



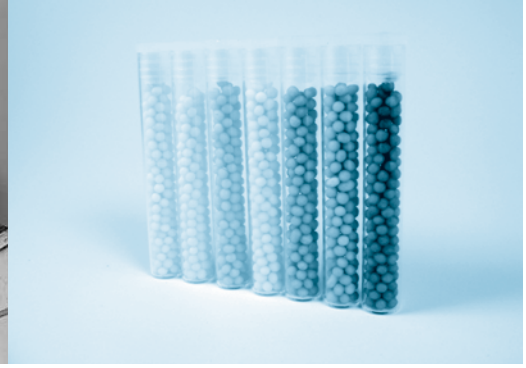
Annette Grüters-  
Kieslich

## Vertrauen in der und in die Medizin

Nicht zuletzt aufgrund verschiedener Skandalisierungen in der Medizin, die in jüngster Zeit die Aufmerksamkeit der Medien und der Öffentlichkeit erregten und die offensichtlich das Misstrauen von Patienten – zumindest in Teilbereiche der Medizin – geschürt haben, erscheint es notwendig, sich einigen grundlegenden Fragen zum Problem des Vertrauens zu stellen. Es gibt unterschiedlich gelagerte Vertrauensverhältnisse im medizinischen Kontext, etwa solche zwischen Ärzten, zwischen Ärzten und Pflege, zwischen Politik und ärztlicher Selbstverwaltung, zwischen Krankenversicherung und Ärzten, oder auch die Frage des Vertrauens in Institutionen, wie zum Beispiel die Charité. Ich möchte mich im Folgenden auf zwei Themenkomplexe beschränken, und zwar zum einen auf das Thema »Vertrauen in der Medizin ist auch Vertrauen in die Medizin« und zum andern auf das Thema »Vertrauen in Ärzte und Ärztinnen«.

Zum ersten Thema: Wir wissen alle, Vertrauen braucht Grundlagen, und deshalb ist es für unsere Patienten wichtig, die Ergebnisse der Wissenschaft, der Forschung, aber nicht nur der Forschung, sondern auch von Standardprozeduren und Erfahrung als Basis für das ärztliche Handeln erkennen zu können. Da haben wir die sogenannte »evidenzbasierte Medizin«, die auf der umfassenden Auswertung von Forschungsergebnissen, transnationalen und klinischen Studien beruht. Diese evidenzbasierte Medizin versucht, das Desiderat der Grundlagenforschung zu erfüllen. Ich muss Ihnen aber leider mitteilen, dass die evidenzbasierte Medizin im Hinblick auf die Anwendung als

Grundlage für Vertrauen in die Medizin erhebliche Limitationen aufweist, von denen ich hier nur einige erwähnen kann. Uns muss klar sein, dass für einen großen Teil der Diagnostik und Standardverfahren in der Therapie überhaupt keine Daten vorliegen. Gibt es Daten, so sind es häufig nur Kurzzeitresultate und ohne Erkenntnisse darüber, wie die Erfolge in der Langzeit ausfallen. Die Studien wurden häufig nur an sehr stratifizierten und selektierten Patientengruppen durchgeführt und im Wesentlichen bei Männern, sodass die Übertragbarkeit der Ergebnisse, zum Beispiel auf Frauen, nur eingeschränkt möglich ist. Die Reliabilität dieser Studien ist aber auch dadurch eingeschränkt, dass negative Ergebnisse häufig bewusst gar nicht erst publiziert werden. Und: Es gibt viele nichtreproduzierbare Ergebnisse. Darüber hinaus sind all diese Ergebnisse für den normalen Patienten, den medizinischen Laien, ohnehin nur marginal erfass- oder bewertbar. Selbst die sogenannten »autonomen« und »informierten« Patienten – als Kinderärztin pflege ich zu sagen: die Eltern, die Psychologen oder Lehrer sind, also auch im Umgang mit den neuen Medien versiert – sehen sich zum Teil einer höchst widersprüchlichen Informationsflut ausgesetzt. Überforderung in der Wissensbewältigung kann durch den gefühlten Mangel an Grundlage und Erkenntnis schließlich zum Verlust des Glaubens an den prinzipiellen Nutzen moderner Medizin führen und in der Konsequenz zur Hinwendung zu alternativer Medizin oder gar zur Verweigerung von Medizin überhaupt und dann mit furchtbaren Folgen, wie ich sie zum Beispiel aus der Pädiatrie kenne. Die objektiv höhere Transparenz und



Verfügbarkeit von evidenzbasierten Informationen führt daher nicht automatisch zu einer besseren Grundlage für Vertrauen in die Medizin. In der Praxis stellt sich für die Patienten immer mehr die Frage: »Wann höre ich auf, weiter nach Informationen zu suchen oder Zweitmeinungen einzuholen? Und wie kann ich mit meiner per se verbleibenden Ungewissheit umgehen?« Wir wissen, dass nach Niklas Luhmann Vertrauen entsteht, um in komplexen Situationen oder bei Überforderung der Wissensbewältigung handlungsfähig zu bleiben. Somit ist die verbleibende Ungewissheit der Kern oder der Ausgangspunkt für das Vertrauen in die Medizin. Die Definition des Vertrauensbegriffes in die Medizin impliziert daher, dass dieses Vertrauen zumindest theoretisch auch enttäuscht werden kann. Der Patient bleibt also zweifelnd und hat keine Gewissheit, ob sein Vertrauen gerechtfertigt ist. Und erst die Entwicklung einer positiven Erwartungshaltung gegenüber der Medizin und den Ärzten kann dann als »Vertrauen in die Medizin« bezeichnet werden. Deshalb wird es möglich sein, durch die Wissenschaft und die Verbesserung der Information eine *Grundlage* für das Vertrauen zu schaffen, aber das Vertrauen selbst bleibt eine höchst individuelle Angelegenheit.

Das bringt mich zu dem zweiten Themenkomplex: »Vertrauen in Ärzte und Ärztinnen«. Vertrauen steht im Mittelpunkt jeder Arzt-Patienten-Beziehung. Und obwohl es gut belegt ist, dass die Mehrheit der Patienten ihren Ärzten vertraut, nimmt die Verunsicherung aus vielerlei Gründen zu. Aktuelle Beispiele wurden genannt: die resistenten Keime, die Transplantationsmedizin und viele andere skandalisierte Themen. Der Patient überwindet seine Zweifel in der Regel, indem er sie verdrängt. Doch er kann sie nicht gänzlich eliminieren. Zweifel bleiben latent und können erneut als belastend wahrgenommen werden und dann das Arzt-Patienten-Verhältnis (erneut) belasten. Das durch die Skandalisierung erschütterte Vertrauen in der Arzt- und Patienten-Be-

ziehung macht es notwendig, dieses Verhältnis besser zu verstehen. Bislang beruhte das Erlernen dieser Beziehung auf dem Lernen an Vorbildern. So war man darauf angewiesen, entsprechende Vorbilder zu haben, und man konnte sich auf die Aussagen von Ärzten stützen, die in der Lage waren, Vertrauensverhältnisse zu ihren Patienten aufzubauen. Heute versuchen wir zum Beispiel im Modellstudien-gang Medizin an der Charité bereits im Studium Kommunikationsformen und ein Verhalten zu vermitteln, das neben der Kompetenz so wichtig ist für die Entwicklung eines Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient. Dazu gehören die Zuverlässigkeit, die persönliche Integrität, die Empathie und nicht zuletzt eine transparente Kommunikation.

Ich selber hatte das Glück, Vorbilder zu haben, und ich möchte eine Äußerung zitieren von Bernard Lown, der Kardiologe an der Harvard Medical School war. Er ist aber auch Träger des Friedensnobelpreises, weil er die Organisation »International Physicians for the Prevention of Nuclear War« gegründet hat. Er sagte, und das zitiere ich auch bei jeder Immatrikulationsfeier meiner Studierenden aus seinem Buch *Die verlorene Kunst des Heilens. Anstiftung zum Umdenken* (1996, Stuttgart <sup>2</sup>2004, S. 300), das jeder Studierende der Charité zur Immatrikulation überreicht bekommt: »Letzten Endes sucht man nach einem Arzt, bei dem es einem leicht fällt, seine Klagen zu schildern, ohne Angst zu haben, anschließend zahlreichen Prozeduren unterzogen zu werden. Man hält Ausschau nach einem Arzt, für den der Patient niemals nur eine statistische Größe ist, nach einem Arzt, der keine das Leben gefährdenden Maßnahmen empfiehlt, mit der Absicht ein qualvolles Leben zu verlängern. Nach jemandem, der weder die Risiken von harmlosen Erkrankungen übertreibt, noch sich von schweren Krankheiten irritieren lässt. Vor allen Dingen aber sucht man nach einem Anteilnehmenden menschlichen Wesen, das von der Sorge für seine Patienten geleitet ist und von einer Freude am Dienen, die in seinen Augen ein unvergleichliches Privileg ist.«



Auch die sich derzeit so sehr wandelnde Struktur unseres Gesundheitswesens wirft ein neues Licht auf die Arzt-Patienten-Beziehung. Die Bedenken der Patienten nehmen erheblich zu, dass das Arzt-Patienten-Verhältnis durch die zunehmende Ökonomisierung einerseits oder Fehlanreize andererseits belastet wird und die daraus entstehenden Interessenkonflikte bei der Festlegung der Diagnostik und Therapie einfließen. Wir laufen Gefahr, dass das Vertrauen in die Medizin und die Ärztinnen und Ärzte, das eine wichtige – wenn nicht die wichtigste – Grundlage für die »compliance« und die »adherence« ist, zunehmend geschwächt wird. Und dieser Vertrauensverlust hat in meinem Augen gar das Potenzial, dass die möglichen Erfolge der modernen Medizin konterkariert werden. Daher halte ich es für nachvollziehbar, dass Forschungsprojekte, die den Einfluss eines zu geringen Vertrauens auf den Therapie-Erfolg untersuchen, vielleicht nötiger sind als viele andere Studien, die zur Einführung marginal veränderter Standardsubstanzen durchgeführt und finanziert werden, von denen außer den ökonomischen keinerlei andere Effekte zu erwarten sind. Ziel der Forschung und Wissenschaft muss es daher sein, nicht nur das Wissen und die Erkenntnisse als Grundlagen von Vertrauen zu vermehren, sondern auch die Einflussgrößen für die Entstehung des notwendigen Vertrauens zu erfassen, zu analysieren und Maßnahmen zu etablieren, die es erlauben, trotz veränderter und sich weiter verändernder Rahmenbedingungen Vertrauen zu erhalten.

\* Überarbeitete Fassung des Vortrags »Vertrauen in der/die Medizin«, gehalten auf der Wissenschaftlichen Sitzung der Versammlung der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften am 30. November 2012 zum Thema: Vertrauen in die/der Wissenschaft?