

Klaus Gahl

# Misstrauen und Vertrauen in der Arzt-Patienten-Beziehung

Mistrust and Trust in Doctor-Patient Relationships

## Zusammenfassung

Wer um seine Gesundheit besorgt ist, fühlt eine grundsätzliche Bereitschaft, sich einem Arzt oder einer medizinischen Institution anzuvertrauen. Allerdings können Vorurteile, schlechte Erfahrungen vermischt mit Skeptizismus, Misstrauen oder krasser Ablehnung ärztlicher Empfehlungen dieses Vertrauen untergraben. Eine solche Haltung kann sich (1) gegen einen bestimmten Arzt, (2) gegen den komplexen medizinischen „Apparat“ oder (3) gegen ökonomische Strukturen der öffentlichen Gesundheit richten.

**Schlüsselwörter: Arzt-Patient-Beziehung, Zweitmeinung, Verantwortung, Gegenseitigkeit, Vertrauen**

## Abstract

Anyone concerned about their health has a fundamental willingness to trust a physician or medical institution. However, such trust and confidence in a physician may be undermined by prejudice or previous bad experiences, mixed with scepticism, mistrust, or even a sharp rejection of a doctor's recommendation or treatment. Such an attitude can be directed against (1) specific individual doctors, (2) the complex medical 'apparatus', or (3) the economic system of health care.

**Keywords: doctor-patient relationship, second opinion, responsibility, reciprocity, trust**

Prof. Dr. med. Klaus Gahl  
Bültenweg 4, D-38106 Braunschweig  
klaus.gahl@t-online.de

Die Beziehung zwischen dem Kranken und dem Arzt<sup>1</sup> ist unvermeidbar asymmetrisch: auf der persönlichen Ebene existenzieller Betroffenheit und Abhängigkeit des Kranken und der sachlichen Ebene der rationalen Wissensdifferenz und Handlungskompetenz des Arztes. Diese konstitutive Ungleichheit begünstigt per se Bedingungen für Misstrauen. Oft bringt der Ratsuchende oder Kranke nicht nur seine Vertrauensbereitschaft, sondern – vielleicht untergründig – eine gewisse Skepsis in die Begegnung mit dem Arzt und der Medizin als Versorgungsinstitution mit. Angesichts dieser Ausgangssituation sollen hier im Blick auf das Thema zunächst (A) drei Problemfelder der Entwicklung von Misstrauen des Kranken gegenüber dem Arzt bedacht werden:

1. Misstrauen in der unmittelbaren Arzt-Patient-Beziehung;
2. Misstrauen gegenüber der „institutionalisierten technischen Medizin“;
3. Misstrauen im Feld der Ökonomie der Medizin.

Im zweiten (kürzeren) Teil (B) geht es um das die Beziehung fundierende Vertrauen, das sich zwischen den beiden Partnern der Dyade entwickeln kann und das der Kranke (oft blind) auch der Institution „Medizin“ entgegenbringt.

### **1. Misstrauen in der Beziehung zwischen dem Kranken und dem Arzt**

Der durch seine gesundheitliche Sorge beeinträchtigte Ratsuchende oder aktuell Kranke ist – aus seinem normalen Selbstgefühl und -befinden herausgerückt – verunsichert. Es ist die sachliche, wissens- und erfahrungsgestützte Überlegenheit des Arztes, die das Gefühl der Unterlegenheit und Abhängigkeit beim Kranken, beim Ratsuchenden hervorrufen und ihn unsicher und (potenziell) misstrauisch machen kann. Er erwartet Hilfe im weiteren Sinne vom Arzt und von „der Medizin“, dieser hochkomplexen Versorgungseinrichtung, deren Sachwalter der Arzt ist. Er vertraut sich dem Arzt/der Ärztin mit sachlichen und oft auch sehr persönlichen, intimen Informationen über

sein aktuelles Befinden an, auch mit Auskünften über seine krankheits- oder gesundheitsbezogene Vergangenheit, über mögliches Risikoverhalten oder Risikofaktoren. Oft beinhalten sie Informationen über seine Familie, sein Arbeitsfeld, seine Freizeitbeschäftigungen etc. Kann aber der Arzt – so mag sich der Kranke fragen – mit der Offenheit und der Bereitschaft des Patienten, sich verbal und praktisch, d. h. auch körperlich dem Arzt anzuvertrauen, angemessen umgehen? Wird er die unabdingbare Vertraulichkeit des Gesprächs und der Untersuchung, die Verschwiegenheit und die gebotene Sachlichkeit und Neutralität bewahren? Wird er die körperliche Untersuchung auf das sachlich erforderliche Maß beschränken und das persönliche und personale Selbstempfinden des Kranken in dessen Leiblichkeit und Subjekthaftigkeit achten? Missbrauchsfälle gibt es zuhauf: die „gründliche“ Untersuchung der Brüste bis zum Blasenkatheterismus bei jungen Frauen oder der den Kranken verdinglichende Umgang als einer „Sache“, der einer sorgfältigen Diagnostik geschuldet sei. Die alltägliche Untersuchung der Patienten kann jederzeit zur Versuchungssituation werden. Auch Verletzungen der persönlich wie juristisch gebotenen Schweigepflicht können zu Misstrauen seitens des Kranken Anlass geben. „Die Behandlung des Anderen als Sache macht uns selbst zur Sache, und das wirkt als Selbstzerstörung.“<sup>2</sup>

Die Unsicherheit des Kranken hinsichtlich möglicher Ursachen, Bedingungen und des Verlaufs seiner Erkrankung, seines Krankseins kann auch Anlass zu Skepsis geben, ob denn der Arzt erkennen und die „Unpässlichkeit“, das Übel abwenden kann. So mag die Sorge des Ratsuchenden zu Zweifeln und gar zum Misstrauen gegenüber der fachlichen Kompetenz des Helfers werden. Sofern der Kranke den Grund der Störung seines (Wohl-) Befindens selbst-attributiv in dingfest zu machenden Faktoren sieht – seien es äußere Einwirkungen oder als Noxen erlebte Einflüsse oder Verhaltensweisen oder aber seelische Belastungen –, die der Arzt entweder als medizinisch kausal-ana-

lytisch plausibel oder aber als völlig abwegig eingeschätzt, kann sich die Skepsis des Kranken, sein Misstrauen gegen die Unangemessenheit, gegen eine so oder so reduktionistische Einseitigkeit im Verständnis seiner Sorge richten.

Das Unbehagen bezüglich des vom Arzt in sein Handeln umgesetzten Krankseins- und Krankheitsverständnisses, das vom Kranken widergespiegelt = reflektiert (in zweifacher Bedeutung!) wird, rührt an eine weitere zu beobachtende Dimension der Einstellung vieler Kranker zu ihren Ärzten und zu „der Medizin“: Das mehr und mehr ambivalente Verhältnis zur Medizin als Technik und als Wissenschaft, ja zur Wissenschaft als solcher. Die Medizin wird von den in ihr ausgebildeten und sozialisierten „Schulmedizinern“ als Wissensinstanz gesehen, an der sich alternative Methoden der Diagnostik und der Behandlung<sup>3</sup> messen und rechtfertigen lassen müssen.<sup>4</sup> Die wissenschaftsgestützte und auf kollektive Erfahrung basierte Medizin (EbM) ist ihnen Richtschnur und ggf. Rechtfertigung ihres ärztlichen Handelns. Diese strikte Orientierung des Arztes kann vom Kranken als Ablehnung von seiner eigenen Erfahrung gesehen werden. Das mag Misstrauen gegen eine vermeintlich mangelhafte Einfühlung des Arztes in Gang setzen. Eine „rein wissenschaftliche Medizin“ wird mit dem Vorwurf der Entpersönlichung, der De-individualisierung, der unangemessenen Verallgemeinerung, der Ignoranz gegenüber inter-individuellen Unterschieden im Kranksein und Krankheitserleben abgewehrt. Die Rat Suchenden, die Kranken erwarten vom Arzt und von „der Medizin“ mehr als eine sachlich-fachliche Hilfe, sie suchen vielleicht praktische Lebensratschläge und Verhaltensempfehlungen in Gesundheitsfragen. Ärztliche Hilfe müsse ihrem Bedürfnis nach mehr sein als angewandte Naturwissenschaft.

Andererseits erwarten viele Kranke und verlangen geradezu in unserer „Wissensgesellschaft“ exakte Erklärungen zur Entstehung, Ausprägung und des zu erwartenden Verlaufes, einschließlich

der qualitativen und quantitativen Prognose ihrer Krankheit. Sie werden misstrauisch bezüglich des Wissens und der Erfahrung des Arztes, wenn dieser nicht die gewünschten Informationen geben kann. Die emotionale mehr als rationale Ambivalenz von Wissenschaftsgläubigkeit und Skepsis gegenüber der Medizin prägt die Erwartungen vieler Kranker oder des medizinischen Rates Bedürftiger.

## 2. Wie äußert sich das Misstrauen des Kranken gegenüber dem Arzt?

Das Spektrum möglicher Manifestationen ist vielfältig: von dem subtilen Unbehagen, der Untersucher könnte vielleicht nicht offen und nicht sachbezogen und nicht ehrlich sein in der Mitteilung medizinischer Befunde, besonders bei letztlich nicht behandelbaren, zum Tode führenden Erkrankungen, bis zum unverhohlenen, gar aggressiven Vorwurf der fachlichen oder menschlichen Inkompetenz. Das mag zur Suche nach einer „zweiten Meinung“ bezüglich Diagnostik/Diagnose oder Therapie veranlassen. Womöglich wird diese von einem oder gar mehreren Ärzten („doctor hopping“) oder aber im Internet bei „Dr. Google“ gesucht.

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz wurde in Deutschland 2015 „ein Rechtsanspruch auf eine (Einholung einer) Zweitmeinung bei [vom G-BA festgelegten] planbaren Leistungen ... eingeführt, bei denen ‚die Gefahr einer Indikationsausweitung nicht auszuschließen‘ ist.“<sup>5</sup> Dieser Schritt markiert sozusagen die Spitze eines Eisbergs eines weit über den Umfang der mit der Regelung erfassten Leistungen hinausgehenden Trends, der auch bei Kranken mit chronisch-rheumatologischen, kardiovaskulären, neurologischen oder onkologischen Erkrankungen anzunehmen ist. „Mein Hausarzt kann ja nicht alles wissen.“ Zweit-Meinungen werden für diagnostische und therapeutische Maßnahmen gesucht; sie sollten nicht nur im Blick auf die Indikationsausweitung, sondern auch auf mögliche Diskrepanzen der Beurteilung klinisch-funktioneller und

morphologischer Befunde ausgerichtet sein. Sie können – auch ohne Vertrauensverlust – im Interesse von Arzt und Krankem eingeholt und in den Prozess der partizipativen Entscheidungsfindung einbezogen werden. Die damit zu erreichende objektive Annäherung an geltende Standards im diagnostisch-therapeutischen Prozess kann – sofern sie im gegenseitigen Einvernehmen verfolgt – das Vertrauen beider Partner stärken.

### 3. Misstrauen gegenüber der institutionalisierten technischen Medizin

Ein zweites Problemfeld erwächst aus der Einfügung der Arzt-Patient-Beziehung in die hochkomplexe Institutionalisierung der Medizin: von den technischen Untersuchungen und der Behandlung im weiteren Sinne über die erforderliche personelle und organisatorische Strukturierung bis zu anonymen informations-technologischen Steuerungs- und Kontrollsystemen.

Mit der apparativen Diagnostik rückt der Kranke (temporär und partiell) aus der unmittelbaren Beziehung zum Arzt in eine unpersönliche, funktionsbestimmte, passive Rolle gegenüber einer ihm mehr oder weniger fremden „Welt“. Diese Welt ist personell meist von vielen dem Kranken unbekannt Personen mit unterschiedlicher Zuständigkeit und Verantwortung bestimmt, die in zum Teil zeitlich festgelegten Organisationsstrukturen arbeiten. Die durch das Arbeitszeitgesetz mitgeprägte Regelung der klinischen Versorgung der Kranken lässt wegen der immer kürzeren Kontaktzeiten des Arztes mit dem Patienten kaum noch Zeit für eine persönliche Vertrauensentwicklung. Der Kranke wird in diesem Räderwerk zum Objekt, dessen Vertrauen in das Funktionieren des Systems – gedankenlos – vorausgesetzt wird. Wo aber aus Mangel an persönlicher Begegnung kein Vertrauen aufgebaut werden kann, entwickelt sich leicht Unbehagen, ja Misstrauen in den Nutzen und die Risiken, die Aussagefähigkeit und Verlässlichkeit der Methoden technischer Diagnostik und Therapie. Auch mögen Gedanken hochkommen,

- ob nicht Eigeninteressen der handelnden Akteure in diesem System (z. B. Amortisation von Geräten, Kostendeckung im Krankenhaus, Gewinnmaximierung etc.) mitspielen;
- oder ob (um der ggf. haftungsrechtlichen Absicherung willen) nicht eigennützige Doppeluntersuchungen oder Zusatzbehandlungen vorgenommen werden, die einer strengen medizinisch-sachlichen Begründung, der einsehbar begründbaren sachlichen Indikation nicht standhalten;
- oder ob die rechtlich vorgeschriebene Informations- und Aufklärungspflicht sachlich und der persönlichen Situation entsprechend befolgt wird oder nicht doch auch Sachverhalte zweckbezogen verzerrt dargestellt werden, um einer plausiblen Begründung eigennütziger Zielsetzungen willen.

Insofern geht es um das Verhältnis des Kranken zur apparativ-technischen (auch für die sachgemäße Behandlung des Kranken unabdingbare) Seite des Gesundheitssystems, und um die Technisierung der Medizin, der eine mehr oder weniger starke Skepsis entgegengebracht wird. Ihr stehen viele Kranke ambivalent kritisch, misstrauisch gegenüber.

Die zunehmende Verrechtlichung der Medizin und des ärztlichen Handelns (Schweigepflicht, Dokumentation, Datenschutz, vielfältige Aufklärungspflichten etc.) mit diversen Perspektiven von Persönlichkeits- und Schutzrechten seitens des Kranken (Einwilligungs- und Verweigerungsrecht, Behandlungsansprüche etc.) ist zum Teil auch als Reaktion auf mögliche Misstrauensquellen zu sehen. Die im vor-rechtlichen Raum verorteten ethischen Grundsätze ärztlichen Handelns wie auch Motivation und Haltung inkl. der Achtung der Person des Kranken in seiner Leiblichkeit. Subjekthaftigkeit könnten durch die rechtlichen Normierungen von Behandlungspflicht im weiteren Sinne und -anspruch geschwächt oder überspielt werden. Die Juridifizierung kann – so sie zum Schutz und Recht beider Seiten nötig ist –

dem Kranken das Gefühl geben, der Arzt orientiere sich vorwiegend an juristischen Vorschriften und Regelungen und weniger am moralisch verpflichtenden Ethos. Hier mögen nicht nur zwischen dem vor-rechtlichen und dem juristisch Verfassten, sondern auch innerhalb des Rechtsrahmens konflikthafte Grenzen liegen, die zu überschreiten einen Vertrauensbruch für den Kranken bedeuten kann. Wie ist es z. B. mit den Ergebnissen der Ermittlung von krankheitsbezogenem Risikoverhalten oder der genetischen Diagnostik? Bleibt sie im vertrauensbestimmten Verborgenen der engen Beziehung zwischen dem Kranken und dem Arzt oder werden Daten an Familienangehörige, Arbeitgeber oder Krankenversicherungen weitergegeben? Hier können Versicherungsklauseln oder Verpflichtungen von Kranken gegenüber ihren Angehörigen fordern, die Grenzen der Schweigepflicht zu überschreiten.

Entrückt der Kranke durch die apparative Medizin der unmittelbaren Beziehung zu „seinem“ Arzt, so droht ihm die institutionsbezogene Verpflichtung zu umfangreicher Dokumentation zu verschlingen. Er wird zur elektronischen Akte, die innerhalb des Systems – für ihn undurchschaubar – verfügbar ist: für die Abrechnung und Kostenvergleiche, für die Erfassung von Krankenstand und epidemiologischen Erhebungen u. v. a. Die wachsende Informationstechnologie bietet dazu das Werkzeug. Sie ist es auch, deren Nutzung mehr und mehr die Haltung vieler Kranker oder des medizinischen Rates Bedürftiger zum eigenen Kranksein und zum Arzt prägt: die Möglichkeit, vor dem Besuch beim Haus- oder Facharzt „Vorab- oder Überprüfungsinformationen“ zu gewinnen. Weiß doch „Dr. Google“ immer besser und ausführlicher in Frage stehende Beschwerden oder Befunde zu deuten, diagnostisch einzuordnen, ja sogar mit der Prognose und Therapie den „Infonauten“ zu beraten. Diese auf eine breite, dem einzelnen Arzt gar nicht überschaubare Datenbasis gestützte Computermedizin – unabhängig vom persönlichen Kontakt zwischen dem Arzt und dem Kranken – prägt

mehr und mehr das Verhalten und das Wissen der Laien, ihre Erwartungen, Hoffnungen und Ansprüche. Diese werden in Zukunft weiter rechtlich gedeckt, indem daran bemessene Diagnostik- und Therapierichtlinien als standardgemäße Basisversorgung erklärt werden. Der IT-informierte Kranke weiß aber oft die Aussagen, die Antworten von „Dr. Google“ nicht zu werten, selbst wenn er das eigene Beschwerdebild auf dem Bildschirm wiederfindet. Der Kranke wird wegen der selten gegebenen Eindeutigkeit zugleich verunsichert hinsichtlich der Ursachen und des prognostischen Verlaufs seiner Krankheit – sei er durch das Internet der Cyberhypochonder, der Schweigsame oder der Besserwisser gegenüber seinem Arzt.<sup>6</sup>

#### 4. Misstrauen im Feld der Ökonomie der Medizin

Ein drittes Feld möglichen Misstrauens seitens des Kranken gegenüber dem Arzt oder der Medizin ist mit dem Stichwort der „Ökonomisierung im Gesundheitswesen“ benannt. Aus der Sicht des (potenziell) Kranken lässt es sich auf die Frage reduzieren: „Bekomme ich die für mich erforderliche Behandlung?“ – Behandlung im Sinne der begründbaren medizinischen Maßnahmen zur Erkennung und Heilungsförderung meines Krankheitszustandes.

Ohne dass im folgenden Probleme der distributiven oder ausgleichenden Gerechtigkeit und der Wirtschaftlichkeit individueller und kollektiver Gesundheitsversorgung im Einzelnen dargelegt werden (könnten), sollen wenige Maßnahmen der Steuerung der Kostengestaltung im Blick auf Einzelfallentscheidungen und auf der Ebene biologischer, krankheitsbezogener oder sozialer Stratifizierung genannt werden, soweit sie dem Kranken Anlass zu Misstrauen der Medizin oder ihrem Arzt gegenüber geben können.

Die demographische und sozio-ökonomische Entwicklung und der medizinisch-technische Fortschritt mit den wachsenden Kosten für das Gesundheitswesen zwingen zu nationalen wie globa-

len strukturellen und distributiven Prozessen der Ressourcenverteilung:

- von arbeits-, organisations- und technisch-ökonomischen Rationalisierungsprogrammen („bessere Nutzung vorhandener Güter!“),
- zur Rationierung, verbunden mit Priorisierung und Posteriorisierung („Begrenzung der Einschätzung von Notwendigem und Möglichem, von Grund-, Standard- und Wahlleistungen im Rahmen der gesetzlichen bzw. privaten Krankenversicherungen“)

Hier können die dem Kranken oft nicht transparenten und sozial ungleichen und uneinheitlichen Kriterien für seine Zuordnung zu Versorgungsgruppen sein Misstrauen wecken: Werden mir basale oder Standarduntersuchungen oder -behandlungen vorenthalten? Gehöre ich aufgrund meines niedrigen Einkommens zu einer niederen Klasse der Gesellschaft? Fließen Erwägungen von Kosten-Nutzen-Relationen, von Diagnostik-Therapie-Kostenverhältnissen in die Einschätzung der Dringlichkeit meiner bedrohten gesundheitlichen Verfassung und in die Beurteilung, ob und ggf. wann und welche Behandlung im weiteren Sinne gewählt wird?

An solche Fragen kostenbezogener Zuordnung kann sich die psychische Verunsicherung des Kranken hinsichtlich der Einschätzung seitens des Arztes, der Einsatz medizinischen Bemühens sei – ungeachtet der Kosten – vergeblich, anschließen. „Ist mir denn nicht mehr zu helfen? Gibt es keine Rettung, keine Lebensverlängerung? Wird denn wohl wirklich alles für mich getan oder ist den Ärzten der Preis für meine Gesundheit zu hoch?“ Die medizinisch-praktisch begründete Entscheidung des Arztes zum Therapieabbruch wird implizit mit der handlungsnormativen Beurteilung von sozialem und anthropologischem Lebenswert verbunden. „Ist denn mein Leben nichts mehr wert?“ – Lebenswert, der nicht nur monetär, sondern mehr noch: als individuell erlebtes Geschenk, als mein Lebenswille gilt? In diesem

Zweifel, in diesem Misstrauen gegen den Arzt, gegen die Medizin und gegen das Sozialsystem kann dann ein Leben zu Ende gehen.

Wenn schon die Entscheidung zum Therapieverzicht möglicherweise von Kostenfragen mitbestimmt werden kann, ohne dass der Kranke oder ggf. sein rechtmäßiger Vertreter in die Überlegungen einbezogen wird, kann auch die mögliche Missachtung des mutmaßlichen Willens oder einer Vorausverfügung Skepsis seitens des Kranken wachrufen. Zumal unter Ärzten die Diskussion um die Beachtlichkeit der Patientenverfügung (trotz ihrer rechtlichen Verbindlichkeit) noch immer nicht zur Ruhe gekommen ist, ist für viele Kranke die Sorge, ja das Misstrauen groß, eine praktisch rechtsgültige Vorausverfügung könne vom Hausarzt oder behandelnden Ärzten in der Klinik nicht beachtet werden.

## 5. Vertrauen in der Beziehung zwischen dem Kranken und dem Arzt

Vertrauen ist – wie die darauf antwortende Verantwortung in der Beziehung zwischen dem Kranken und einem Arzt – fundamental eine personale Kategorie. Es gilt – unabhängig von der gegenseitigen Sym- oder Antipathie – der Person des jeweiligen Gegenübers. Vorgängig der konkreten Erfahrung, die ein Kranker mit einem Arzt oder umgekehrt ein Arzt mit einem Kranken gemacht hat, gründet das Vertrauen in der Bereitschaft beider Personen, sich auf die gegenseitige Offenheit, Anerkennung, Zuverlässigkeit verlassen zu wollen und zu können. Darauf gründet das Vertrauen, d. h. die Annahme, das Gegenüber werde sich künftig so verhalten, dass sich beide Partner in ihrem Handeln uneingeschränkt aufeinander verlassen können – auch angesichts eines ungewissen, vielleicht risikobelasteten Ausgangs einer letztlich zum Wohle vorzunehmenden Handlung im weiteren Sinne. Diese nicht zu garantierende Situation ist es, die Viktor von Weizsäcker mit der *Zone der Gefahr* meint, in der sich Therapie wie auch Diagnostik abspielt. In ihr den möglichen Schaden,

die mögliche Verletzung so gering wie möglich zu halten, gehört zur sachlichen und persönlichen Verantwortung, zur *Realität der persönlichsten Verantwortung*.<sup>7</sup> So sind Vertrauen und Verantwortung miteinander verflochten, aneinander gebunden: auf der sachlich-fachlichen wie der persönlichen und der überindividuellen personalen Ebene.

Der personale Charakter von Vertrauen und Verantwortung deckt sich nicht mit dem persönlichen, individuellen, dem einzelnen Kranken bzw. Arzt entgegengebrachten Grundgefühl. Er ist aber konstitutiv für die wechselseitige Bestimmung. Nicht nur der Kranke vertraut seinem Gegenüber, sondern auch der Arzt. Wenn der Patient auch in der aktuellen Not seines Krankseins oder der Rat- oder Hilfsbedürftigkeit mehr oder weniger außer Stande ist, die Verlässlichkeit prüfen oder kontrollieren zu können und zu wollen, sind es doch benennbare Bedingungen, die der Kranke voraussetzt für sein Vertrauen gegenüber dem Arzt: Sittlichkeit, Verschwiegenheit, Zuverlässigkeit, Gewissenhaftigkeit, die Achtung der Scham und der Würde des Kranken. Hinzu kommen fachliche Kompetenz und Dialogfähigkeit. Ebenso die offene Zuwendung des Arztes, wie er auf das Anliegen, die Sorge, die Not des Kranken eingeht, seine Wahrhaftigkeit und Plausibilität, die Kohärenz und Konsistenz im Gespräch, in der Aufklärung und im Handeln. Alle diese rationalen, emotionalen und habituellen Verhaltens- und Handlungsweisen des Arztes fördern oder – bei Missachtung – gefährden das persönliche Vertrauen des Kranken. Sie zu beachten, gehört in den Verantwortungshorizont des Arztes.

Der Arzt seinerseits bringt dem Kranken das Vertrauen in dessen Ehrlichkeit, Offenheit, seinen Willen zur Befolgung des ärztlichen Rates (Compliance) und seinen Willen, gesund zu werden, entgegen. Das rechtlich vorausgesetzte Vertragsvertrauen stützt sich lediglich auf ein potentiell einklagbares Anspruchsrecht seitens des Kranken und ein Sanktionsrecht des Arztes im Falle der Nichtbefolgung der Patientenpflichten. Vertrauen ist aber mehr: Es stellt auch einen moralischen Anspruch.

Die Reziprozität des Vertrauens sieht Fritz Hartmann in der Angewiesenheit des Kranken auf das Vertrauen des Arztes. Darin habe Vertrauen [seinen] *instrumentellen, funktionalen Charakter*.<sup>8</sup> Sie entspricht subjektiv wie objektiv der gegenseitigen persönlichen und fachlichen Verlässlichkeit, der Vertrauenswürdigkeit. „... [E]inseitiges Vertrauen [ist] gar kein wirksames [...], also echtes Vertrauen ist immer eine Gegenseitigkeit.“<sup>9</sup> Das „Vertrauen ... erwächst nicht aus Denken, sondern aus dem Sein“<sup>10</sup>. „... [E]ine theoretische Erkenntnis – [das heißt im Zusammenhang der Arzt-Patient-Beziehung: Erkenntnis über die Situation des Krankseins in seiner biologischen, biographischen und sozialen Dimension] – kann als solche eine [personale] Gemeinschaft nicht stiften, es sei denn, dass mit ihr mehr gestiftet wird als Erkenntnis, nämlich überdies Vertrauen, Überzeugung oder Interesse.“<sup>11</sup>

Nach dem personalen und persönlichen ist mit dem funktionalen Charakter von Vertrauen und Verantwortung ein Spezifikum der Arzt-Kranken-Beziehung angesprochen: das auf das medizinische und (davon zu unterscheiden) ärztliche Handeln für den Kranken bzw. die Hilfsbereitschaft gerichtete Vertrauen. Auch hier gilt es wieder reziprok: Beide Partner müssen sich im Rahmen ihrer Möglichkeiten aufeinander verlassen können und bestrebt sein, ihrer spezifischen Rolle oder Funktion gerecht zu werden. Die Funktionalität der Beziehung ist ein Kennzeichen der Asymmetrie der Beziehung zwischen dem Kranken und dem Arzt. Die Wahrung der Angemessenheit und die Begrenzung der Beziehung auf ihre genuine Funktion der Hilfeleistung gebieten den Respekt des wechselseitigen Schamgefühls. Hier fundieren einander persönliches Vertrauen und personale, der Person qua Person geltende Verantwortung.

Über den funktionalen Charakter von Vertrauen und Verantwortung hinausgehend ist deren Einordnung in den vielfach vernetzten, personell und z. T. organisationshierarchisch strukturierten, institutionellen Versorgungs- und Wissenschaftsbereich zu beachten. Dieses hochkomplexe System

kann weder von den Akteuren des Systems, geschweige denn von Laien – zumal in deren Betroffenheit als Kranke – durchschaut werden. „Krankwerden vergrößert diese Komplexität der Daseinszusammenhänge oder deckt die verborgenen auf.“<sup>42</sup> Auch dieser sozialen Komplexität, den individuellen und organisatorisch-institutionellen Strukturen gegenüber entwickelt der Kranke sein Vertrauen und behält doch dabei ein mehr oder weniger ausgeprägtes Misstrauen. „Systeme wie das Gesundheitssystem, das Krankenhaus, die Versichertengemeinschaft, die Kranker-Arzt-Verhältnisse müssen Vertrauen und Misstrauen als koexistierend vorsehen.“<sup>43</sup>

In dem komplexen System der medizinischen Versorgung verlangen die persönlichen Bedingungen von Vertrauensentwicklung und Verantwortungswürdigkeit eine Erweiterung sowohl auf die meist große Zahl an der Betreuung beteiligter Personen als auch auf vielschichtige Teilinstitutionen. Es kommt einerseits zu einer Vertrauensdiffusion auf zum großen Teil anonyme Personen und Partialbereiche und auf der anderen Seite zu einer Verantwortungsfragmentierung in unterschiedliche Zuständigkeiten und Kompetenzen. Hier wächst die Gefahr eines zunehmenden Misstrauens in die Verlässlichkeit beteiligter Personen und zugleich einer Dehumanisierung der Medizin: Spezialisierung führt zu Arbeits- und Verantwortungsteilung. Die unmittelbare Beziehung persönlichen und personalen Vertrauens und der Verantwortung ist bedroht.

Vertrauen wie Verantwortung sind als dynamisch, dialogisch zu kennzeichnen. Vertrauen entwickelt sich aus einer primär vielleicht von zurückhaltendem Vorbehalt und Misstrauen mitgeprägten Haltung heraus zu einem individuellen und mehr oder weniger allmählich sich annähernden „Einander-Vertrauen“. Die „zweiseitige Offenheit“ ist die Voraussetzung für „wechselseitige Selbst-Verständigung.“<sup>44</sup> Besonders in einer längerfristig tragenden Arzt-Patient-Beziehung, in der Betreuung chronisch Kranker vollzieht sich

diese wechselseitige „Ver-änderung“ (sic!) von Arzt und Krankem.<sup>15</sup> „Mit dem Sich-Anderen-Anvertrauen gibt er [der Kranke] aber auch Selbstverantwortung ab. Selbstvertrauen und Selbstverantwortung bleiben ... im Vorgang der Übertragung eng aneinander gekoppelt.“<sup>46</sup> In dieser Entwicklung des Vertrauens zeigt sich ein Aspekt seines zeitlichen Charakters. Ein weiterer ist seine auf Zukunft gerichtete Dimension, die Hoffnung auf Hilfe, auf Leidensminderung durch den Arzt.

## 6. Vertrauen im Wissenschaftssystem ‚Medizin‘

Die zunehmende Aufgliederung der medizinischen Versorgung – besonders im wachsenden Feld der Diagnostik – geht mit einer vielfältigen Verantwortungsteilung einher: von den meist eng begrenzten Möglichkeiten des in einer allgemein-ärztlichen Praxis niedergelassenen Arztes bis zu der labortechnisch und apparativ hoch aufgerüsteten Diagnostik der Hochleistungsmedizin. Dieser neuen, sich rasant erweiternden Medizin und den verbesserten therapeutischen Möglichkeiten bringt der Kranke auch ein hohes Maß an Vertrauen – gepaart mit einem Quantum von Misstrauen und Angst – entgegen. Das gilt auch für die interkollegiale und interinstitutionelle Kooperation innerhalb der medizinischen Disziplinen und disziplinübergreifend. Es besteht weithin ein großes Vertrauen in die wissenschaftlichen Möglichkeiten, die heutzutage Behandlungsaussichten erlauben, die noch vor 20 bis 30 Jahren oder in anderen Gesundheitssystemen nicht denkbar (gewesen) wären. Zu beachten sind aber zunehmende, berechtigte Vorbehalte, verunsichernde Ambivalenzen oder ausdrückliche Kritik an der „Apparate-Medizin“ mit der Verleitung zur Überdiagnostik und Übertherapie mit der Verteuerung der Medizin.

Das zeigt die Kehrseite der wachsenden Möglichkeiten der Medizin: die stetig steigenden Erwartungen und Forderungen des einzelnen Kranken und der Gesellschaft an dieses System sowie die medizinisch-fachliche Verfügbarkeit des groß-

en Arsenal diagnostischer, therapeutischer, präventiver und rehabilitativer Angebote und der finanziellen Sicherstellung der Versorgung. Hier hat der Arzt die schwierige Aufgabe der zweiseitigen Verantwortung: der sachlichen und situativen Abwägung der individuellen Notwendigkeit und der sozialen Vertretbarkeit. Das schließt auch die verantwortliche Erziehung zu einer (auch vom Arzt zu leistenden) selbstbestimmten Selbstbegrenzung moralischer Ansprüche und zur Bereitschaft, im „chronischen Kranksein“ auch ein (medizinisch ermöglichtes) „bedingtes Gesundsein“ anzunehmen.<sup>17</sup> Es ist die Verantwortung für den einzelnen Kranken und für die Solidargemeinschaft, die hier wiederum beiden Partnern auferlegt wird.

Die Medizin als Versorgungs- und Wissenschaftsinstitution mit kollektiver, sozialer Verantwortung ist Vertrauensobjekt des Kranken. „Die Eigenschaft aber der Wissenschaft [...] ist ihre Unpersönlichkeit, ihr abstrakter, kollektiver und objektiver Charakter.“<sup>18</sup> Dennoch ist die Wissenschaft als Richtlinie der Sachlichkeit, des Standards, der naturwissenschaftlichen Objektivität auch als Rückhalt für das ärztliche Handeln unabdingbar. Standesethik und (ein erwartetes) ärztliches Ethos und eine (ambivalente) Wertschätzung der Wissenschaft sind dem Kranken Versicherungen der Rechtschaffenheit und der Möglichkeit von Vertrauenswürdigkeit in die ärztliche Gewährleistungsverantwortung in diesem System.

„Das der individuellen Behandlungssituation sozusagen angeborene Missverhältnis von einseitigem Vertrauen und einseitiger Superiorität wird ... durch Rückgriffe auf dritte, unpersönliche Instanzen zu beseitigen versucht. Und unter diesen Instanzen hat unser Interesse besonders die wissenschaftliche festzuhalten, deren objektive, besonders naturwissenschaftliche Form solche Dienste besonders gut bietet. ... weil es ein Vertrauensdefizit war, welches auszugleichen war, darum belastet sich gerade die objektive Wissenschaft mehr und mehr mit einem Misstrauenskonto, dessen Folgen ins Unabsehbare auslaufen können. ... diese Bedrohung

der Wissenschaft [ist] eigentlich eine Bedrohung des Vertrauens...“<sup>19</sup>

Wenn auch für den Bereich der Naturwissenschaft, soweit sich die kausalanalytisch vorgehende medizinische Wissenschaft auf sie stützt, potenzielle Reproduzierbarkeit ihrer Daten und Verallgemeinerbarkeit kennzeichnend sind, so können diese Kriterien dem ärztlichen und personalen Vertrauenswissen, das der Kranke erwartet, nicht genügen. Dieses gilt vielmehr der Einmaligkeit, Unwiederholbarkeit des Kranken als Person in der biographischen Situation seines Krankseins.

## 7. Zusammenfassung

Der grundsätzlichen Bereitschaft des Kranken, sich in gesundheitlicher Not voller Vertrauen an einen Arzt oder eine Klinik zu wenden, ist stets – als Vorurteil oder aus eigener Erfahrung – ein Quäntchen Skepsis oder Misstrauen beigemischt, das sich bis zu schroffer Ablehnung steigern kann. Dieses kann sich gegen den einzelnen Arzt oder gegen die komplex institutionalisierte Medizin oder gegen das sie tragende, ökonomisch orientierte Versicherungssystem richten:

- gegen das verbale oder praktische Verhalten und Handeln des Arztes im Gespräch über die Krankheit, das Kranksein, die Aussicht auf Heilung oder mindestens Linderung der Krankheit, über die notwendigen Untersuchungs- und Behandlungsmaßnahmen und deren Begründung;
- gegen die (Indikation für die) Nutzung der apparativen Medizin, der anonymen Informationstechnologie und der unpersönlichen, de-individualisierenden Standardisierung und Verrechtlichung der Medizin
- und gegen die Ökonomisierung des Gesundheitswesens.

Zu beachten ist, dass Misstrauen sich häufig als ein gegenseitiges, reziprokes Verhältnis entwickelt. Auch der Arzt kann gegenüber dem Kranken bezüglich seiner Offenheit, Ehrlichkeit, seiner Folgsamkeit (Compliance) misstrauisch werden.

Grundlegend ist aber bei aller Skepsis doch die Bereitschaft zu gegenseitigem Vertrauen in die menschliche und fachliche Verlässlichkeit, die Zuverlässigkeit des „Gesundheitswesens“ und des tragenden Versicherungssystems.

Vertrauen und Misstrauen sind wechselseitige emotional-affektiv und rational-kognitiv sich entwickelnde Haltungen der beiden Partner zueinander und zum „System“ der Gesundheitsversorgung.

## Referenzen

- 1 Wenn im Folgenden der Arzt wie der Kranke allein in der maskulinen Form genannt wird, ist dennoch die Ärztin bzw. die kranke Person mitgedacht. Wo ausdrücklich auf geschlechtsspezifische Unterschiede für die Überlegungen relevant sind, wird darauf hingewiesen.
- 2 Weizsäcker V. von, *Pathosophie* (1956), in: Achilles P., Janz D., Schrenk M.†, Weizsäcker C. F. von (Hrsg.), *Viktor von Weizsäcker Gesammelte Schriften* (GS), Suhrkamp, Frankfurt a. M., 1986 – 2005, Bd. 10, S. 57
- 3 „Behandlung“ meint hier nicht allein die medizinische Therapie i. e. S. sondern den methodischen Umgang des Arztes mit dem Kranken und der Krankheit.
- 4 „Alternative“ oder „Komplementärmedizin“ oder „die Andere Medizin“ fasst hier sehr pauschal nicht schulmedizinisch-wissenschaftlich gelehrte und praktizierte Behandlungsformen zusammen; sie haben einen sehr unterschiedlichen individuellen Erfahrungs- und Sicherheitshintergrund und bedürfen für eine genauere Wertung gegenüber der „Schulmedizin“ einer ausführlicheren Darlegung, die weit über den Rahmen unseres Themas hinausginge. – Vgl. Wikipedia, *Alternativmedizin*, <https://de.wikipedia.org/wiki/Alternativmedizin> (letzter Zugriff am 28. April 2017); Federspiel K., Herbst V., *Die Andere Medizin – Alternative Heilmethoden für Sie bewertet*, Schlussgutachter Prof. Edzard Ernst, Stiftung Waren-test Berlin (Hrsg.), 5. Auflage (2005)
- 5 Osterloh F., *Zweitmeinung: Uneinheitliches Angebot*, Deutsches Ärzteblatt (2017); 114(25): A-1224, B-1018, C-996
- 6 Gießelmann K., *Gesundheit im Internet: Krank gegoogelt*, Deutsches Ärzteblatt (2017); 114(8): A-382, B-328, C-320
- 7 Weizsäcker V. von (1926), *Seelenbehandlung und Seelenführung. Nach ihren biologischen und metaphysischen Grundlagen betrachtet*, in: Achilles P., Janz D., Schrenk M.†, Weizsäcker C. F. von (Hrsg.), *Viktor von Weizsäcker Gesammelte Schriften* (GS), Suhrkamp, Frankfurt a. M., 1986 – 2005, Bd. V, S. 67-141, hier S. 141
- 8 Hartmann F., *Geschichtliche Formen der Vertrauens- und Verantwortungs-Beziehungen zwischen Kranken und ihren Ärzten und Pflegern*, Vortrag am Virchow Klinikum der FU Berlin im WS 1995/96, S. 14
- 9 Weizsäcker V. von, siehe Ref. 2, S. 66
- 10 Weizsäcker V. von, siehe Ref. 7, S. 124
- 11 ebd., S. 99; (Einfügungen in [ ] K.G.)
- 12 Hartmann F., siehe Ref. 8, S. 15
- 13 ebd., S. 18
- 14 ebd., S. 15
- 15 Hartmann F., *Das Leiden des Anderen – Wie können wir es verstehen, wie ihm gerecht werden?* Z Rheumatol (2002); 61: 73-85, hier S. 76
- 16 Hartmann F., siehe Ref. 8, S. 19
- 17 Hartmann F., *Chronisch krank oder bedingt gesund? in: Hammer C., Schubert V. (Hrsg.), Chronische Erkrankungen und ihre Bewältigung*, Verlag R. S. Schulz GmbH, Wolter Kluwer Gruppe VRK (1992), S. 35-68
- 18 Weizsäcker V. von, siehe Ref. 2, S. 382
- 19 ebd. S. 383