hatte ich gelernt, dass die Aussage „wir wollen dem lieben Herr Gott nicht ins Handwerk pfuschen“, sehr tröstlich sein kann. Sie nimmt durch ihren Bezug auf Gottvertrauen die Angst vor dem Unverständlichen und versöhnt mit dem Schicksal.

Das Vertrauen der Patientin zu mir wuchs, je besser sie sich von der Chemotherapie erholte. Und je häufiger in all den folgenden Episoden mit

Nasenbluten, Infekten, Unwohlsein (krankheits-typischen Symptomen) mittels Untersuchung eines Tropfen Bluts ein Rezidiv ausgeschlossen werden konnte.

Ich selber hatte die geheilte Patientin schon lange meinem administrativen Nachfolger in der Klinik übergeben, war weiter gezogen, arbeitete in andern Spitälern und war definitiv nicht mehr für sie zuständig - aber H.M. suchte und fand mich immer wieder.

Jahre später wählte H.M. mich als ihre Hausärztin, obwohl ich in einem andern Kanton praktizierte und der Weg weit war.

H.M. hatte erfahren, dass ein Blutbild mit normalen weissen Zellen „keine Leukämie“ bedeutete. Noch während fünfunddreissig Jahren glaubte sie daran, dass ein normales Blutbild „keine Gefahr“ hiess.<sup>46</sup> So überlebte sie postzentrale Lungenembolien, status asthmatici und kardiale Synkopen wohl etwas verwundert, aber angstfrei. Sie starb 84-jährig an einer Urosepsis.<sup>47</sup> Wohl weil das Blutbild kürzlich gut gewesen war und sie mich am Wochenende nicht mit einer vermeintlichen Bagatelle belasten wollte.

Soweit mein Fallbeispiel. Was sagt es uns über die Rolle des Vertrauens in der Arzt-Patienten-Beziehung?

Patienten brauchen ein Gefühl der Sicherheit und für ihre Orientierung in der Gegenwart und Zukunft einen Sinn und Zweck, den sie sich selber geben. Bei der Sinnvergabe sind die Patienten Spezialisten ihres eigenen Lebens! Der Seelsorger soll sich bemühen, die Geschichten zu verstehen, aber sich keinesfalls Ratschläge anmassen, wenn er nicht danach gefragt wird! Und wenn gefragt wird lohnt es sich, herauszufinden, was der Leidende selber glaubt und ihn dann in seinem Glauben zu bestärken.

Patienten brauchen ein vertrauenswürdiges Gegenüber, das kompetent und zuverlässig ist, zuhört und sich bemüht, angemessen, bzw. in ihrem Sinn zu handeln.

---

<sup>46</sup> Krankheitsrückfälle kommen bei akuten Leukämien in den ersten beiden Jahren nach Diagnosestellung, therapieinduzierte Zweitleukämien in aller Regel nach maximal sieben Jahren. M.H. wurde das mehrfach gesagt  
<sup>47</sup> Bakterielle Blutvergiftung von den Harnwegen her

Da Vertrauen eine reziproke Angelegenheit ist und auch den verändert, der es empfängt, fasse ich nochmals zusammen, was ich in der Beziehung zu H.M. für die Patientenfürsorge gelernt habe:

- ich hatte damals gelernt, dass die *Zweckursache*, die naturwissenschaftlich als obsolet gilt, im Bereich menschlichen *Verstehens* unerlässlich ist.

Ich hatte erfahren, wie bereichernd das gemeinsame Suchen nach und das gemeinsame Finden von Antworten im *sozialen* Kontext des Patienten v.a. in extremen Umständen sein kann. Das Erlebte gab mir zunehmend auch eine Sicherheit im Umgang mit verhängnisvollen und aussichtslosen Situationen. Ich hatte gelernt zu trösten und gemerkt, wie wichtig Seelsorge für Patienten, Menschen die einer Krankheit ausgeliefert sind, ist.

- ebenfalls verstanden hatte ich damals, wie wichtig es für die Patienten ist, dass die von ihnen als Autorität anerkannte Person *Sicherheit* ausstrahlt. Das gibt ihnen Halt. So wollte H.M. bei jeder vermeintlichen Gesundheitsstörung (ob als bedrohlich erlebt oder nicht) meine Meinung zu den Stellungnahmen von fachlich kompetenteren Spezialisten hören – die extrovertierte Frau, die mit ihrer Freude ein grosses Umfeld anstecken konnte, war so dankbar und glücklich, wenn ich so tat, als ob ich sicher wäre und mich (unter Rückgriff auf das therapeutische Privileg, das dem Arzt Lügen - und dazu zähle ich auch Unwissenheit vertuschen - zur Aufrechterhaltung von Hoffnung/ Vertrauen erlaubt) bei eigener fachlicher Inkompetenz auf das Expertenurteil verliess (glücklicherweise zu Recht) und im Brustton der Überzeugung sagte: „das ist sehr gut, kommt weiterhin gut und hat nichts mit der Leukämie zu tun“.

- Die meisten Probleme machten mir (und machen es heute noch) als Ärztin die Spätfolgen<sup>48</sup> der Chemotherapie, die erst seit den 1990er-Jahren als solche erkannt werden. H.M. (wie übrigens alle meine Patienten, die einen Krebs überlebt haben und das sind unterdessen ziemlich viele) fand sich problemlos damit ab: wenn es nichts anderes war als eine Folge der Behandlung, die ihr Leben gerettet hatte, dann war das für sie nicht schlimm. Obwohl es objektiverweise genau die gleichen Symptome sind, so bekommen sie durch die Lebensnarration eine andere Bedeutung.

---

<sup>48</sup> später auftretenden Nebenwirkungen



Der Begriff der „therapeutischen Interaktion“ kommt aus der Psychotherapie und ist dort die grundsätzliche Voraussetzung für einen Behandlungserfolg. Man ist sich unterdessen einig, dass - unabhängig von der Therapiemethode - Verhaltensänderungen, vor allem bei Angststörungen, nur durch einen guten Psychotherapeuten erwirkt werden können. Ein guter Therapeut versteht es, eine vertrauensvolle Beziehung zu seinem Klienten aufzubauen: freundlich und wenig kontrollierend, offen und wenig abgrenzend (berichtet häufig von sich persönlich), unterstützt wohlwollend und bestätigt Gefühle des Selbstvertrauens und anerkennt Kompetenzen und Stärken. Einem Therapeuten, welcher vom Klienten als Vorbild (engl. Coping Model) akzeptiert wird, gelingt es leichter, diesem angemessene Bewältigungsstrategien zu vermitteln.<sup>49,50</sup>

In den beiden unten erwähnten psychiatrischen Arbeiten finden wir auf mehr als hundert Seiten als Essenz all die Begriffe wieder, welche die Philosophin Annette Baier für Vertrauen als eminent wichtig herausgearbeitet hatte:

So auf S.8: „Vertrauen schenken wir einer Person, weil wir uns auf ihr Wohlwollen (*good will*) und ihre Kompetenz, ..., verlassen. Diese ... Fürsorge für unsere Interessen (Verstehen wollen) und die Menschen und Dinge, die wir pflegen, hegen, gedeihen lassen wollen (Empathie) - ist der essentielle Unterschied zum lediglich instrumentellen Sich-Verlassen-auf.“

Auf S.9 finden wir den „Aspekt der Anerkennung“, den Ermessensspielraum und die akzeptierte Verletzbarkeit.<sup>51</sup>

Vertrauen ist nicht nur bei pathologischen, sondern auch bei berechtigten und somit bei allen Ängsten als Antidot wirksam.

„Vertrauen ist die einzige Alternative zu Angst“, wie Luhman feststellte<sup>52</sup>.

Vertrauen setzt eine zwischenmenschliche Beziehung voraus. Eine Beziehungspraxis, in die man weder gegen noch ohne den andern, sondern nur mit ihm eintreten kann. Die ärztliche Seite dieser gemeinsamen Aufgabe

---

<sup>49</sup> 4. Symposium Medizin und Ethik – Psychosomatik, workshop, Kongresszentrum Davos, 18.06.2003  
<http://www.medizin-ethik.ch/present/PsychosomPatienten.pps>

<sup>50</sup> Leyh, Miriam, „Therapeutische Beziehung und Interaktion bei Panikstörung und Agoraphobie“, Inauguraldissertation Humanwissenschaften, Bamberg, 2012.

<sup>51</sup> Es erstaunt mich immer wieder, wie Philosoph/innen durch diszipliniertes Nachdenken allein, zu Schlüssen kommen, für deren Nachweis experimentelle und statistische Wissenschaften Dekaden brauchen

<sup>52</sup> „Ohne jegliches Vertrauen könnte er (der Mensch) morgens sein Bett nicht verlassen“. Wenn „Chaos und lähmende Angst die einzige Alternative zum Vertrauen“ sind, dann braucht der Mensch um sich sozial richtig zu verhalten, ein Zutrauen zu eigenen Erwartungen. <sup>52</sup> Niklas Luhmann, Vertrauen, 4. Auflage, Stuttgart 2000: S. 1

besteht im Willen, prospektiv Verantwortung zu übernehmen für einen Menschen, der von unserem Wissen und Können abhängt, für eine „Sache“, seinen Leib nämlich, die er „mir anvertraut hat, und die mir zu betreuen obliegt.“

Diese zwischenmenschliche Praxis ist auch in der somatischen Arzt-Patienten-Beziehung wichtig, denn wenn Leiden und Tod drohen, sollte sich der Kranke in seiner ungewissen Situation aufgehoben fühlen dürfen. Und derjenige, der helfen will, muss die Verantwortung für den andern zuerst verdienen, indem er sich als vertrauenswürdig erweist. Denn ohne Vertrauen darf sich niemand den Ermessensspielraum anmassen, für andere zu handeln. Der Kranke muss überzeugt sein, dass der Arzt ihn als Person in seiner komplexen bio-psycho-sozialen Situation versteht und daraus die Pflicht ableitet, ihn zuverlässig, wohlwollend und mit Aufbietung all seiner Kompetenzen zu begleiten und zu trösten.

Beim Vertrauen geht es um etwas, das für uns kostbar ist.<sup>53</sup> Es geht um Werte, Normen, soziale Ansprüche. Es geht um eine soziale Kultur, die Verlässlichkeit gewährleistet, ohne dass man Zwang anwenden muss. Wenn wir eine Sache delegieren, weil es uns mehr Zeit, Nerven und Energie kosten würde, sie selbst zu erledigen, als wenn sie falsch oder nicht erledigt wird, so ist das eine Nutzen- Kosten Analyse, die an Gleichgültigkeit grenzt. Nicht ein Vertrauen, das uns Sicherheit geben, bzw. uns unsere Angst nehmen könnte.

Heute erlebe ich immer häufiger, dass sich Patienten nicht mehr vor Krankheiten fürchten, sondern vor einem möglichen Fehler des Arztes, der für ihre Gesundheit rechenschaftspflichtig sein soll. Diese Menschen haben kein Vertrauen und ihre Angst hat sich lediglich verschoben. Das hat mit dem gesellschaftlichen Trend zu tun, der, wie O'Neill so treffend analysierte, kluges Vertrauen durch dumme managementbezogene Verantwortlichkeit zu ersetzen versucht. Angst kann weder durch Bürokratie noch mit Verherrlichung von Technik besiegt werden, sondern nur durch eine vertrauensvolle Beziehung, eine therapeutische Interaktion.

---

<sup>53</sup> „... Diese Überzeugung, dass die Menschen, denen wir vertrauen, freiwillig für das sorgen, was in unserem Leben kostbar ist, gibt dem Vertrauen seinen eigentümlichen Wert“ Baier, Annette: „Vertrauen und seine Grenzen“. A. a. O.

## Drittes Kapitel:

### Gründe für eine vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung

Wir haben gesehen, dass Angst weder durch bürokratische Transparenz noch technisch besiegt werden kann, sondern nur durch vertrauensvolle Beziehungen, welche ein misstrauisches Kontrollverhalten überflüssig machen. Wir wissen jetzt aber auch, was dummes Vertrauen bedeutet. Und dass Vertrauen auf Werte zielt und selbst einen Wert hat.

Warum sollte ein autonomer Patient (ein Leidender, ein Hypochonder oder gar ein Gesundheitsfetischist) ausgerechnet mit einem Arzt eine Beziehung des Vertrauens eingehen?

Die Frage ist bewusst provokant formuliert.

Denn ein Autonomer ist kein Patient, wie auch ein Gesunder nicht als Patient bezeichnet werden kann. Ein Patient ist ein Erduldender. Er hat seine Krankheit nicht frei gewählt, aber die Erkrankung schränkt viele seine Lebensbezüge ein. Ein Patient ist ein Leidender, der vieles nicht mehr kann, was er als Gesunder konnte. Er ist abhängig und auf die Sorge anderer angewiesen.

Der Begriff „autonomer Patient“ ist, so wie er heute interpretiert wird, eine *contradictio in adjecto* und sinnlos. Der Anspruch, nicht nur in einigen wichtigen Situationen, sondern immer und überall alles selber bestimmen und einfordern zu wollen – und zu können – machen den „Patienten tendenziell schutzlos“.<sup>54</sup>

Also lautet die Frage: Warum sollte ein Patient ausgerechnet mit einem Arzt eine Beziehung des Vertrauens eingehen?

Man könnte hier folgende vier Gründe anführen.

---

<sup>54</sup> Vgl. J. P. Wils und R. Baumann-Hölzle, „Patientenautonomie und ihre Fallstricke“, Gastkommentar zur Gesundheitspolitik, NZZ, 7.4.2015, S.5 Schutzlos, weil die Stellvertreterentscheidungen durch Angehörige oder Behörden (KESB) Ärzte dazu zwingen können, medizinisch sinnlose Massnahmen durchzuführen, nur weil sie technisch möglich sind

- Erstens war es traditionellerweise so, dass Patienten ihrem Arzt vertrauen mussten, als es noch kein Internet gab und nicht erwartet wurde, dass er für jedes Symptom A genau A' die Behandlung sei. Ausserdem war man überzeugt, dass es sowieso genau so komme, wie von Gott gewollt.
- Zweitens könnte man anführen, dass Ärzte (neben Pfarrherren und Lehrern) verpflichtet seien, ein Stück heile, alte zwischenmenschliche Tradition in die unpersönliche, kalte, technische Welt von morgen zu retten.
- Drittens ist die Medizin seit gut 150 Jahren, als die *microbe hunters* Bakterien als Seuchenursachen identifizierten, für die Bekämpfung von Massensterben, Tod und Leiden zuständig.
- Viertens brauchen Patienten Fürsorge. Sie sind auf Zuwendung und Vertrauen angewiesen.

Von den obigen vier Gründen erscheinen mir die ersten zwei zumindest problematisch: wenn man keine andere Wahl hat, als zu vertrauen, ist das kein echtes Vertrauen und - die alte Tradition war nicht nur eine heile. Sie erscheint es vielleicht, weil es auf Grund der starken hierarchischen Strukturen einfacher war, Missstände (wie pfuschende Ärzte oder sexuell übergriffige Lehrer und Pfarrer) unter den Teppich zu kehren.

Anders verhält es sich meiner Meinung nach mit dem dritten oben genannten Grund. Der vierte Grund ist eine Behauptung aus Erfahrung.

Ich möchte im Folgenden genauer auf die vier angeführten Gründe eingehen:

Ad 1: Traditionell wurde der Arzt bei einem schwer Kranken von den Angehörigen beigezogen. Kam er zu spät kam oder wusste er nichts zu machen, wurde das als Schicksal akzeptiert. Ohne den lieben Gott gibt es heute nichts, das unseren Schicksalen einen teleologischen Sinn gibt. Der Machbarkeitswahn und die Annahme, dass es für jede Krankheit A eine massgeschneiderte (personalisierte) Therapie A' gäbe, waren früher inexistent. Auch wird heute leider häufig ignoriert, dass im spezifischen Kontext einer Erkrankung, dem Menschen A° gar keine oder die Therapien A'' oder A''' besser bei seiner Lebens- oder Sterbensbewältigung helfen könnten. Dazu wäre es nötig, auf ärztliches Orientierungswissen zurückzugreifen.

Ad 2: Dieser reaktionären „Pflicht“ muss nochmals entgegengehalten werden, dass die alte Tradition nicht nur eine heile war. Es gab viele Missstände, Pfuscher, am schlimmsten war wohl die Nichtbeachtung von Hygiene.

Die schweizerische Gegenreaktion zu ärztlichen Allmachtsexzessen war eine juristisch garantierte individuelle Patienten-Autonomie per 1.1.2013<sup>55</sup> mit obligaten Patientenverfügungen „für den Fall dass ich nicht mehr selber entscheiden kann“. Dieser Selbstbestimmungszwang für Situationen, die Nicht-Mediziner höchstens aus Geschichten, Filmen und vom Hören-Sagen kennen, überfordert die Menschen, die sich lieber aufgehoben als partout entscheidungspflichtig fühlten.

Und, die neue gesetzliche Vertragsregelung gilt für alle Vertragspartner: wenn der Klient misstraut, hat der ärztliche Dienstleistungserbringer nach 17 Uhr Feierabend und bis am nächsten Werktag um 08:00 Uhr das Recht auf eine ungestörte Nacht. Wo kein Vertrauen geschenkt wird, gibt's auch keine supererogatorische Hilfe. Die juristische Regelung der Arzt-Patienten-Beziehung ist ein Unsinn. Tugenden motivieren; Regeln verleiten Ärzte, die gewohnt sind, sich ihre Aufgaben gemäss persönlicher Einschätzung der Situation von nötig und/oder dringlich (Triage) entweder zu delegieren oder selbst zu übernehmen, zu einem Dienst nach Vorschrift.

Ad 3 und 4: Mit dem Aufkommen der Hygiene sind die Seuchen verschwunden. Und die Ärzte haben - wohl als einziger Berufsstand - ihre Kompetenz (nicht Macht!) im Umgang mit Leiden und Sterben in die Moderne hinübergerettet. Mit Blick auf diese Zuständigkeit für existentielle Grenzsituationen gehört es zur traditionellen Rolle des Arztes, eine vertrauensvolle Beziehung mit seinen Patienten zu unterhalten. Denn der Arztberuf hat eine hohe gesellschaftliche Bedeutung zwischen Natur- und Geisteswissenschaften.

Ein guter Arzt kümmert sich um das Wohlergehen seiner Patienten. Deshalb bemüht er sich zu verstehen, was diesen wichtig ist und warum. Er unterstützt sie in ihrer Selbstbestimmung, soweit sie das möchten (shared-decision-making) und gibt Ihnen ein Gefühl der Sicherheit und des Verstandenwerdens. Vertrauen heilt.<sup>56</sup>

---

<sup>55</sup> Erwachsenenschutzrecht: ZGB, Art. 360-456

<sup>56</sup> A.a.O., NZZ 7.4.15, S.2

Von einem Arzt wird erwartet, dass er supererogatorisch zuverlässig und genau ist, seine Grenzen kennt und die Neigung zur Aufrichtigkeit als ein Gebot für seinen Berufsstand akzeptiert. Nicht weil er fremde Erwartungen partout erfüllen will, sondern weil es für ihn wertvoll ist, eine Beziehung zu seinen Patienten einzugehen und diese aufrechtzuerhalten. Und weil praktizierende Ärzte wohl schon seit Jahrhunderten erfahren haben, dass die Hinwendung zum Kranken, das Zuhören und das Gespräch einen wichtigen Beitrag zu deren Gesundheit leisten.

Last, but not least verfügen Ärzte im traditionellen wie im modernen Sinn über ein fundiertes ärztliches, d.h. natur- und geisteswissenschaftliches Orientierungswissen. Sie wissen viel über Soma und Psyche des Menschen und wie diese mit sich selber und mit seiner Umwelt interagieren. Ärzte kennen den Unterschied zwischen Wissen und Glauben und haben erfahren, dass Hypothesen und Erklärungen allzu häufig sehr kurzlebig sind, dass jedes Wissen über die Natur des Menschen nur vorläufig ist und alle Behandlungen: Medikamente, Operationen und physikalisch-chemische Methoden, neben Wirkungen immer auch unerwünschte Nebenwirkungen haben, und sie wissen auch welche Nebenwirkungen und bei wem am ehesten zu erwarten sind.

Panthea rei: die auf den Menschen anwendbaren Naturwissenschaften entwickeln sich rasant und sind bezüglich Lebenserzeugung, Lebenserwartung und Ökonomie ein noch nie dagewesenes Erfolgsmodell. Aber diese Dynamik hat grosse Schattenseiten: in wenigen Jahren werden Dinge möglich, die vorher undenkbar oder ethisch äusserst problematisch waren. Man denke nur an die In Vitro Fertilisation, heilende Therapien bei metastasierten Tumoren, Transplantationschirurgie, Wiedereröffnung von verschlossenen Gefässen und die Intensivmedizin, mittels der heute praktisch jedes Organversagen für Tage maschinell überbrückt werden kann, bis ein Patient sich erholt – oder stirbt. Das führte zum heute beobachtbaren Machbarkeitswahn, wo beim *homme machine* alles reparierbar oder gar austauschbar werden soll. Das hatte Giovanni Majò, den Medizinethiker aus Freiburg i.Br., bereits anfangs dieses Jahrtausends veranlasst, Arbeiten über die „Industrialisierung der Medizin“ zu

publizieren<sup>57</sup>. Es gibt Philosophen, die denken bereits an Hirntransplantationen (und Ärzte, die das ausprobieren wollen), andere befassen sich mit den hypothetischen Problemen von Unsterblichkeit.

Die Antwort auf die Frage: „Warum sollten Patient und Arzt überhaupt eine Beziehung des Vertrauens eingehen?“ lautet also: Weil uns echte und eingebildete Gesundheitsstörungen heute mehr denn je und mehr als alles andere Angst machen!

Die Medien berichten täglich über Gesundheitsthemen – denn diese werden am besten beachtet. Aber sie schüren Ängste (und lassen das Gesundheitswesen boomen). Menschen sind soziale Wesen und dem Leben in Alleinverantwortung nicht gewachsen. Bei jeder Störung ihres bio-psycho-sozialen Gleichgewichts denken mindestens meine Patienten an mögliche Krankheiten mit Abhängigkeiten und haben Angst vor Kontrollverlust! Wenn sie wissen, dass es einen Ort gibt, wo man sie kennt, ihnen zuhört, sie ernst nimmt und auch mal führt, wo das Problem im Gespräch so positioniert wird, dass wir darum herumgehen und es schliesslich verstehen und mit ihm umgehen können, gibt das uns Sicherheit. Das nimmt den Patienten die Angst, bzw. den Stein vom Herzen, wie ich durch das befreite Aufatmen, wenn ein Symptom für uns beide plausibel gedeutet ist, förmlich spüren kann. Für mich sind so Atemzüge der schönste Beleg, dass man mir glaubt und vertraut. Nur im Vertrauen unterstellt der Mensch seinem Gegenüber, der Patient seinem Arzt, Wohlwollen. Nur, wenn mir der Patient Wohlwollen unterstellt und die Kompetenz, seine Symptome richtig zu deuten, können wir auf unnötige Abklärungen und Operationen verzichten.

Der moderne *Medizin- oder Gesundheitsleistungskunde* kann jegliche Fürsorge als Einmischung in persönliche Angelegenheiten empfinden und sich eine solche verbitten. Dies scheint mir im Fall einer akuten Erkrankung A, wo Behandlung A' bis A''' angezeigt sind, auch vernünftig. Hier ist die Diagnose in wenigen Minuten gestellt – so dass wir in der kurzen Zeit, wo wir auf die Diagnosebestätigung durch das Labor warten (ein Bisschen technische

---

<sup>57</sup> Maio, Giovanni, Hg. „Abschaffung des Schicksals?“, 2011 Verlag Herder, Freiburg i.Br, S.10-48 ( „Gefangen im Übermass an Verheissungen und Ansprüchen“)

Bestätigung des klinischen Urteils braucht es heute)<sup>58</sup>, auch auf einen persönlichen Austausch verzichten können –aber meiner Meinung nach i.d.R. nicht sollten, weil wir beide eine Beziehung brauchen.<sup>59</sup>

Sobald die gesundheitliche Situation komplexer wird, muss ein Arzt abwägen, welche der Krankheiten A, B, C, D eines Patienten überhaupt behandelt werden sollen und welche Therapien von A' bis Z' und in welcher Reihenfolge in dieser spezifischen Situation grundsätzlich in Frage kommen, sinnvoll sind oder gar lebensgefährlich (bzw. kontraindiziert und somit ein juristisch zu ahndender „Kunstfehler“) sind. Für dieses Abwägen darüber, welche medizinische Handlung im konkreten Fall erforderlich ist, braucht es ärztliches Wissen und Können sowie Gespräche mit dem Patienten, welche der Optionen (mit den immer vorhandenen Nebenwirkungen) für ihn überhaupt in Frage kommen. Ich halte es für unmöglich, dass sich die ärztliche Kunst durch Algorithmen ersetzen lässt. In komplexen Situationen sind wissenschaftliche alles oder nichts Entscheidungen, die gezwungenermaßen von der psycho-sozialen Patientensituation abstrahieren müssen, gerade deshalb inhuman. Ich halte es auch für unmöglich, dass technisch höchst versierte und spezialisierte Ärzte wie z.B. Chirurgen neben dem zu operierenden Organ auch den Menschen in ihrem Blickfeld haben können. Dies wird in den nächsten Jahren, in denen Roboter höchst präzise die heikelsten Operationen durchführen können, noch offensichtlicher – wie die jetzt eben initiierten Diskussionen der Juristen über die zukünftigen Sanktionszuweisungen im industriellen 4.0 Zeitalter belegen. Hier überzeugte mich die Frage einer Rechtsprofessorin, ob denn jeder „Fehler“ einer sei und immer sanktioniert werden müsse – oder ob nicht viel mehr ein Umdenken in der Gesellschaft angezeigt sei. Wenn man Technik will, sollte man auch mit deren Nebenwirkungen zu leben lernen.

Wenn die Gesellschaft trotzdem verlangt, dass auch medizinische Entscheidungen algorithmisch zu fällen seien – was dann schneller und besser an einem intelligenten Hochleistungsrechner geschieht - so ist darauf zu bestehen, dass Mediziner diese Computer füttern, und die Programme laufend dem exponentiell wachsenden naturwissenschaftlichen Fortschritt anpassen.

---

<sup>58</sup> Eine Zahl im prognostizierten Bereich wirkt anerkennungs- und vertrauensfördernd, wird als Zeichen der Sorgfalt gewertet usw., kurz, sie ist ein billiges, zweckmäßiges und wirksames PR-instrument

<sup>59</sup> Genau um diesen Punkt wird heute zwischen Ökonomen und Ärzten viel gestritten



Die Medizin-Roboter 4.0, welche medizinische Klienten pflegen, untersuchen, operieren und ihnen Rechnungen schreiben, müssten dann zumal selbstverständlich auch (wie bei den Autos diskutiert, ob sie z.B. in einer Frontalkollisionssituation weiterfahren, oder ob das eine Auto mit fünf 80-jährigen Passagieren, bzw. dasjenige mit einem 20-jährigen Beisitzer tödlich über die Klippe ausweichen soll) mit einem Ethikprogramm ausgerüstet werden - mit welchem ist auch hier die Frage!

Spätestens dann, wenn Roboter unsere Gesundheit vollautomatisch optimieren, hat sich der gute, alte Arztberuf abgeschafft. So wie schon viele andere Handwerkskünste in früheren industriellen Revolutionen.

Die Ärzteschaft selber unterlässt es, das Nötige zu unternehmen, um vertrauenswürdig zu bleiben<sup>60</sup>:

1. Ärzte immer weniger bereit sind, rund um die Uhr für ihre Patienten da zu sein. Das kostet sie Erfahrungswissen und Fähigkeiten, also Kompetenzen. Neue Organisationsformen wie an sieben Tagen pro Woche 24-Stunden geöffnete walk-in Praxen oder Notfallstationen ermöglichen es den Kunden, immer und sofort Gesundheitsleistungen zu beziehen – was bequemer ist, als auf einen Sprechstundentermin bei seinem eigenen Hausarzt zu warten. Wir haben zu wenig eigene Ärzte und importieren solche aus anderen Ländern, anderen Kulturen. Gleichzeitig wird auch die Bevölkerung immer multikultureller. Von je weiter her sie kommen, desto weniger verstehen wir uns.
2. Unsere Ansprüche steigen ins Unermessliche. Wenn man immer alles sofort haben kann, werden Vor- und Nachteile von Handlungen und Gütern nicht mehr abgewogen. Verhältnisse werden nicht mehr berücksichtigt und es wird nicht mehr gewertet, ausser in Zahlen. Welche medizinischen Handlungen sinnvoll (wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich) sind, kann nur ein Arzt im Hinblick auf einen spezifischen Patienten, den er versteht, abwägen.
3. Für Zuverlässigkeit haben wir check-boxes. Diese kreuzen unsere Mitarbeiter an. Diese sind auch zuständig für das Einholen der unterschriebenen informed consent Papiere.

---

<sup>60</sup> und sofort hämisch in der Presse kommentiert wird: „Image der Ärzte unter Druck“: [www.otxworld.ch/plus-aerzte-image](http://www.otxworld.ch/plus-aerzte-image)

Was sich auch in Zukunft nicht ändern wird, ist der Bedarf des Menschen an vertrauensvollen Beziehungen, sowie die Art und Weise, wie er Katastrophen erlebt.

Die Einsicht, dass Vertrauen die einzige Alternative zu Angst und Chaos ist, setzt sich erfreulicherweise auch medial erlebbar<sup>61</sup>, auf höchster Schweizer Politikebene durch und Prof. E. Angehrn sagt: „Wir haben gar keine Wahl: wir müssen einander vertrauen, damit unsere Gesellschaft nicht auseinander fällt.“

Zurück zur Arzt-Patientenbeziehung, die aus meiner Perspektive nur Sinn macht, wenn sie eine vertrauensvolle und somit gelungene Interaktion ist. Es sieht ganz danach aus, als ob ich hier und heute praktisch ein Bedürfnis stillen könnte, das aus opportunistischen, sozialen Gründen nicht explizit gemacht wird: kranke Menschen brauchen Fürsorge, jemanden, der für sie – in meinem Fall maternalistisch – entscheidet, graduell, nach dem von mir begriffenen Ausmass ihrer Autonomiefähigkeit. Ihr Vertrauen und mein sicheres Auftreten gibt ihnen Sicherheit. Und sie sind dankbar dafür. Und ich Ihnen. Denn das lässt mich sinnvoll wirken und gibt meinem Tun einen Wert.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Menschheit für ihr kollektives gesundes Weiterbestehen Vertrauen braucht. Ob dies nun mit oder ohne Ärzte geschieht ist irrelevant.

---

<sup>61</sup> Arena vom 8.1.2016 im Schweizer Fernsehen srf:  
<https://www.google.ch/#q=arena%20srf%209.1.2016&nfpr=1&start=0>

## Schluss

Was ist Vertrauen und welche Rolle kann und sollte es in einer Arzt-Patienten-Beziehung spielen? Wie in den vorangegangenen Seiten hoffentlich deutlich geworden ist, ist diese Frage nicht leicht – geschweige denn eindeutig - zu beantworten.

Das Problem beginnt schon beim Vertrauen: Wie im ersten Kapitel meiner Arbeit anhand der Explikationsvorschläge von Anette Baier, Onora O'Neill und Bernard Williams deutlich geworden ist, umfasst Vertrauen mehrere Dimensionen (Handlungs- und Kommunikationstheorie, rationale und normative Kooperationsmodelle, affektive Einstellung und weitere Unterteilungen) und lässt sich nur schwer unter einen einheitlichen Begriff fassen. Um einen für die Medizin brauchbaren Vertrauensbegriff zu gewinnen, sollte Vertrauen jedoch mit mindestens folgenden drei Aspekten ausgestattet und verstanden werden:

Wie wir von Anette Baier lernen können, ist Vertrauen in erster Linie „die Sorge um eine Sache, die dem Vertrauenden am Herzen liegt, einer andern Person überlassen“. Und diese andere Person soll fürsorglich und angemessen „paternalistisch“ handeln. Auf die Situation im Sprechzimmer gemünzt, heisst das: der Arzt muss herausfinden, wo der Schuh wirklich drückt, bzw. welche Sache dem Kranken am meisten am Herzen liegt und rückfragen, ob er mit seiner Vermutung richtig liegt. War er falsch, so bekommt er spätestens jetzt die erhellende Antwort. Etwas schneller geht es bei differenzierten Patienten, wenn man die erzählte Situation wiederholt, so wie man sie verstanden hat und dann fragt: was würden Sie als Arzt in dieser Situation ihrem Patienten raten?

Wie anhand von O'Neills Ausführungen deutlich wurde, ist Vertrauen von „Angesicht zu Angesicht“ wichtig und kann durch keine andere Methode ersetzt werden. Allerdings sollte man Vertrauen nur klug schenken, d.h. es soll davon ausgegangen werden können, dass der Vertrauensnehmer zuverlässig im Handeln, glaubhaft in seinen Worten und kompetent in der Sache ist, d.h. dass er der ihm anvertrauten Sache die *erforderliche Handlung* zukommen lassen

kann – und dies auch tun wird. Dies muss institutionell gesichert bleiben, durch den Berufsverband und Standesethik.

Bernard Williams hat schliesslich deutlich gemacht, dass Verantwortung im Gespräch praktiziert werden soll. Für die Situation im Sprechzimmer heisst das: Nachdem der Patient seine Beobachtungen und Überzeugungen mit seinen Worten dargelegt hat, sollte sich der Arzt darum bemühen, diese im Gesamtzusammenhang zu deuten und zu verstehen und sein Verstehen rückmelden. Das Leiden des Patienten muss vom Arzt rezipiert und anerkannt werden. Und danach soll er sein therapeutisches Handeln ausrichten. Ärzte müssen nach Vertrauenswürdigkeit streben, denn nur so können sie die Tugenden der Wahrheit (Genauigkeit und Aufrichtigkeit) als Werte vorleben und als Vorbilder ihren Patienten die zur Heilung nötige Sicherheit vermitteln. Dazu müssen sie auch authentisch sein, denn Vertrauen kann sehr wohl verspielt werden und dann fühlen sich die Patienten betrogen. Und die Verletzung und Wut der Anvertrauten ist irreversibel

Diese drei Aspekte von Vertrauen sind für die Rolle des Arztes in der medizinischen Praxis deshalb wichtig, weil sich genau diese Aspekte in dem Fallbeispiel wieder finden lassen, das ich im zweiten Kapitel vorgestellt und diskutiert habe. So wurde anhand dieses Beispiels hoffentlich deutlich, dass die Beziehung zwischen meiner Patientin H.M. und mir in all den oben drei herausgearbeiteten Hinsichten vertrauensvoll war:

So hat H.M. die ärztliche Fürsorge dankend entgegengenommen und es entstand - zuerst nolens volens - ein Zutrauen, das im Verlauf der Geschichte zu einem tiefen Vertrauen wurde. Ein Vertrauen, das alle Verantwortung auf meine Schultern zu schieben drohte, weshalb ich schon zum Selbstschutz lernen musste, einerseits darauf zu bestehen, dass das Schicksal zukunftsbestimmend sei und nicht ich, andererseits der Patientin dort, wo es um Entscheidungen ging, die sie sehr wohl selber treffen konnte, ihr ihre Autonomie zurückdelegierte.

Zweitens entwickelte H.M. ein Vertrauen, das sich auf dem guten Ruf der Klinik beruhte, offensichtlich nie enttäuscht und schliesslich durch den Behandlungserfolg bestätigt wurde. Wir als Spital hatten das Glück (es war sehr viel „educated guess“ im Spiel), nie die Übersicht über das Geschehen zu verlieren, aus welcher es gelang, die einzelnen erforderlichen Handlungen immer zur rechten Zeit am rechten Ort zu tätigen. Dies setzte aber auch supererogatorisches Engagement des ganzen Spitalteams voraus – etwa in Form von viel freiwilliger Präsenz.

Drittens schliesslich wurde die vertrauensvolle Beziehung zwischen H.M. und mir auch dadurch bestärkt, dass jede medizinische Unsicherheit oder Unvorhersagbarkeit deklariert und die hypothetisch jeweils zu treffenden Gegenmassnahmen mit der Patientin und ihrer Familie diskutiert wurden. Ich konnte als Ärztin überzeugend darlegen, dass mir Wahrhaftigkeit im Umgang mit Menschen in schwierigen Situationen wichtig ist. Und es gelang mir, dieser Familie während vieler Jahre Orientierung in der Welt zwischen Menschsein und Medizintechnik zu „garantieren“ – und natürlich wurde ich weiterempfohlen, so dass dieses Vertrauen nicht bei dieser einen Familie blieb.

Im dritten Kapitel schließlich habe ich dafür argumentiert, dass die explizierte Art von Vertrauen für eine gelungene Arzt-Patienten-Beziehung eminent wichtig ist. Wie ich ausgeführt habe, brauchen Menschen ein Gefühl der Sicherheit und manchmal auch des Aufgehobenseins, wenn sie von einer Krankheit bedroht sind. Dieses Gefühl kann sich nur in einer vertrauensvollen Beziehung entwickeln. Aber es kann zur affektiven Einstellung werden, die sich dann auch auf andere Menschen überträgt.

Soweit zu meiner Argumentation. Ich möchte zum Abschluss auf drei wichtige Folgerungen meiner Überlegungen hinweisen:

Erstens ist hoffentlich deutlich geworden, dass nur Vertrauen unseren Patienten Sicherheit geben kann. Denn mit der Krankheit ist ihnen ein Schicksal zugestossen, dessen Sinn für ihr Leben sie zuerst ergründen müssen, bevor sie

auf dumme Hoffnung setzen und ihren Körper der Hightech-Medizin für Reparatur-übungen zur Verfügung stellen.

Zweitens hat sich herausgestellt, dass der Arzt Vertrauen braucht, damit er motiviert ist, für seine Patienten das Potential an technisch möglichen und bio-psycho-sozial sinnvollen Optionen optimal auszuschöpfen.

Drittens ergibt sich daraus, dass wir für eine humane Patientenfürsorge keine neuen Gesetze brauchen: wir vertrauen darauf, ja klammern uns daran, dass in unserer direkt demokratischen Gesellschaft, zumindest in überschaubaren Kommunen, der Wertekonsens auch in Zukunft weiterlebt. Es sieht ganz so aus, als hätten wir als menschliche Wesen rational keine vernünftigen Wahloptionen zum Vertrauen. Und, wir sollten als Menschen auch auf Vertrauen als intrinsischem Wert nicht verzichten wollen. In jedem Leben kommt der Punkt, an dem wir von der pseudorationalen Entscheiderei erschöpft sind und uns liebend gern einfach gehen lassen und uns dem Schicksal, so wie es ist, ergeben möchten.

## Literaturverzeichnis

Baier, Annette: „Vertrauen und seine Grenzen“, in: M.Hartmann/ C.Offe (Hg.):  
Vertrauen. Die Grundlage des sozialen Zusammenhalts. Frankfurt/M.: Campus,  
2001

Bauer, Joachim: „Das Gedächtnis des Körpers“, Piper Verlag, 2004;

Bauer, Joachim: „Warum ich fühle, was du fühlst“, Hoffmann und Campe  
Verlag, Hamburg, 2005;

Bauer, Joachim: „Prinzip Menschlichkeit“, Hoffmann und Campe Verlag, 2006

Fehr, Ernst: „Thesen zur Oekonomie und Biologie des Vertrauens“.

Hermeneutische Blätter 1/2 - 2013), S. 31/32

Hartmann, Martin: „Die Praxis des Vertrauens“, Suhrkamp Verlag Berlin 2011.

Hartmann, Martin, „Neuroökonomie und Neurokapitalismus, am Beispiel des  
Vertrauens“, Dt. Zeitschrift für Philosophie, 59/3, 2011, S. 403-418

Hartmann, Martin: „Vertrauen“, in Handbuch der Politischen Philosophie und  
Sozialphilosophie, Band 2, Hg. Gosepath, Stefan et al., Walter de Gruyter  
Verlag Berlin, 2008, S.1436-1441

Hermeneutische Blätter, 1./2 – 2013. NFP „Vertrauen interdisziplinär“ 2010-  
2012. Institut für Hermeneutik & Religionsphilosophie, Theologische Fakultät  
der Universität Zürich

Leyh, Miriam: „Therapeutische Beziehung und Interaktion bei Panikstörung und  
Agoraphobie“, Inauguraldissertation Humanwissenschaften, Bamberg, 2012.

Loxtercamp, David: „Humanism in the time of metrics“, BMJ 2013;347:f5539

Luhmann, Niklas: „Vertrauen“, 4. Auflage, Stuttgart 2000.

Maio, Giovanni, Hg. „Abschaffung des Schicksals?“, Verlag Herder, Freiburg i.Br., 2011

Meibert, Petra; Michalak, Johannes: „Grundvertrauen und Achtsamkeit: eine empirische Erfahrung“. In Hermeneutische Blätter, 1./2, 2013, S. 95ff. NFP „Vertrauen interdisziplinär“, 2010-2012. Institut für Hermeneutik & Religionsphilosophie, Theologische Fakultät der Universität Zürich

Millner, Michael: „Das Beta-Kind“, Huber Verlag, Bern, Milgram, Stanley, 1961: zu seinem Experiment siehe Schneider, Reto U. „Bitte fahren Sie fort“, NZZ Folio, Oktober 2001

O’Neill, Onora: „Gerechtigkeit, Vertrauen und Verantwortlichkeit“, in: Gerechtigkeit. Auf der Suche nach einem neuen Gleichgewicht. Neumaier Otto et al., Hg, ontos Verlag Frankfurt, 2005

O’Neill, Onora „Misstrauen säen“, Essay in Focus 01/2008, übersetzt von Joachim Schulte aus BBC Reith Lectures 2002, Cambridge University Press

Stoll, Clifford: „Log Out, High-Tech Heretic“, New York, 1999; Dt. 2001, Fischer Verlag, Frankfurt am Main

Wildermuth, Volkart: „Einmal Moral forte, bitte!“ – ethisches enhancement. Spektrum der Wissenschaft. Gehirn und Geist. Rätsel Mensch, Heft 3/ 2015

Williams, Bernard: „Wahrheit und Wahrhaftigkeit“, dt. Suhrkamp, Frankfurt am Main, 2003

Williams, Bernard: „Internal and external Reasons“, in: Bernard Williams: Moral Luck, Cambridge, 1981

Wils, J.P. und Baumann-Hölzle, R. „Patientenautonomie und ihre Fallstricke“, Gastkommentar zur Gesundheitspolitik, NZZ, 7.4.2015



Zimbardo, Philip G.: „Der Luzifer-Effekt. Die macht der Umstände und die Psychologie des Bösen“ Aus dem Englischen übersetzt von Karsten Petersen. Spektrum Akademischer Verlag Heidelberg (Imprint vom Springer Verlag), 2008