

Klaus Tanner

„Akzeptierte Abhängigkeit“

Zur Rolle des Vertrauens in der Arzt-Patientenbeziehung

Die Klinik oder Praxis ist ein Ort der Verunsicherung und Ungewissheit. Das gilt für die Patienten, die durch das Kranksein aus ihren normalen Lebensvollzügen herausgerissen sind. Die Selbst- und die Weltwahrnehmung werden durch das Kranksein erschüttert. Anderen vertrauen - das ist eine der zentralen menschlichen Möglichkeiten, mit bedrohlicher Unsicherheit umzugehen¹.

Je komplexer die Vollzüge der modernen Medizin sind, desto schwieriger wird es für den Patienten, noch zu durchschauen und zu verstehen, was mit ihm geschieht. Die Arzt-Patienten-Beziehung ist asymmetrisch². Da stehen sich nicht zwei Gleiche gegenüber, sondern ein der Hilfe bedürftiger Mensch und jemand mit einer spezifischen Fachkompetenz. Allein durch Sachinformationen kann die Unsicherheit eines Patienten nicht „weggearbeitet“ werden. Krankheit verunsichert immer in den Tiefen der individuellen Existenz. Sogenannte „objektive“, „neutrale“ Sachinformation und Aufklärung kann manches an Unsicherheit und Angst nehmen. Aber diese Information, die im Gespräch zwischen Arzt und Patient weitergegeben wird, muß eingebettet sein in eine vertrauensvolle Beziehung. Ein vollkommen verzweifelter Patient kann nur noch schwer Informationen aufnehmen.

Kranke sind Menschen, die gezwungen sind zu vertrauen. Das Vertrauen, das die Patienten dem Arzt entgegenbringen, bildet die Basis für eine Behandlung. Das Vertrauen ist ein wichtiges Element des Prozesses, in dem der Arzt ermächtigt wird, für den Patienten zu handeln. Wenn das Misstrauen überwiegt und der Patient noch in der Lage ist sich zu bewegen, wird er den Arzt wechseln. Oft ist der Patient, etwa in der Notfallsituation, dem Arzt ausgeliefert. In dieser Situation gesteigerter Abhängigkeit ist es besonders wichtig, Vertrauen haben zu können. Aber nicht nur in den Extremsituationen ist Vertrauen wichtig. Beim ärztlichen Handeln gibt es einen großen Ermessensspielraum. Feste Regeln bilden ein Gelände, aber es kommt immer darauf an den individuellen Fall richtig zu erfassen. In diesem entscheidungsoffenen Raum können sich Arzt und Patient nur auf der Grundlage von Vertrauen bewegen.

Die Klinik oder Praxis als Ort der Verunsicherung und Ungewissheit - das gilt nicht nur für die Patienten. Es gilt auch für die Mediziner. Viel ist Routine im

¹ Vgl. exemplarisch zur sozialwissenschaftlichen Diskussion Adam B. Seligman: The Problem of Trust, Princeton 1997

² Im Anschluss an die „klassischen“ Texte von Talcott Parsons Renee C. Fox: The Sociology of Medicine. Prentice - Hall 1989, S. 17 ff.

ärztlichen Alltag. Aber jeder weiß, dass es die schwierigen Fälle und unvorhergesehenen Komplikationen gibt. Keiner kann am Anfang seiner Ausbildung das Mäse an Routine und Erfahrung wie nach zwanzig Jahren ärztlicher Tätigkeit haben. Die ersten Nacht- oder Wochenenddienste - allein auf Station - sind genauso von Unsicherheit begleitet, wie eine schwierige Untersuchung, die irgendwann eben zum ersten Mal gemacht werden muß. Das Vertrauen, das dem Berufsstand der Mediziner als solchem entgegengebracht wird, bildet einen Schutzraum, in dem der Arzt im Praktikum seine ersten Schritte tun kann. Er muß sich dabei aber auch verlassen können auf das Umfeld, die Kollegen und Schwestern, die Hilfestellung geben, wenn es nötig sein sollte.

Vertrauen ist fragil, immer gefährdet.

Patienten beschaffen sich heute auf vielen Wegen Informationen über ihre Krankheit und Behandlungsmöglichkeiten. Sie werden skeptisch, wenn ein Arzt etwas anderes macht als es doch in der anderen Klinik gemacht wird.

Das Fehlverhalten einzelner schlägt auf den ganzen Berufsstand zurück. Behandlungsfehler oder Vorteilsnahmen von Ärzten finden ein großes Medienecho. Daraus kann sich schnell ein Klima des Misstrauens entwickeln. Eine Ärztin sagte: „Das Vertrauen gegenüber dem Arzt wird heute häufig nicht mehr automatisch mitgebracht. Ich muß in vielen Aufnahmegesprächen immer wieder neu um eine vertrauensvolle Beziehung kämpfen“.

Vertrauen ist fragil. Das gilt auch für die, die in einer Klinik oder Praxis zusammen arbeiten. Der Klinikalltag ist ein arbeitsteiliges, hochkomplexes Kommunikationsgeschehen in dem permanent der eine darauf angewiesen ist, dass der andere seinen Teil gewissenhaft und zuverlässig macht.

Wo das Gefühl vorherrscht, dass man sich auf Mitarbeiter im Team nicht verlassen kann, wird schnell die ganze Arbeitsatmosphäre vergiftet. Das Mobbing unter Medizinern ist in jüngster Zeit zu einem Thema geworden, das kräftig Wellen geschlagen hat.

Weil Vertrauen so wichtig ist, wird es ausdrücklich auch in den Berufsordnungen thematisiert. Nach der Präambel der Musterberufsordnung der Bundesärztekammer soll diese standesrechtliche Regelung durch die Festlegung von Berufspflichten dem Ziel dienen, „das Vertrauen zwischen Arzt und Patient zu erhalten und zu fördern“. Nach § 2 hat der Arzt „seinen Beruf gewissenhaft auszuüben und dem ihm bei seiner Berufsausübung entgegengebrachten Vertrauen zu entsprechen“³.

In diesen Formulierungen spiegelt sich das Wissen um die Fragilität des angestrebten Beziehungsmusters, das als ein wechselseitiges Geschehen zwar auf Voraussetzungen aufbaut, aber nicht automatisch eintritt, wenn diese Bedingungen erfüllt sind. Wo es um Vertrauen geht, erfahren sich beide, Arzt und Patient abhängig von dem, was das Gegenüber an

³ Bundesärztekammer: Musterberufungsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte, in: Deutsches Ärzteblatt 94 (1997), A 2354 - 2360

Kommunikationsmöglichkeiten eröffnet oder verschliesst.

Solche Selbstverpflichtungen auf „geduldigem“ Papier zeigen das Gewicht, das „Vertrauen“ im medizinischen Alltag hat. Das hat erst jüngst wieder eine Umfrage zur Arzt-Patientenbeziehung belegt.

Eine Frage lautete:

„Ich bin sicher, dass die mich behandelnden Ärztinnen/Ärzte die richtige Entscheidung für mich treffen“.

73 % bejahten diese Frage und 17 % verneinten sie. Den meisten Patienten, so fassen die Autoren zusammen, ist „eine autonome Selbstverfügung ... mithin eindeutig weniger wichtig als eine vertrauenswürdige Arzt-Patienten-Beziehung“⁴. Die Patienten wollen im Arzt ein Gegenüber, das Verständnis für sie hat. Kaum gewünscht wird ein Gespräch, das „bloß über medizinische Sachverhalte und Prognosen“ informiert.

Das Bedürfnis nach autonomer Selbstbestimmung ist nur ein Teilaspekt, jedenfalls nicht das Entscheidende in der Arzt-Patientenbeziehung. Der Arzt und Theologe Dietrich Rössler hat das in seinem Buch „Der Arzt zwischen Technik und Humanität. Religiöse und ethische Aspekte der Krise im Gesundheitswesen“ so formuliert:

In der Situation der Bedrohung durch Krankheit wird Angst ausgelöst und in dieser Situation „unterwirft der Patient sich der Kompetenz des Arztes in einer Weise, die seinem Leben sonst fremd ist ... Vertrauen ist akzeptierte Abhängigkeit“⁵.

Solche akzeptierte Abhängigkeit ist nicht einfach der Gegensatz zur Autonomie⁶. Sie kann ein Stadium sein auf dem Weg zur Wiedergewinnung einer umfassenderen Selbstbestimmung.

Diese Gewichtung bildet einen spannungsreichen Gegenpol zu einem Hauptstrang der rechtlichen und ethischen Diskussion, in der das Prinzip der Selbstbestimmung einen enormen Bedeutungszuwachs erlebt hat. Leitbild ist der informierte, aufgeklärte, rational entscheidende Mensch geworden. Mit der Formulierung der Prinzipien der Bioethik war eine wichtige Neuorientierung vor dem Hintergrund eines Jahrhunderte dominierenden Paternalismus eingeleitet worden⁷. Aber dieses Leitbild entspricht nur teilweise der Realität, wie die zitierte Studie zeigt. Einer der „Väter“ der Bioethik James F. Childress

⁴ Ulrich Eibach und Klaus Schaefer: Patientenautonomie und Patientenwünsche. Ergebnisse und ethische Reflexion von Patientenbefragungen zur selbstbestimmten Behandlung in Krisensituationen, in: Medizinrecht 19 (2001), S. 21 -28

⁵ München 1977, S. 46.

⁶ Zur Diskussion um die „Patientenautonomie“ vgl. Christoph Holzem: Patientenautonomie. Bioethische Erkundungen über einen funktionalen Begriff der Autonomie im medizinischen Kontext, Münster 1999

⁷ Albert R. Jonsen, The Birth of Bioethics, New York/Oxford 1998

warnte selbst vor einer zu starken Fixierung auf die „Prinzipien“ der Bioethik: „Because of the complexity of persons, judgement is required, rather than the mechanical application of a clear-cut moral principle“⁸.

Das Bedürfnis nach autonomer Selbstbestimmung ist eingebettet in Beziehungsstrukturen in denen auch Verständnis, Anteilnahme und Solidarität gesucht wird. Zur Rolle des Arztes gehört zwar die professionelle Distanz aber diese Distanz darf doch nicht so groß sein, dass der Patient das Gefühl hat, er als Individuum und seine persönlichen Lebens- und Leidensgeschichte spielen keine Rolle mehr. In jeder Beziehung zwischen Arzt und Patient stellt sich diese subtile und sensible Aufgabe des Ausmittels des richtigen Masses von Nähe und Distanz wieder neu. Um das zu können, braucht es mehr als nur naturwissenschaftlich exakte Kenntnisse⁹.

Unter „moderner“ Medizin wird heute weitgehend eine hochtechnologisierte Medizin verstanden. Wir könnten die Akzente auch anders setzen. „Modern“ könnte auch eine Medizin bezeichnet werden, in der Innovationen und Kompetenzzuwachs auf dem Feld der menschlichen Kommunikation eine Schlüsselrolle spielen. Gerade die Fülle der technischen Möglichkeiten erfordert Entscheidungen, die dem individuellen Fall gerecht werden. Durch die Vermehrung der Therapiemöglichkeiten entstehen verstärkt Entscheidungszwänge. Es kann nicht einfach alles gemacht werden was möglich ist. Insofern sind die Sensibilität fürs Individuelle und Kommunikationsfähigkeit nötig. Moderne Medizin macht kommunikative und soziale Kompetenz nicht überflüssig sondern fordert sie.

Kommunikation ist ein vielschichtiges Geschehen. In ihr werden nie nur Informationen ausgetauscht. Da begegnen sich zwei Menschen mit ihren Lebensgeschichten und Erfahrungen, ihren Hoffnungen und ihrer Angst. Die Weitergabe von sog. „sachlicher“ Informationen bleibt immer eingebettet in diese personalen Beziehungsstrukturen. Einer der Grundsätze, der in der medizinethischen Literatur immer wieder formuliert wurde, lautet: Der Arzt behandelt keine Krankheiten sondern Personen¹⁰.

Die Ausübung des Berufs erfordert neben allem technisch instrumentellen Wissen persönliche Kompetenz und Einfühlungsvermögen. Verstärkt wird in

⁸ James F. Childress: The Place of Autonomy in Bioethics, in: Hastings Center Report 20 (1990), S. 12 -17, 13

⁹ Linus Geisler: Arzt und Patient - Begegnung im Gespräch, 3. Aufl. Frankfurt a. M. 1987 hat nicht nur mit Nachdruck immer wieder auf die Notwendigkeit solcher Kompetenzen hingewiesen, sondern auch einen praxisorientierten Leitfaden für die Verbesserung dieser Kompetenz vorgelegt.

¹⁰ Das alte Prinzip wurde 1969 klassisch reformuliert von Paul Ramsey in seinen Vorlesungen „The Patient as Person: Explorations in Medical Ethics“, ein Text, der es nach Jonsen verdient, „as the first truly modern study of the new ethics of science and medicine“ gewürdigt zu werden (vgl. Jonsen, a.a.O. S. 50).

der neueren Literatur deshalb wieder von den „Tugenden“ gesprochen, ohne die der Beruf nicht ausgeübt werden kann¹¹.

Kommunikationsformen und -möglichkeiten hängen immer auch von institutionellen Rahmenbedingungen ab. Über die Notwendigkeit von Vertrauen und Kommunikation lässt sich schön reden. Das hilft wenig, wenn die Rahmenbedingungen das Gespräch nicht mehr zulassen. Zu knappe Personalschlüssel, Abrechnungsmodi, bei denen fürs Gespräch nur noch minimale Beträge pro Quartal zur Verfügung stehen, Raumknappheit die dazu führt, dass es keinen Ort gibt, an dem ungestört mit dem Patienten gesprochen werden kann - die Liste solcher widrigen Rahmenbedingungen lässt sich schnell verlängern.

Zum politischen Gestaltungsauftrag gehört es auch, ausfindig zu machen, wo die Weichen falsch gestellt wurden und nach institutionellen Regelungen zu suchen, in deren Rahmen sich auch in Zukunft vertrauensvolle Arzt-Patientenbeziehungen entwickeln können.

¹¹ Edmund D. Pellegrino et al.: the Virtues in Medical Practice, New York/Oxford 1993