

Gerd B. Achenbach

## Vom Vertrauen in ärztlicher Praxis

Vortrag im Rahmen des Schönlein-Symposiums  
am 19. November 2022 in Bamberg

---

Sehr verehrte Damen, verehrte Herren –

wenngleich der Philosoph eigentlich – das heißt traditionell – für das Nicht-Aktuelle, sagen wir: fürs Veralterungsresistente beziehungsweise für Probleme langer Laufzeit zuständig ist – und dies ist gut so –, berechnen besondere Umstände, die uns allen vertraut sind, von dieser Regel einmal abzuweichen und eine Ausnahme zu reklamieren.

Was diese „besonderen Umstände“ sind, muß ich auf einer Tagung, zu der Ärzte zusammengekommen sind, nicht umständlich erläutern: Gemeint sind also die zurückliegenden zwei, zweieinhalb Jahre der Besorgnisse, der nachrichtendienstlich unterhaltenen Ängste sowie der kollateral evozierten kollektiven Erregung und Verunsicherung, ebenso aber – und keineswegs weniger folgewirksam – die Jahre der gesundheitspolitisch anempfohlenen und regierungsamtlich verfügten Regelungen und Restriktionen, die als Abwehr- und Bewältigungsmaßnahmen zur Eindämmung beziehungsweise Überwindung des viralen Infektionsgeschehens ergriffen wurden.

Sofern es nicht noch zu früh sein sollte, schon jetzt von einem „Rückblick“ auf diese Zeit zu sprechen, möchte ich meinen Überlegungen zum „Vertrauen in der ärztlichen Praxis“ die folgende These voranstellen:

Die soeben in Erinnerung gerufene außerordentliche Zeit hat zu einer tiefgreifenden und höchstwahrscheinlich lange nachwirkenden, bisher aber noch wenig bedachten Korrosion des Vertrauens zwischen Patient und Arzt, ja den Menschen und den ärztlichen Einrichtungen überhaupt geführt – und nicht nur zu diesen Institutionen, sondern, wie wir gleich sehen werden, auch zu weiteren, die ehemals wesentlich zur Deckung des Vertrauensbedarfs beigetragen haben. Warum und inwiefern?

Nun – und jetzt mache ich von der eingangs erwähnten Neigung des Philosophen Gebrauch, mich zunächst einmal nach altüberlieferten Verhältnissen und vormodernen Zuständen umzusehen – nun also, die soeben vorgetragene These wird verständlich, sofern wir uns an einige eigentlich banale Selbstverständlichkeiten erinnern. Etwa an diese:

An wen wandte sich der kranke Mensch in seiner Not? Mit einiger

Gewißheit an seinen Arzt, ansonsten an den Priester, je nachdem, ob eher die weltlich-leibliche Nahperspektive oder die religiös-seelische Überbietungsaussicht überwog; traditionell allerdings waren beide Orientierungen durchaus miteinander kompatibel. Lebenspraktisch bedeutete das: Man rief – etwa im Seuchenfall – nach seinem Arzt, entzündete jedoch auch der Maria – oder einem sonst einschlägigen Nothelfer – eine Kerze oder besuchte sogar in besonders bedrängender Lage eine heilige, jedenfalls aber geweihte Stätte.

Was hingegen mußten wir jetzt erleben unter der Herrschaft der modernitätseigenen Idee, alles sei im Verhältnis zu den maximalisierbaren Sicherheitsbedürfnissen nachrangig und ihnen deshalb eben auch nachzuordnen?

Den Kranken, der seinen Arzt aufsuchte, empfing draußen schon, noch vor der Praxis, eine oftmals mit drei, bekräftigungsweise selbst mit vier Ausrufe-Zeichen unterstrichene Aufforderung – nicht selten in Alarmrot eingefärbten Lettern ausgedruckt –, die Praxis *nicht zu betreten*, falls er eines oder schlimmerenfalls mehrere der folgenden Symptome an sich bemerke – und dann wurde aufgezählt, Sie erinnern sich: Husten, Schnupfen, Reize im Nasen-Rachen-Raum, Fieber, Unwohlsein, Kopfschmerzen, Magen-, Darm- oder andere untypische Beschwerden usw. usf. Kurz und gut: Sofern Sie sich krank fühlen, bleiben Sie bitte draußen. Ihr Praxis-Team.

Und – dies nur zur Vervollständigung und Ergänzung –: Was fand der gottergeben Fromme vor, der sich in seiner Not an die alt-etablierte Trostspenderin und Hoffnungsausstatterin wandte, und zwar im tiefen – nämlich durch Rückschläge gar nicht irritierbaren – Vertrauen darauf, dort im Gnadensfalle himmelseitigen Beistand zu finden? Verschlossene Kirchentüren und die Absage heiliger Messen, begründet mit der Erklärung, solche Maßnahmen, für die man um Verständnis bitte, stünden im Dienst des Gesundheitsschutzes.

Meine sehr verehrten Damen und Herren: das ist der Fortschritt. Wenn es für ihn eines Symbols bedurfte, so war es der Ersatz des Weihwassers durch ein fluides Desinfektionsmittel, in das der Kirchenbesucher nach Wiedereröffnung der Sakralstätten seine Finger tupfen

durfte, um sich damit zu bekreuzigen.

Jetzt sollten wir allerdings den Mut aufbringen, diese Beobachtungen vertrauensbezüglich zu resümieren – wozu ich den folgenden Gedankengang vorschlage:

Dort, wo Sicherheit zur obersten Maxime arriviert, herrscht nicht Vertrauen, sondern herrscht Mißtrauen vor, bzw. – und nun habe ich eine Art *Zwischentheorem zum Vertrauen* einzuschalten ... – bzw. wir vertrauen eigentlich immer, auch ohne uns dessen bewußt zu sein, wir können gewissermaßen gar nicht anders, denn Vertrauen ist – mit einem vornehmen Begriff – ein „Existential“, also: Lebensbedingung; die Frage ist nur: *auf was* und *auf wen* wir vertrauen.

Was aber heißt das nun – ich kehre damit zum kurzfristig verlassenen Zusammenhang zurück –, was heißt das im Hinblick auf eine Moderne, in der Sicherheit zur obersten Maxime arriviert, wie ich sagte? Dort, so die These, herrsche nicht Vertrauen, sondern herrsche Mißtrauen vor, bzw. man vertraut nun nicht mehr auf den „guten Gang der Dinge“, sondern *man vertraut* statt dessen *auf* die ergriffenen *Maßnahmen*, die „den Gang der Dinge“ im intendierten Sinne ändern, korrigieren, manipulieren, beispielsweise im Sinne der Zieloption „Sicherheit“.

Ahnen Sie aber, in welchen fundamentalen Widerspruch wir uns damit verheddern, genauer: in welches Paradoxon wir uns so selbst hineinmanövrieren und uns außerdem mit immer wieder frisch mobilisierten Kräften, indem wir den selbst produzierten Dilemmata beizukommen suchen, weiter verstricken? Da wir dem „Gang der Dinge“ mißtrauen – oder sagen wir einmal statt dessen jetzt: der Natur –, vertrauen wir auf unser Vermögen der *Naturbeherrschung*, behaupten wir also von uns: „es besser zu machen“, „es besser zu können“; zugleich jedoch – jetzt die Paradoxie! –, zu gleicher Zeit geht uns auf – die modische Rede vom „Anthropozän“ steht dafür! –, daß es eben *unser* Tun und *unser* Einwirken ist, das längst schon zum Hauptschadensfaktor und Unheilanrichter wurde.

Ich bin versucht zu sagen: Der ein wenig komische, jedenfalls eigentümliche Stolz des modernen Mensch ist seither, an allen erwartungswidrigen Entwicklungen selbst schuld zu sein, der Hauptschuldige alle-

mal und Alleinverursacher, mithin der prädestinierte Angeklagte.

Das sieht dann bekanntlich so aus: Probleme, für die Aufmerksamkeit erwirtschaftet werden soll, erhalten zu diesem Zweck das Auszeichnungsetikett „anthropogen“ zuerkannt. Das wiederum heißt: Wir leiden zunehmend nicht mehr – wie einst der Urmensch – unter der Unbill einer ungebändigten Natur, wir leiden inzwischen mehr und mehr unter den Maßnahmen, die wir zu ihrer Beherrschung und Bändigung ergriffen haben, mit anderen Worten: *nicht* der natürliche Gang der Dinge, sondern die Unterwerfung der Naturveranstaltungen unter *unsere* Ambitionen ist es, was uns zunehmend Sorgen bereitet. Philosophisch akkurat ausgedrückt: Nicht die Natur, die *Dialektik der Naturbeherrschung* beunruhigt uns.

Unter diesem Eindruck aber passiert – vertrauenseinschlägig – was? Der Mensch beginnt, sich selbst zu mißtrauen, freilich ohne daß dies – den meisten jedenfalls – bereits bewußt geworden wäre. Wie anders sollen wir verstehen, daß allen voran die Engagierten und Aktiven – als Subjekte der Aktionen „Aktivisten“ geheiß – auf die Mobilisierung menschlicher Entschlossenheit, Handlungs- und Eingriffsbereitschaft setzen?

Erst wenigen hingegen dämmert, daß die Menschheit die Welt zwar mit hoher Tiefenwirksamkeit verändert hat, daß es aber vielmehr darauf ankommt, sie zu *verschonen*? Sie zu verschonen jedoch beginnt damit, daß wir sie *schonen*. Und solche Schonung wiederum beginnt damit, daß wir im Zweifelsfall zuerst einmal ihr, und damit dem „guten Gang der Dinge“ *vertrauen*, und erst in zweiter Linie – und einzig nur im Notfall! – uns selbst und unserem technischen Vermögen, es besser zu machen.

Es genügt wahrscheinlich ein kurzer Seitenblick auf ein gegenwärtig viele beschäftigendes Thema, um womöglich für den sich so ankündigenden *paradigmatischen* Wechsel der Perspektive zu werben: Ist es ein Naturversagen, wenn der Wald im Trockenstress verdorrt, seine Immunpotentiale einbüßt und darum schutzlos dem finalen Fraß des Borkenkäfers anheimfällt, oder ist dies die Folge einer prekären, primär ökonomisch abgezwekten *Waldwirtschaft* – um für den Moment da-

von zu schweigen, daß die Waldbewirtschafter maßgeblich durch die ordentliche *Forstwissenschaft* unterrichtet wurden?

Doch ich kehre – nach diesem kurzen Seitenblick, den ich vorsichtshalber gern unentschieden auf sich beruhen lasse – zurück in den Zusammenhang, der uns hier vor allem interessiert, also zum Verhältnis des Patienten zu seinem Arzt, und was vertrauensbezüglich dazu zu sagen ist. Hier standen wir soeben vor der Alternative, die dafür optiert, zunächst, soweit irgend möglich, dem „guten Gang der Dinge“ zu vertrauen, und erst oder nur im Notfall auf unsere technische, beispielsweise medizinische Kunstfertigkeit.

Ich möchte Ihnen diese alternative, gewissermaßen modernitätsskeptische Haltung an einem Beispiel erläutern, einem höchst persönlichen obendrein, dem sich außerdem der Vorzug gutschreiben läßt, eine Geschichte aus dem Verhältnis eines Patienten zu seinem Arzt zu sein, diesenfalls meiner Beziehung zu einem mir wert und teuer gewordenen, leider inzwischen verstorbenen Arzt. Entzückenderweise hieß er mit Nachnamen „Otto“ – so wie mein Jüngster als der Achte unter seinen Geschwistern Otto mit Vornamen heißt. Dr. med. Otto also war unser Kinderarzt. Mit ihm hatte ich folgendes Einvernehmen gefunden: Ich bat ihn, wenn ich mit einem Kleinchen bei ihm in der Praxis auftauchte, zunächst lediglich zu entscheiden, ob das Kind mit der Krankheit, an der es laborierte, selbst fertig werden könne – ja oder nein –, um nur dann, wenn ohne Eingriff von außen wirkliche Gefahr für Leib und Leben drohe, ein Mittel zu verordnen oder zu tun, was sonst nötig sei. Dieser phantastische Arzt ließ sich auf diese Verabredung ein, und alle Kinder sind gestärkt – denn sie und ihre Leibchen hatten „gelernt“ – aus ihren Krankheiten hervorgegangen.

Soviel als Zwischenillustration des hier gemeinten, gewissermaßen gestaffelten Vertrauensverhältnisses, das primär auf die „Intelligenz“ bzw. Selbstheilungskräfte der Natur, sekundär auf die unterscheidende Urteilskraft des Arztes und tertiär erst auf die zweifellos enormen Kenntnissgewinne der medizinische und pharmakologischen Wissenschaften setzt. Vertrauen aber, wie Sie bemerkt haben werden, ist in allen drei Phasen am Werk.

Um ein Schlagwort einzuschalten: Da reüssiert vernunftgeschuldete Demut zum zeitgemäßen Motiv für Vertrauen.

So. Und nun wäre ich aufgelegt, mir an dieser Stelle mit einer rhetorischen Verlegenheitsfloskel auszuhelfen, etwa mit der Wendung: „Soviel dazu.“

Doch ich gebe der Versuchung nicht nach, sondern möchte statt dessen lieber die eingangs vorgetragene aktualitätsbezügliche These, der zufolge im Zuge der Corona-Infektion, vor allem aber infolge der ihr geltenden Steuerungsbemühungen ein Schwund des Vertrauens zu beklagen sei, noch mit mindestens ein, zwei ergänzenden Zusätzen versehen, ehe ich dieses Thema guten Gewissens verlasse, um mich endlich, wie angekündigt, den weniger zeitanfälligen und darum philosophisch interessanteren Aspekten des Vertrauens in der ärztlichen Praxis zuzuwenden.

Mit einem ersten nachgelieferten Gedanken möchte ich Folgendes zu denken geben:

Vertrauen bildet sich nicht in Folge rationaler Erwägungen und stellt sich nicht als erhoffte Reaktion auf sauber werbende Argumente ein – im Gegenteil: wer lauthals um Vertrauen wirbt, erzeugt Mißtrauen –, ja, selbst noch so vernünftige Überlegungen erweisen sich sehr oft als ungeeignet, Vertrauen zu mobilisieren. Vielmehr entwickelt es sich – um mir mit einer Metapher auszuhelfen – gewissermaßen „subkutan“, jedenfalls unterläuft es nicht selten – sowohl in seiner Entwicklung als auch in seinem Schwund – die Bewußtseinsschwellen, weshalb die verursachenden Umstände – ob sie nun die Vertrauensbildung fördern oder vorhandenes Vertrauen zerstören – gewöhnlich unbemerkt bleiben. Das heißt: Vertrauen ist da oder ist nicht da, es bildet sich oder schwindet. Doch das heißt nicht, es werde auch verstanden oder es sei den Menschen bewußt, welchen Erfahrungen und Eindrücken sie das Vermögen zu vertrauen verdanken, bzw. welchen anderen Erfahrungen und Widerfahrnissen ihr Vertrauensverlust zuzuschreiben ist.

Warum erwähne ich dies? Weil beispielsweise die Erklärung, die erwähnten Zutrittsverbote zu den Arztpraxen für Corona-verdächtige Patienten seien nötig und folgerichtig gewesen, an der *Tatsache* der

plakatierten Aussperrung nichts ändern. Dieses *Faktum* aber dürfte es sein, das unbewußt präsent gebliebene Vertrauensannahmen – etwa der Art: „Wenn ich krank bin, ist der Arzt für mich da“ – demolierte.

Im selben Zusammenhang darf einmal daran erinnert werden, daß nicht zuletzt eine bedenklich hohe Zahl von Patienten eigentlich gebotene Vorsorge-Untersuchungen versäumten – nicht selten mit verhängnisvollen Folgen. Und dies, weil sie den Einrichtungen der Gesundheitsvorsorge als „Infektions-Hotspots“ mißtrauten, wie sie zu sagen gelernt hatten. Weil sie also fürchteten, dort krank zu werden, wo man dem Auftrag nach um ihre Gesundheit bemüht ist. Man mag nun solche Reaktionen „irrational“ nennen, nur ist damit nichts ausgerichtet, denn nochmals: Vertrauen ist nicht das Resultat rationaler Kalküle.

Und damit rasch noch zu einem zweiten, allerdings allenfalls blitzlichthaft kurz beleuchteten Nachgedanken, den ich gewissermaßen „freihändig“, mithin ohne jeglichen Bezug auf umfangreich dokumentierte Studien wage.

Er schließt an die bis jetzt im Hintergrund mitlaufende These an: Die Moderne habe von der klassischen Kontingenzbewältigung durch pauschale Vertrauensvorleistungen – etwa gemäß der bewährten Formel, es gehe alles in allem schon mit rechten Dingen zu, und Gott wisse, wozu dies alles gut sei ... – umgestellt auf Leidprävention und Sicherheit um jeden Preis; die dafür einschlägig gegenwartstypische Generalklausel lautete bekanntlich: Jeder Tote sei einer zuviel.

Nun aber gilt: Ein auf Sicherheit setzendes System wagt es nicht, „in Sicherheit zu wiegen“, was ja Vertrauen bedeutete, sondern sieht sich genötigt, selbst minimalste Sicherheitslücken aufzuspüren, um sie soweit möglich zu schließen – was freilich unter den betreuten Menschen Unsicherheit aufkommen läßt –, und sie warnt vor allen *auch nur denkbaren* Gefahren, was als Nebeneffekt in den soundso angstbereiten Menschen akute Ängste freisetzt – und damit jene seelische Verfassung befördert, von der wir vermuten, daß sie unsere innere Gefahrenabwehr, das Immunsystem nämlich, nachhaltig schwächt.

Wissen wir also, in welchem Ausmaß die Maßnahmen zur Existenzsicherung sich in Wahrheit kontrafaktisch existenzgefährdend ausgewirkt

haben mögen? Nein, wir wissen es nicht, weil solches Wissen kein Wissen ist, das sich mit Zahlen belegen bzw. als Zahlenwerk präsentieren ließe. Aber sehrwohl sind wir berechtigt zu vermuten, daß sich solche Zusammenhänge ausgewirkt haben, und zwar infolge der jetzt folgerichtigen Strategie, im Sinne praktisch tätigen Mißtrauens stets mit dem schlimmstmöglichen Ausgang der Dinge zu rechnen, anstatt vertrauensvoll anzunehmen, das Schicksal werde uns zwar treffen, aber nicht ruinieren.

Um diesem letzten Nachgedanken nun auch noch einen allerletzten hinterherzuschicken: Wir dürfen vermuten, daß nichts so sehr frei flotierende Angst und diffuse Befürchtungen bindet und „unschädlich macht“ wie aufgebrachtes, erst recht zur Haltung gewordenes Vertrauen. Dies als Wort zur schätzenswerten „Funktion“ des Vertrauens, die umfangreich und sogleich bahnbrechend Niklas Luhmann mit seiner kleinen Studien über Vertrauen als „Mechanismus der Reduktion sozialer Komplexität“ ausbuchstabiert hat.

Doch nunmehr wirklich: soviel dazu. Das heißt: Ich komme zu meinem zweiten, eigentlichen „Hauptteil“ meines Vortrags, der zeitlich nicht umfangreicher ausfallen wird als der erste, den Sie inzwischen hinter sich haben ...

Das Thema: Vom Vertrauen in der ärztlichen Praxis, also im Verhältnis von Arzt und Patient, Patient und Arzt, wobei die leitende Hinsicht die nach der Bedeutung des Vertrauens in dieser Beziehung sein soll.

Da haben wir den heute inflationären Begriff der „Beziehung“ – nota bene: nicht nur das Geld wird durch inflationäre Vermehrung entwertet, auch Begriffe verschleifen durch übermäßigen Gebrauch ... –, einerlei, also: „Beziehung“, der Begriff kommt mir recht, denn er geleitet uns zwanglos hinüber zu unserem Thema. Wie das?

Weil die Fraktionen, die sich für angehende Ärzte an einigen Universitäten um die „vertrauensbasierte Kommunikation“ zwischen dem Patienten und seinem Arzt kümmern, ihr Engagement heute gern unter dem Titel „Beziehungsmedizin“ annoncieren. Und in der Tat: Was diese Beziehung angeht, so entscheidet über deren „Qualität“ – das wäre das auszeichnende Wort, das der technische Verstand dafür zur

Verfügung hat –, so entscheidet über deren „heilende Wirkung“ – dies der Sprachgebrauch der *Beziehungstrainer* –. so entscheidet über deren „Güte“ – sage ich – nicht zuletzt, nein, sogar in erster Linie das Ausmaß, die Tiefe und Fraglosigkeit des verbindlichen, alle Beteiligten verbindenden Vertrauens.

Selbstverständlich werden wir die Bemühungen, junge Studierende der medizinischen Fächer durch dafür ausgebildete Trainer auf die – wie es heißt – besonderen „kommunikativen Anforderungen“ in der Praxis und am Klinikbett vorzubereiten, begrüßen.

Doch ... – was geschieht da? Man engagiert zu diesem Zweck Laienschauspieler, die als „Simulations-Patienten“ den angehenden Medizinern ihr Leid klagen – ein Leid, das sie freilich weder „haben“ noch empfinden, das ihnen vielmehr zu schauspielern beigebracht wurde –, und die Probanden, die üben sollen, mit diesen Klagen gesprächsfach professionell umzugehen, bemühen sich nun, beobachtet von den „Peers“ und „Supervisoren“, um das ordentliche Anamnesegespräch oder, falls erforderlich, um eine hilfreiche Patientenaufklärung.

Nochmals: Das klingt soweit recht schön und lobenswert. Doch es hat einen Haken – und was an diesem Haken hängenbleibt, ist das Vertrauen. Denn Vertrauen läßt sich nicht simulieren, Vertrauen geht am Schein zugrunde, Vertrauen setzt entschieden darauf, ja, hängt daran, daß wir *sind*, was wir *scheinen*. Und dort, in diesem so gut gemeinten Medizintheater? Während die simulierenden angeblichen Patienten bereits Laienschauspieler sind, werden die Studierenden unter der Hand durch diese Übung zu Laienschauspielern gemacht. Und schlimm: Die meisten werden es gar nicht bemerken ...

Die lernen, wie ihrem Gegenüber *der Eindruck* vermittelt wird – ich sollte schärfer formulieren: *der Anschein* –, sie seien an ihrem Gegenüber interessiert; sie lernen, auf ihre „Körpersprache“ zu achten; studieren Gesten ein, die Zugewandtheit und natürlich die obligatorische „Empathie“ ausdrücken sollen usw. usf. Doch „in Wahrheit“ – und an solchem „in Wahrheit“ hängt alles Vertrauen –, „in Wahrheit“ gilt: solch eingeübtes, antrainiertes Verhalten „drückt nichts aus“ – schon gar nicht, was der Fall ist –, sondern es „täuscht vor“.

Selbstverständlich lassen sich solche im Kern „technischen“ Dinge erlernen, so wie der Schauspieler lernt, Gefühle vorzuspielen. Doch „trauen“ wir einem gespielten, simulierten Gefühl?

Nochmals der Haken: Die Adepten lernen etwas vorzumachen. Sie lernen, dem Gegenüber den Eindruck zu vermitteln, sie *seien* an ihm interessiert.

Wie aber lernen sie, sich tatsächlich für diesen Menschen da, der vor ihnen sitzt, zu interessieren?

Und sehen Sie, *das* ist die Frage, um die es geht, auf die es ankommt, und das ist nun *keine technische* Frage mehr. Zugleich aber ist dies die Frage, zu der die Profis unter den Verständigungsfachleuten und Beziehungstrainern nichts beizutragen haben. Was sie bieten, ist im Vergleich dazu – und im Bild gesprochen – Kosmetik, aufpolierte Schale, gewissermaßen bloß das Outfit, von dem Samuel Beckett dachte wie vom „guten Stil“: der nehme sich aus wie die fein gebundene Krawatte überm Kehlkopfkrebs.

Die fein gebundene Krawatte über dem Kehlkopfkrebs ... – ein denkbar starkes Bild für den *Schein*, der betrügt. Dem aber trauen wir nicht, das unbestechliche Auge fällt nicht darauf herein. Und: wo es sich getäuscht sieht, beginnt es zu mißtrauen.

Doch zum Betrug, der in solchen Vorbereitungsübungen „System“ ist – um zwischendrein rasch einen Irrtum auszuschließen: nicht der Schauspieler auf der Bühne betrügt, der Arzt, der schauspielert, betrügt, indem er vorspielt, was nicht der Fall ist ... –, zurück: zum einstudierten Betrug kommt etwas anderes, nochmals Wichtigeres von Belang hinzu: Die „instrumentelle“ Rationalität, die da Regie führt, „bezweckt“ in Wahrheit gar kein wechselseitiges Vertrauen in der Patienten-Arzt-Beziehung, sie will vielmehr den Patienten stimulieren, dem Arzt zu vertrauen. Die Logik ist dieselbe, die in den Dienstleistungsbranchen der Wirtschaft herrscht, die nach Techniken fragt, mit denen sich das Vertrauen des umworbenen Konsumenten erwerben lasse.

Wenn in einem auf Seriosität bedachten Hamburger Wochenblatt unter der Rubrik „Wissen“ ein großformatig-mehrseitiger Artikel zu jenen Praktiken an einigen medizinischen Hochschulen unter der Über-

schrift „Die Heilkraft des Vertrauens“ zu lesen war,<sup>1</sup> dann ist da, wie selbstverständlich, nicht an die Heilkraft des Vertrauens gedacht, das der Arzt seinem Patienten entgegenbringt, sondern in nachgerade gedankenloser Einseitigkeit an die Zweckmäßigkeit, die, wie von zahlreichen Studien bestätigt, dem Vertrauen des Patienten zu seinem Arzt zukomme. Vertrauen aber – um noch einmal die Wendung „in Wahrheit“ zu bemühen –, Vertrauen entsteht in Wahrheit nur dort, wo dem Vertrauenden vertraut wird, und mancher findet zum Vertrauen erst, traut sich erst zu trauen, wenn er erfährt, der andere, dem er vertrauen möchte, vertraue ihm. Freilich muß solches vorgeleistet, das Vertrauensverhältnis erst ermöglichendes Vertrauen seinerseits vertrauenswürdig sein, also nicht vorgemacht, ungespielt, vielmehr glaubwürdig, wie es heißt, ehrlich, authentisch mit modischem, mit altfränkisch anmutendem Wort: aufrichtig.

Was dies freilich heißen sollte, heißen könnte: ein Arzt vertraue seinem Patienten – das eröffnete ein derart weites Feld, daß ich mich darin – zumal im Rahmen eines solchen Vortrags – notwendig verlaufen würde. Abgesehen davon, daß vorhin, im ersten Teil, immerhin andeutungsweise davon die Rede war, als ich die Einschätzung vorschlug, Vertrauen sei – gewissermaßen „gestaffelt“ – in mehrfacher Weise in der ärztlichen Praxis, wenn es gut geht, zuhause: Primär im Vertrauen auf die Genialität der Natur selbst, sekundär als Vertrauen auf die unterscheidende Urteilskraft des Arztes und tertiär schließlich als Vertrauen auf die Kenntniskünste und Wirkungsmacht der medizinischen und pharmakologischen Wissenschaften.

Doch schauen wir uns nach alledem das Verhältnis des Patienten zu seinem Arzt in der ärztlichen Praxis – vertrauensbezüglich – noch einmal an, und dies jetzt mit philosophischer Ruhe, soviel uns dies die verbleibende Restzeit vergönnt.

Der Arzt bietet „Sprechstunden“ an. „Sprechstunde“! Was für ein hübsches, zumal auskunftwilliges Wort. Der große, 33-bändige Grimm verzeichnet dazu:

---

1 DIE ZEIT Nr. 32 v. 3.8.2006.

*stunde, wo einer zu sprechen ist, besonders bei ärzten, anwälten u.s.w.* In korrektem Deutsch: Die Stunde, „in der einer zu sprechen ist“ ... „Jemanden sprechen“ – bemerken Sie die sonderbare Wendung, die ein genaueres, semantisch sensibilisiertes Ohr heraushört? Jemanden sprechen! – sollte das einschränkungslos dasselbe sein und meinen wie das geläufigere „mit jemandem sprechen“? Nein, keineswegs, sondern die Weisheit der Sprache – die allerdings die Weisheit erfordert, auf sie zu hören ... –, die Weisheit der Sprache weiß es besser, und zwar so: Wer auslobt, er sei zu sprechen und deshalb Sprechstunden anbietet, der erklärt, er sei *ansprechbar*.

Hören Sie nun auch noch hindurch, wie sich in diesem feinen Wort, der bekundeten *Ansprechbarkeit*, eine vornehme *Passivität* ankündigt – vorsichtiger formuliert fürs erste: *eine abwartende, zuwartende Haltung*, „Empfangsbereitschaft“ mit elegantem Wort, eine Verfassung der *Empfänglichkeit*? Ja, mit einem Anklang an gegenwärtige Präferenzen und eine liebgewordene Gesinnung darf ich sogar sagen: Da läßt sich eine im schönsten, altüberlieferten Sinne *weibliche Haltung* hören, da gibt sich *ein zarter, femininer Zug* zu erkennen, eine Wesensart, die gewinnt, indem sie *sich* gewinnen läßt, die einnimmt, indem *sie sich* hingibt.

Und wenn Sie ganz genau hinhören, dann entdecken Sie in dieser Wendung sogar noch einen anderen, weiteren Zug, der ehemals dem Weibe zugeordnet wurde, und dies entschieden anders als dem männlich Männlichen: Ich meine die Betonung des *Seins* im Gegensatz zum *Tun*. Ich *bin* zu sprechen, heißt es und: ich *bin* ansprechbar. Das ist eine Aussage *zu mir*, der ich *bin*, und nicht die Betonung dessen, was ich *tue*.

Gehen wir einen Schritt weiter: Wer zusagt, er sei zu sprechen, sagt im schlichten, zugleich allerdings höchst anspruchsvollsten Sinn: er sei für den, der ihn sprechen wolle, *da*. Doch was wiederum heißt das: für einen anderen *da* zu *sein*?

Gewiß zuerst einmal: Für seine Fragen bin ich da. Denn begibt sich wohl einer in die Sprechstunde eines andern, ohne seinerseits eine Frage, in der Regel sogar viele Fragen an den zu haben, den er zu sprechen

hofft? Und im Falle des Besuches beim Arzt nun, der in diesem Verhältnis oftmals zugleich der Vertraute – das heißt der ins Vertrauen Gezogene – ist, da gilt nicht selten: Der Besucher „hat“ nicht nur Fragen, wie man Handgreifliches zur Hand hat, sondern womöglich hat er bange Fragen „auf dem Herzen“. Das Herz aber ist oftmals ein verschlossenes, ein scheues Organ, das sich keineswegs jedem offenbart, schon gar nicht einem kalten Verstand und vor dem nüchtern-beobachtenden, nichts als sachlichen Blick sucht sich manches Herz schamhaft zu verbergen. Denn wie es hieß: Es spricht das Herz allein zum Herzen, was wir als Vertrauensformel auffassen dürfen.

Mit andern Worten: Wenn überhaupt erschließt sich das scheue Herz dort, wo es vertraut, wo es vertrauen *darf*. Und es darf vertrauen, wo das, was es „auf dem Herzen hat“, sich der andere „zu Herzen gehen läßt“, was nur die altfränkisch-poetische Variante der im Grunde schlichten Einsicht ist, wonach Empfindungen nicht „analysiert“, sondern mitempfunden werden wollen.

Mitempfunden, Mitgefühl, Einfühlungsvermögen – drei Begriffe von unüberhörbarer Familienähnlichkeit, denen darüber hinaus freilich noch die „Sympathie“ zuzugesellen wäre, diese Vier mithin bekunden ihre innerliche Nähe zum Vertrauen, ja, sie dürften zu ihren primären Ausdrucksformen gehören. Vertrauensvoll teilen wir Empfindungen mit, und der, dem wir sie anvertrauten, empfindet sie mit, sofern wir uns nicht getäuscht haben in ihm. – Das heute fast einhellig gepriesenen Kunstwort „Empathie“, diese unglückliche Übernahme aus dem Griechischen, ἐμπάθεια (empathia), das leider auf seinem Weg zum Neugriechischen die Bedeutung „Voreingenommenheit, Feindseligkeit, Gehässigkeit“ annahm ..., lasse ich hier aus Pietätsgründen beiseite.

Ich hatte gesagt, wer die Sprechstunde des Arztes aufsuche, habe nicht selten „etwas auf dem Herzen“, und das Erste dürfte in aller Regel sein, daß er ihm mitteilen möchte, was ihn überhaupt bewog, den Arzt aufzusuchen.

Einmal ganz abgesehen davon, daß viele gar nicht dazu kommen, auch nur „ein Sterbenswörtchen“ von ihrer innersten Not loszuwerden, weil sie sich im „Sprechzimmer“ ihrerseits in aller Regel sogleich einer

routinierten Befragung ausgesetzt sehen, die nur noch abgefragte Antworten zuläßt, also selbst von diesem alltäglichen Elend in den ärztlichen Konsultationszimmern einmal abgesehen, dürfte die keineswegs geringste Schwierigkeit für manchen Patienten die bange Hoffnung sein, überhaupt sagen zu können, woran er leidet, was ihm Sorgen bereitet, vielleicht was ihn bedrückt, womöglich was ihm fehlt. Doch damit mag es sich verhalten, wie immer es will – eines ist in allen diesen Fällen das eine, das wohl immer im Spiele ist und diesem Spiel seinen Ernst verleiht: Der Patient wird sich erhoffen, bei dem, den er zu sprechen sucht, Verständnis für seine Lage oder Verfassung zu finden ... – und das heißt für ihn: zuerst einmal die Worte dafür zu finden, den wirklich sprechenden Ausdruck, der dem Arzt vermittelt, wie es um ihn steht. Es ist ja noch nicht viel damit getan, daß ein Mensch von seinem Elend berichten, im anspruchsvolleren Sinn „erzählen“ will, er muß dies auch vermögen. Der berühmte Schluß des Goetheschen „Tasso“ findet dafür die poetische Form:

Die Träne hat uns die Natur verliehen,  
Den Schrei des Schmerzens, wenn der Mann zuletzt  
Es nicht mehr trägt - Und mir [dem Dichter] noch über alles -  
Sie ließ im Schmerz mir Melodie und Rede,  
Die tiefste Fülle meiner Not zu klagen:  
Und wenn der Mensch in seiner Qual verstummt,  
Gab mir ein Gott zu sagen, wie ich leide.

Ja, sehen Sie, einem Tasso dürften Sie nicht allzu oft begegnen in Ihrer Praxis. Wohl aber Menschen, die über dessen dichterisches Vermögen gerade *nicht* verfügen, weshalb sie auf die Hoffnung angewiesen sind, der, den sie aufsuchen, um ihn zu sprechen, werde ihnen zu Wort verhelfen – äußerstenfalls: er werde sie selbst dann verstehen, wenn sie nur zu stammeln vermochten und zuletzt „in ihrer Qual verstummten“. Wer jedoch erlebt, daß ihm vertraut wird, empfindet sich selbst dann verstanden, wenn er sich nicht verständlich zu machen verstand. Und nochmals darf ich sagen: soviel dazu.

Doch nun lassen Sie mich zum Abschluß ein letztes Mal auf das Verhältnis von Patient und Arzt eingehen. Ich sage, wohl bemerkt: „Patient

und Arzt", nicht: „Arzt und Patient". Auf die Reihenfolge kommt es an, denn es ist der Patient, der den Arzt aufsucht, um ihn zu sprechen, und nicht umgekehrt der Arzt den Patienten.

Das zu betonen ist alles andere als überflüssig, denn wohin Sie in der einschlägigen Literatur zum Thema schauen, Sie treffen durchwegs das Schema an: „Der Arzt und sein Patient". Umgekehrt aber wäre es richtig, also vom Patienten und „seinem Arzt" zu sprechen. Warum? Weil der Arzt für den Patienten da ist, der Patient hingegen nicht für den Arzt – sofern wir einmal den ökonomischen Aspekt beiseite lassen, denn einzig unter dieser sekundären Perspektive ließe sich sagen, auch der Patient sei für den Arzt da.

Belassen wir es also unter Verwendung des besitzanzeigenden Fürworts bei der Wendung, „Der Patient und *sein* Arzt" und fragen wir zum Schluß nach den Interessen, die hier den Ausschlag geben, denn davon muß die Rede sein, wenn wir auf die Bedeutung des Vertrauens in der Beziehung des Patienten zu seinem Arzt zu sprechen kommen möchten. Hier gilt: Das leitende, vorrangige, so berechnete wie berechnende Interesse in dieser Beziehung ist einzig das Interesse des Patienten, und zwar dies so prinzipiell, daß der Patient erwarten darf, *sein* Interesse sei zugleich das seines Arztes, der Arzt also werde ganz und gar und ohne Abstrich nicht im Sinn eigener Interessen handeln und entscheiden, sondern einzig im alleinigen Interesse des Patienten, der ihm als „seinem" Arzt vertraut. Ja, denn dies ist im genauen Sinn *die Basis des Vertrauens*, das die Grundlage einer guten Patienten-Arzt-Beziehung ist. Und das Vertrauen ist in der Tat *so sehr* die Grundlage in diesem Verhältnis, daß sich nun schlußfolgernd sagen läßt: Es ist erst dieses unwankende Denken und Handeln des Arztes im Interesse seines Patienten, das schließlich auch – doch erst in zweiter Hand – im Interesse des Arztes ist.

Seinen letzten nachgerade *dramatischen* Sinn erhält diese fundamental-ethische Bestimmung durch den Umstand, daß es der Beruf des Arztes ist – seit der des Henkers außer Mode geriet –, der sich derart intim und grundsätzlich zugleich mit Fragen von Leben und Tod verbindet. Wie aber steht es damit?

Was dieses Letzte betrifft, das Finale, die Sterblichkeit, den Tod, der einer tiefen Einsicht des Philosophen Paul Ludwig Landsberg nach „seine intime Dialektik" hat, indem „er für uns *anwesend ist in Abwesenheit*"<sup>2</sup> – mit andern Worten: Er ist anwesend auch dort, wo er noch nicht herein- und auftrat ... –, könnte es wohl sein, der Arzt, sofern er ein guter Arzt wäre,<sup>3</sup> bedürfe auch noch und letztes Endes des Vertrauens darauf, daß es nicht nur in der Welt, im Leben im großen und ganzen und mit uns Menschen alles in allem bedacht seine Richtigkeit habe –, sondern auch noch und darüber hinaus hätte er seinerseits den Tod als sinnvoll anzuerkennen? Und zuvor schon das Leiden – in manchen Fällen womöglich die Krankheit selbst ...?

Wie sollte denn der Arzt in seinem Umgang mit seinen Patienten zu dem erforderlichen Selbstbewußtsein kommen – das einem abgründig klugen Wort des Herzogs de La Rochefoucauld nach „die Quelle des Vertrauens zu andern" ist<sup>4</sup> –, wäre er als Arzt mit dem Faktum, daß wir Sterbliche sind, unversöhnt, bliebe für ihn mithin der Tod der „absolute Feind"? Ist es doch immer und ausnahmslos der Tod, der das letzte Wort behält, jedenfalls über uns, sofern wir *Weltkinder* sind.

Was es aber heißen möchte – wie die Unseren einst dachten –, daß wir nicht nur Kinder dieser Erde sondern ebenso *Himmelskinder* seien, steht auf einem anderen Blatt, und nicht hier auf den von mir mitgebrachten Blättern, weshalb ich davon auch schweige.

Nicht allerdings, ohne mich zuvor bei Ihnen für die von Ihnen aufgebrachte Geduld bedankt zu haben, was hiermit geschehen sei.

---

2 Landsberg, P.L. (1973) 14.

3 Vgl. dazu Dörner, K. (2001), eine Arbeit, der ich mich in vieler Hinsicht verbunden weiß.

4 In: Schalk, F. (1962) 102.

#### Literatur:

- Achenbach, Gerd (2011): Aussichten auf ein Ende des kalten Krieges im Reich der Medizin, In: P. F. Matthiessen (Hg.): Patientenorientierung und Professionalität, Bad Homburg: Südost Verlag.
- Achenbach, Gerd (2015): Der Patient und sein Arzt. Unprofessionelle Bemerkungen zu einer im besten Fall mehr als bloß „professionellen“ Beziehung, In: Ärztekammer Nordrhein: Kommunikation. 117. Deutscher Ärztetag 2014, Düsseldorf.
- Achenbach, Gerd (2014): Über Vertrauen, In: Drs., Vom Richtigen im Falschen, Köln: Dinter.
- Dörner, Klaus (2001): Der gute Arzt. Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung, Stuttgart: Schattauer.
- Frevert, Ute (Hg.): Vertrauen. Historische Annäherungen (2003) Göttingen: Vandenhoeck&Ruprecht.
- Hartmann, Martin / Offe, Claus (2001): Vertrauen. Die Grundlage des sozialen Zusammenhalts, Frankfurt/Main: Campus Verlag.
- Landsberg, Paul Ludwig (1973): Die Erfahrung des Todes, Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- La Rochefoucauld (1973): Reflexionen oder moralische Sentenzen und Maximen. In: F. Schalk (Hg.): Die französischen Moralisten, München: dtv.
- Luhmann, Niklas (1973): Vertrauen. Ein Mechanismus der Reduktion sozialer Komplexität, Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.
- Schweer, Martin (Hg.): Interpersonales Vertrauen. Theorien und empirische Befunde (1997), Opladen/Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.

© Dr. Gerd B. Achenbach, Philosophische Praxis  
Albert-Dimmers-Straße 49, 51469 Bergisch Gladbach, Telefon 02202 59646  
[post@gerd-achenbach.de](mailto:post@gerd-achenbach.de), [www.achenbach-pp.de](http://www.achenbach-pp.de)