

2 Die Sorge um die Patienten: Grundlage der Personalarbeit im Krankenhaus

Hagen Kühn

2.1 Einführung

Wie die personalwirtschaftlichen Tätigkeiten und Funktionen eines Krankenhauses konkret ausgestaltet werden, wird letztlich davon abhängen, auf welche Ziele hin es ausgerichtet ist, unter welchen wirtschaftlichen, rechtlichen, ethischen, personellen (u. a. berufsgruppenspezifischen) oder kulturellen Bedingungen und mit welchen Limitationen diese Ziele angestrebt werden. Die folgenden Ausführungen gehen davon aus, dass die gesellschaftlichen Erwartungen an die Institution Krankenhaus über das hinausgehen, was von einem formal-rational im kapitalwirtschaftlichen Sinne handelnden Versorgungsunternehmen erwartet werden kann. Im Zentrum steht die Sorgebeziehung, die von den realen und potenziellen Patienten im Krankenhaus gesucht wird. Dieser entspricht die rechtlich

normierte Besonderheit, dass das Management in seiner Einflussnahme auf die direkten inhaltlichen Entscheidungen im Rahmen der medizinischen Behandlung eingeschränkt ist. Insbesondere das Arztrecht schreibt vor, „dass grundsätzlich die Freiheit ärztlichen Tuns gewährleistet sein muss, unabhängig davon, in welcher Form der Beruf ausgeübt wird“, abgesehen „vom allgemeinen Direktionsrecht des Arbeitgebers“ (Laufs et al., S. 33). Im Hinblick auf die damit verbundene soziale Verantwortlichkeit des Managements steht hier die Ermöglichung im Vordergrund. Es gilt, mit sachlichen und personellen Ressourcen, Organisation und nicht zuletzt der betrieblichen Kultur Voraussetzungen zu schaffen, unter denen professionelle Helfer mit den Patienten und ihren Angehörigen Sorgebeziehungen eingehen können.

2.2 Kranksein und Sorgesituation¹

Die normativen Erwartungen der Gesellschaft an die medizinische Institution Krankenhaus sind Erwartungen potentieller Patienten. Sie entspringen dem Lebenssachverhalt des Krankseins. Kranksein ist in seiner Freiheit gehemmtes Leben. Die Situation des Krankseins ist in vielen Fällen eine so immense Unfreiheit, ein solches Gefangensein, dass die generalisierte Unterstellung, in der Beziehung zwischen Patienten und Krankenhaus stünden sich freie und gleiche Vertragspartner gegenüber, der Lebenswirklichkeit nicht entspricht. Das ist zwar im empirischen Einzelfall durchaus möglich, aber nicht die Regel. Krankenhauspatienten sind überwiegend durch Krankheit oder Behinderung eingeschränkt, haben weder das Wissen, das für spezifische medizinische Dienstleistungen erforderlich ist, noch verfügen sie über Kenntnisse und Fähigkeiten, festzulegen, welche Maßnahmen notwendig und angemessen sind. Als ‚Laien‘, vor allem aber als Kranke sind sie nur unzureichend in der Lage, die arbeitsteilige Komplexität des Gesundheitssystems selbst zu überschauen und zu koordinieren, um sicher zu stellen, dass die benötigten Leistungen zum richtigen Zeitpunkt erbracht werden. Sie sind in ihrer Beziehung zu medizinischen Institutionen Hilfesuchende.

In der Situation des Krankseins sind die Menschen teilweise oder gänzlich handlungsunfähig und können sich selbst nicht hinreichend helfen. In vielen Fällen können sie ihre Bedürfnisse nur unzureichend oder nicht äußern und spezifizieren. Man spricht von der ‚Sorgesituation‘.

1 Der Text enthält einige Vereinfachungen. Er stellt die unmittelbar patientenbezogenen Berufsgruppen ins Zentrum und hier wiederum die Ärzte. Die organisierenden, administrativen und technischen Tätigkeiten können der Kürze halber nur „mitgedacht“ werden. Ihre Bedeutung und die der Pflegekräfte ist im arbeitsteiligen Gebilde Krankenhaus keinesfalls geringer zu schätzen, jedoch am ärztlichen Handeln lassen sich die zentralen Probleme der sozialen Verantwortung am deutlichsten zeigen. Soziale Verantwortung tragen nicht allein die Ärzte, sondern die gesamte Institution.

Daher organisieren moderne und hoch arbeitsteilige Gesellschaften angemessene Sorgebeziehungen, die es den Hilfsbedürftigen ermöglicht, Personen zu finden, die ihre existenziellen Bedürfnisse ‚treuhänderisch‘ zum Ausgangspunkt ihres Handelns machen. Solche Beziehungen sind unvermeidbar asymmetrisch – sowohl im Hinblick auf die Handlungsfähigkeit als auch auf die Verfügung über die zur Sorgetätigkeit erforderlichen Ressourcen.

In den Expertendiskursen wird die *asymmetrische Beziehung* überwiegend auf Wissens- bzw. Informationsdefizite der Patienten zurückgeführt. Dem liegt die Vorstellung zugrunde, Aufklärung, Qualitätsinformationen, das neue Medium Internet usw. könnten Patienten zu gleichgewichtigen Partnern machen. Daher könne die medizinische Versorgung einem sich selbst regulierenden Markt überantwortet werden. Die asymmetrische Beziehung sei heute überwindbar, da sich alle für Patienten relevanten Informationen technisch bereitstellen und individuell abrufen ließen (Robinson 2001, S. 1045-1053). Sorgende Verantwortung für die Person des Käufers, die über die Geschäftsbeziehung hinausgeht, ist aber weder in der Theorie noch in der Praxis des Marktverhaltens vorgesehen.

Die Verschiedenheit der Situation von Ärzten und Patienten im Krankenhaus könnte kaum durch einen einzelnen Satz treffender ausgedrückt werden als diesem:

„Was dem einen seine Arbeitsroutine ist, ist für den anderen der größte Schicksalsschlag“ (Hughes, S. 88).

Während für den Kranken die existenzielle Bedrohung eine außeralltägliche Krise bedeutet, stehen für die beruflich sozialisierten Ärzte selbst im Umgang mit schwerster Krankheit und Sterben bewährte Routinen bereit. „Das Schicksal eines einzelnen Menschen – wenn gleich es sich im Einzelfall durchaus auch mal ins Gedächtnis einbrennen kann – ver-

schwimmt in der Regel in einem Meer von Fällen. Allein schon deshalb, weil ständig neue Patienten auf Behandlung warten, wird kaum Zeit bleiben, mehr als nötig am konkreten Fall zu kleben“ (Vogd, S. 141).

Chambliss (S. 16) schlägt vor, das Krankenhaus als einen Ort anzusehen, an dem gestorben werde, ohne dass jemand davon Notiz nehme oder, noch schärfer ausgedrückt, dass hier der Tod nur insoweit als soziale Tatsache wahrgenommen werde, als es der jeweiligen Arbeitsaufgabe entspreche. Nur das Militär im Kriegsfall teile dieses Merkmal. Jede Betrachtung der Krankenhausarbeit müsse sich dieses Merkmal vergegenwärtigen, denn sich selbst an den Umgang mit Schmerz und Tod (anderer Menschen) zu gewöhnen, sei für die im Krankenhaus ärztlich und pflegerisch Tätigen ein herausragendes Kennzeichen ihrer Arbeit. Mehr noch: indem den Körpern der Patienten Gewalt angetan werde, sie verletzt werden und diese Verletzungen gänzlich Bestandteil von Routine seien, werde die außerhalb des Krankenhauses gewohnte Alltagsmoral außer Kraft gesetzt. Der Augenschein einer Intensivstation, wie ihn Besucher wahrnehmen, ängstigt und bedrückt. Ständige künstliche Beleuchtung, permanente Betriebsamkeit, häufige Notfälle und die immer präsente Anwesenheit des Todes belasten selbst die phlegmatischsten Patienten. Einige sind so krank, dass sie ihre Umgebung kaum wahrnehmen, für andere ist sie ein Albtraum. In den normalen Stationen geht es weniger dramatisch zu, es sterben hier weniger Menschen und die Patienten sind weniger krank. Aber auch hier können ein Drittel der Patienten krebskrank sein oder andere schwere Krankheiten haben, auch wenn sie daran nicht unmittelbar sterben.

Wer dem Kranksein im Gesundheitswesen gerecht werden will, muss also über das Informiertsein hinaus berücksichtigen, dass *Krankheit ein zutiefst emotionales Ereignis* ist. Was die Kranken emotional bewältigen müssen:

- Schmerzen, das Risiko dauerhafter Behinderungen oder chronischer Krankheit und Tod,
 - Selbstbeobachtung, alarmierende Symptome, Angst,
 - Bedrohung des Selbstwertgefühls z. B. bei chronisch Kranken,
 - Erlebnis der Stigmatisierung, sozialen Ausgrenzung z. B. bei Infektionskrankheiten und ‚hässlichen Entstellungen‘,
 - tatsächlicher oder drohender sozialer Abstieg oder gar Marginalisierung,
 - Sorge um berufliche oder familiäre Entwicklungen, die man nicht beeinflussen kann.
- Dies zusammengenommen kann Patienten in eine Situation bringen, in denen sie kritiklos nach einem Strohalm suchen, „nach einem Halt um fast jeden Preis“. Sie werden damit extrem suggestibel „für fast beliebige Angebote des Arztes, die der Gekränkte anzunehmen neigt, auch wenn sie gar nicht mit seinem Inneren übereinstimmen, sofern der Arzt dischamlos – ausnutzt“ (Dörner, S. 73).
- Die aus dem Kranksein heraus bestehende Abhängigkeit und Schutzbedürftigkeit bringt den Philosophen Lévinas dazu vorzuschlagen, die *Medizin möge den ganz ursprünglichen „Schrei des Leidenden“ nach Hilfe erwidern*. Dieser komme vom kranken Menschen und seinem subjektivem Kranksein, das in den biomedizinisch definierten Krankheitssymptomen nicht aufgehe. Natürlich kann selbst in einer idealen empathischen Beziehung der Hilfeschrei immer nur unvollständig und selektiv aufgenommen werden. Das Bild vom Schrei des Leidenden kann jedoch etwas über die Angemessenheit der medizinischen Antwort vermitteln. Sind die Institutionen überhaupt darauf angelegt, ihn noch vernehmbar zu machen oder muss er verhallen und ersticken?
- Das Bild vom Kunden kolportiert die entgegen gerichtete normative Orientierung:

- Wie bewerte ich seine Begehren?
- Welche bringen etwas ein und bei welchen droht ein Verlust?

Unter den Bedingungen von Budgets und Pauschalen beispielsweise werden Kranke mit überdurchschnittlichem Versorgungsaufwand zum finanziellen Risiko. Das macht Ärzte empfänglich für die Stereotype von einer unbegrenzt begehrliehen Menschennatur, zumal, wenn sie im ethischen Gewand daherkommt². Der ‚Schrei‘ des Leidenden verwandelt sich für sie in diesem Bezugsrahmen in einen Ausdruck bedrohlicher Begehrliehkeiten, die es abzuwehren gilt.

Innerhalb der Besonderheiten des Krankseins ist die *Situation des chronisch Kranken* hervorzuheben, als eines Menschen, „dem der bisher stets verlässliche Boden unter den Füßen weggezogen ist, der nicht mehr erwarten darf, dass er nach seiner Erkrankung wieder der alte, derselbe sein wird, dessen bisherige Identität daher nichts mehr gilt, für den der moderne Krankheitsmythos der Heilbarkeit ungütig geworden ist, dass alles wieder gut wird, dass Leidensfreiheit normal und erreichbar ist, dass man nichts endlos ertragen muss. Der Körper, bisher unmerklich funktionierendes Medium für das selbstvergessene Weggegebenheit an die Beziehungen zur Welt, zu den anderen Menschen und zu mir selbst, ist zum nicht nur vorübergehenden, sondern dauerhaften Feind geworden, der all dies be- oder verhindert, der mein Bewusstseinsfeld penetrant besetzt und mich mit meiner Verletzbarkeit, Endlichkeit, mit Siechtum und mit meinem Tod konfrontiert“ (Dörner, S. 105).

Das Leben mit chronischen Schmerzen ist für die Kranken oft entmutigend und deprimierend. Dauerhafter Schmerz hat die Eigenschaft, gerade die Dinge zu überlagern, die das Leben lebenswert machen. Wie Kleinman und Seeman (Kleinman; Seeman, S. 230–243) ermittelten, leiden Patienten mit chronischen Schmerzen nicht selten unter der Furcht, den

ärztlichen Verdacht zu erregen, ihr Leiden sei unaufrichtig und simuliert. Die Bedingungen prospektiver Finanzierung stellen für solcherlei Verdächtigungen einen fruchtbaren Nährboden dar, gilt es doch, ‚ausufernden Begehrliehkeiten‘ Grenzen zu setzen. Das Leid der Patienten wird hingegen durch den Simulationsverdacht noch größer.

Nicht nur Selbstachtung, Selbstbestimmung und die Kontrolle über die Zukunftsentwürfe sind für den chronisch Kranken fraglich geworden. Betrachtet sich das kranke Individuum mit den Augen der Gesellschaft, so sieht es sich als dauerhaft nutzlos und überflüssig geworden, einem Prozess der Demoralisierung unterworfen. Es fragt sich dann, ob es für die Hilfen, die ihm jetzt noch angeboten werden, nicht zu teuer geworden ist, „ob ich angesichts der gesellschaftlichen Idealisierung der Unabhängigkeit überhaupt abhängig, pflegebedürftig sein darf“ (Dörner, S. 105). Hinzu kommt die Position des Hilfesuchenden als solche. Selbst bei Routinebesuchen sind die Patienten verletzlich und am schwächeren Ende. Sie müssen ihre Körper entblößen, von intimsten Dingen körperlicher oder anderer Art sprechen, erleben ihre Unfähigkeit dazu, da sie möglicherweise zu alt, verängstigt oder uninformiert sind, sich aufgrund ihres sozialen Status zurücksetzen oder zurückgesetzt fühlen.

Man muss nicht einer repressiven oder gar ausbeuterischen Beziehung das Wort zu reden, wenn man ein gewisses Maß an *Asymmetrie in der Arzt-Patient-Beziehung* als unvermeidbar und sogar notwendig ansieht. Die aus der Situation des Krankseins resultierende Schutzbedürftigkeit schließt auch ein Recht auf Ignoranz und Selbstbezogenheit des Patienten gegenüber den Interessen und Nöten der medizinischen Institution ein.

Warum beispielsweise sollte sich die betagte Patientin, die mit einem Oberschenkelhalsbruch in ein Krankenhaus eingewiesen wird, für dessen finanzielle Lage und Anreize interessieren? Aus ihrer Sicht ist es völlig gleichgültig, welcher Art und Höhe die Fallpauschalen

2 Exemplarisch für das z. T. verheerende wissenschaftliche und argumentationslogische Niveau und die mit allerlei Lesefrüchten garnierten sozialen Vorurteile, die sich ein Ethiker leisten kann, wenn er mit dem Strom schwimmt, ist die Abhandlung des Philosophen Otfried Höffe.

sind. Natürlich wirken sich diese auf das Krankenhaus und nicht zuletzt auch auf ihre Situation aus. Aber die Patientin hat andere Probleme. Ihr gehen Fragen durch den Kopf: Wird sie, die schon ein hohes Lebensalter erreicht hat, den Krankenhausaufenthalt überleben? Wird sie sich wieder selbständig bewegen können in ihrer häuslichen Umwelt? Wird sie ihre Wohnung behalten können? Wird sie, was sie schon seit langem befürchtet, zu einem Pflegefall? Das hängt nicht zuletzt von der Qualität der Operation, der Reaktivierung, Aufklärung, Pflege, Anschlussbehandlung ab. Die durchschnittliche Verweildauer des Krankenhauses oder ihrer Fallgruppe wäre ihr, würde sie sie kennen, gänzlich gleichgültig. Und sie hat ein Recht auf diese Gleichgültigkeit. Sie fragt die Krankenschwester und – falls sich die Gelegenheit ergibt – die Assistenzärztin oder den Oberarzt, wie lange sie im Krankenhaus bleiben muss oder kann und ob dies so entschieden wird, wie es ihrer individuellen Situation entspricht. Ihre Tochter und ihr Sohn leben mit ihren Familien in anderen Städten, wer versorgt sie nach der Entlassung? Wird sie bei positivem Ausgang für eine Übergangszeit fremde Hilfe benötigen? Kann sie darauf vertrauen, dass in der Institution jemand sich dafür verantwortlich zeigt? Was muss sie dazu wissen und tun? Wird sie mit ihren Sorgen und Nöten allein gelassen, kann das auch ihren gesundheitlichen Status in Mitleidenschaft ziehen, die Wiederherstellung verzögern, wenn nicht verhindern?

Gegenüber den Interessen und Sorgen der Patientin bleiben selbst die gewiss nicht geringen iatrogenen Risiken von Infektion oder Medikamentenirrtum im Hintergrund. Sie vertraut sich der Institution an und die Institution muss das Vertrauen rechtfertigen. Für sie relativiert sich alles daran: Wird sie sich während ihres Aufenthaltes den Umständen entsprechend gut aufgehoben fühlen können? Können Pflegepersonen und Ärzte ihr Sicherheit und Geborgenheit vermitteln und sie ermuntern bei den kleinen Schritten der Reaktivierung? Oder wird sie spüren, dass sie – oft im wahren Sinne des Wortes – herum geschoben wird, dass Röntgen- und OP-Termine angesetzt, widerrufen und wieder angesetzt werden ohne Erklärung, dass sie von verschiedenen Helfern unterschiedliche Antworten auf ihre Fragen erhält? Wird sie sich fragen: „Warum werde ich fast täglich mit neuen Gesichtern konfrontiert? An

wen kann ich mich wenden“? Der junge Arzt, dem sie gestern bei der Aufnahme gesagt hat, welches Medikament sie regelmäßig braucht, hat ihr versprochen, dafür zu sorgen. Aber heute ist ein anderer da, der davon nichts weiß, und keiner bringt ihr das Medikament. Ob er das nicht weitergegeben hat? In der Nacht schläft sie schlecht, weil eine ihrer Bettenachbarninnen unruhig ist und mehrmals Hilfe ruft. Tagsüber ist so viel Betrieb im Dreibettzimmer durch die Besucher. Da kommt sie aus dem sorgenvollen Grübeln nicht heraus. Doch die Gegenstände dieser Suche nach Antworten sind sicher nicht das Finanzierungssystem, die ‚richtige‘ Kodierung ihrer Diagnose oder die Wettbewerbssituation des Krankenhauses. Die enorme Energie, die darauf verwendet wird, würde – falls sie davon erführe – ungläubiges Kopfschütteln hervorrufen.

Ein besonders herauszuhebendes Element des *Umgangs der Kranken mit der Krankheit (coping)* ist die Selbstregulierung von Gefühlen, wie Ängsten, Hoffnungen, Depressionen, die dem Patienten oft große Anstrengungen abfordert. Sie müssen nämlich ihre Lebenssituation angesichts der Krankheit neu bewerten und zugleich auch den Gedanken an die schlimmsten Folgen zeitweise und partiell ‚verdrängen‘ können, um kurzfristig handlungsfähig zu bleiben. Sie müssen sich wichtige (medizinische, berufliche, wirtschaftliche etc.) Informationen beschaffen und trotz ihrer Krisensituationen in der Lage sein, Kontakte zu Freunden und anderen potentiellen Helfern aufzunehmen, überhaupt im unfreien Zustand der Krankheit zu sozialem Handeln fähig sein. Sie müssen sich mit dem eigenen Tod und dem Sterben auseinandersetzen können. Kranke dürfen und müssen einen spezifisch verengten Horizont haben. Kurzum: alles was physisch, emotional und sozial das Kranksein ausmacht, unterscheidet die Patienten – und seien sie noch so informiert – von Partnern oder Kunden. Kranke haben andere Probleme, als die ‚Kosten‘, die sie im Krankenhaus oder der Arztpraxis ‚verursachen‘.

2.3 Umriss der sozialen Verantwortung

Die Verantwortung des Krankenhauses und der darin Handelnden erwächst aus dieser Besonderheit einer treuhänderischen Sorgebeziehung. Bis in die 90er Jahre gab es in Deutschland wie in anderen westlichen Industrieländern weitgehende Übereinstimmung über die ethische Antwort auf die Situation des Kranken. Damit ist nicht gesagt, die Praxis in der medizinischen Versorgung sei durchgehend davon geprägt gewesen, aber die entsprechenden Regeln waren immerhin so weit internalisiert, dass sie selbst im Regelverstoß noch akzeptiert wurden, indem man diesen im Dunkeln ließ, leugnete oder als Nicht-Verstoß zu interpretieren versuchte. Die zu Imperativen geronnenen Erwartungen können je nach ethischer Orientierung die unterschiedlichsten Formen annehmen. Jonas drückt sie in der *Tradition der modernen hippokratischen Ethik* aus. Hiernach sollen die Ärzte:

- das Wohlergehen des Patienten im Konfliktfall über die eigenen Interessen (die akzeptiert werden) stellen,
- uneingeschränkt loyal gegenüber dem Patienten sein,
- allein im Interesse des Patienten handeln und
- das Arztgeheimnis wahren.

Das *ökonomische Vorteilskalkül* wird hier durchaus akzeptiert, aber es ist eindeutig nachrangig hinter dem Versorgungsziel und -anspruch. Hier gibt es keinen Konflikt zwischen dem ethischen Anspruch des individuellen Patienten und der Gesellschaft, denn es ist ein Anspruch aller Individuen der Gesellschaft. Diese ethische Norm, deren Einhaltung von den Patienten und der Gesellschaft erwartet wird, ist nicht lediglich schmückendes Beiwerk, sie ist ein notwendiger Kernbestandteil effektiver Medizin. Welche der instrumentellen fachlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten der Ärzte in welcher Weise ein-

gesetzt werden, ergibt sich nicht zuletzt aus der spezifischen Beziehung zum Patienten.

2.4 Notwendigkeit, vertrauen zu können

Eine Sorgebeziehung kann nur funktionieren, wenn sie auf Vertrauen darauf beruht, dass die fundamentalen ethischen Erwartungen gerechtfertigt sind. Patienten müssen sich sicher sein können, dass Ärzte und Pflegende als ihre ‚Agenten‘ in ihrem Interesse handeln und nicht im Interesse Dritter.

2.5 Persönliches Vertrauen

Zwar muss auf normalen Warenmärkten ebenfalls ein gewisses Vertrauen herrschen, aber für die Sorgebeziehung zwischen Patienten und Ärzten bzw. medizinischen Institutionen muss das in einem qualitativ höheren und existentielleren Grad der Fall sein. Während bei Transaktionen in der Ware-Geld-Beziehung auf Warenmärkten gegenseitiges begrenztes Misstrauen funktionale Strukturbedingung ist (*caveat emptor!*) wird in der Arzt-Patient-Beziehung *Vertrauen zur Erfolgsbedingung der ärztlichen Dienstleistungen*. Bedingungen, die misstrauische Aufmerksamkeit nahe legen, wie das bei kommerziellen Beziehungen der Fall ist, können zum medizinischen Erfolgsrisiko werden. Zahlreiche Untersuchungen haben auch speziellere Funktionalitäten des Vertrauens für die Effektivität und Effizienz der medizinischen Versorgung ermittelt:

So müssen Patienten in der Arzt-Patient-Beziehung in die Lage versetzt werden:

- persönliche Gefühle und Gedanken frei äußern zu können, damit zwischen psychischen und physischen Störungen unterschieden werden kann;
- potentiell stigmatisierende, gesundheitsbezogene Informationen zu offenbaren (Dro-

- gen- oder Alkoholabhängigkeit, sexuelle Praktiken etc.);
- *Schmerzen, Risiken und Verhaltensumutungen* auf sich zu nehmen, um Diagnosen und Therapien effektiv werden zu lassen (Mechanic; Schlesinger, S. 1693–97).

Die Notwendigkeit von Vertrauen in der Sorge-situation zu betonen, meint nicht, einer paternalistischen und autoritären Medizin das Wort zu reden. Gerade chronisch kranke Patienten sind häufig sehr erfahren und kompetent. Aber auch wenn sie Kompetenz und Erfahrung einbringen und mit ihren Ärzten darüber diskutieren, müssen sie aber darauf vertrauen können, dass die Argumente ihres Gegenübers tatsächlich primär medizinisch motiviert sind.

Das unvermeidliche Maß von Asymmetrie, auch in partnerschaftlichen Arzt-Patient-Beziehungen, kann nur durch Vertrauen überbrückt werden. Die Herstellung von Vertrauen kann nicht allein ein Produkt guten Willens der unmittelbar Beteiligten sein, sondern liegt auch in der Verantwortung der Institution, der Verbände und des Staates. Finanzierungssysteme, Steuerungsinstrumente und organisatorische Strukturen müssten auch danach bewertet werden, wie sie sich auf Vertrauen und Vertrauenswürdigkeit auswirken. Das Motiv zu vertrauen und vertrauenswürdig zu sein, entwickelt sich in den lebendigen Beziehungen und Bindungen. Ökonomisch ausgedrückt und auf unser Thema bezogen entwickelt es sich in der ‚Produktion‘ der Sorgedienstleistungen. Entsprechend müssen die Bedingungen, einschließlich der Anreiz- und Sanktionssysteme der Krankenhausarbeit die Entwicklung von Vertrauen ermöglichen. Auch der Wunsch, Selbstbild und soziale Identität zu wahren, kann die Menschen dazu führen, ihre Vertrauenswürdigkeit und ihr Vertrauen aufrecht zu erhalten. So kann ein Freund schlecht in dem Bewusstsein leben, dass er opportunistisch seinen Freund verrät. Ebenso wenig wie ein Arzt sich noch akzeptiert, wenn er seinen Patienten betrügt, beispielsweise indem er ihm wirksa-

me Behandlungsmöglichkeiten verschweigt, um sein Budget nicht zu gefährden. Obwohl hier zahlreiche Strategien des Selbstbetrugs existieren, korrespondieren institutionelle Anreize und Sanktionen, durch die Individuen in Konflikt mit ihrem Motiv kommen, vertrauenswürdig zu sein, häufig mit Ängsten, Gewissensqualen, Unzufriedenheit. Damit gehen die realen Individuen auf sehr verschiedene Weise um. Am einen Ende des Spektrums der Möglichkeiten ist der Widerstand gegen Anreiz oder Zwang und am anderen Ende die Verleugnung oder psychische Rationalisierung des Verrats.

Das Motiv, vertrauenswürdig zu sein, kann auch instrumenteller und kalkulierender Natur sein, wenn es beispielsweise für ein Wirtschaftsunternehmen darum geht, eine glaubwürdige Reputation aufzubauen. Vertrauenswürdigkeit wird dann allerdings ein Mittel zum Zweck, das tendenziell nur in dem Maße realisiert wird, wie es Gründe gibt, eine Belohnung zu erwarten. So kann die Vertrauenswürdigkeit eines Krankenhauses die freiwillige Befolgung seiner Regeln durch die Patienten und Angehörigen erheblich fördern und daher vom Management als Strategie gewählt werden. Auch gewähren Klienten einer Institution oder Person einen größeren Handlungsspielraum, wenn sie ihnen vertrauenswürdig erscheinen. Das ist von besonderer Bedeutung für Agenten, von denen treuhänderisches Handeln erwartet wird. Es gibt aber Umstände, in denen das Risiko bzw. die Kosten des Missbrauchs so hoch sind, dass Vertrauen nur im Falle konkreter Versicherungen und Garantien gegeben wird. Wenn ich jemandem mein Kind zur Betreuung anvertraue oder einem Vermögensverwalter meine Ersparnisse aushändige oder mich im hilflosen Zustand des Krankseins einem Helfer anvertraue, dann brauche ich Sicherheiten. Diese können in der Qualifikation, in einer geprüften Zulassung, einer eingehenden Prüfung etc. liegen.

Je komplexer das Gut oder die Dienstleistung sind, desto größer ist der Vertrauensbedarf bzw. der Verlust in Gestalt von Transaktions-

kosten und Kosten der öffentlichen Regulierung. Wenn es um treuhänderische Dienstleistungen geht, sei es in der Rechts- und Steuerberatung, der Vermögensverwaltung oder in der Medizin, reicht das Basisvertrauen der traditionellen Geschäftsmoral nicht hin. Darüber dürfte es einen breiten Konsens geben. Hier erwarten die Menschen, dass die Beziehungen zwischen Anwalt und Klient oder Arzt und Patient nicht von der Geschäftsmoral bestimmt sein sollten. Wenn es in der ärztlichen Berufsordnung heißt, der Arztberuf sei kein Gewerbe, so ist dies gemeint. Wichtig ist es zu verstehen, dass die emotional und moralisch fundierte Seite des Vertrauens in menschliche Beziehungen eingebettet ist und daher nicht einfach durch unpersönliche und formale Normen – seien es solche der Bürokratie, der Märkte oder des Rechts – reguliert werden kann.

Allgemein vertrauen die Individuen, weil sie der Person oder Institution, der vertraut werden soll, Attribute der Vertrauenswürdigkeit zuschreiben; das ist am wahrscheinlichsten, wenn soziale Bindungen oder Gruppenidentifikationen zwischen dem Vertrauenden und dem Adressaten des Vertrauens bestehen. Inorgesituationen wie dem Kranksein haben die Patienten nicht immer die Wahl, ob sie vertrauen möchten oder nicht, sie müssen vertrauen. Wenn Kranke ärztliche Dienstleistungen in Anspruch nehmen, dann sind sie häufig in einer Lebenssituation, in der sie ihre Integrität gefährdet sehen, sie reagieren darauf mit starker Angst und es bedarf dann eines hohen Maßes an emotionalem Vertrauen, um die Arzt-Patient-Beziehung zu stabilisieren und eine effektive Behandlung sicherzustellen. Tiefes Misstrauen kann den möglichen Behandlungserfolg gefährden. Ebenso, wie das sichere Bewusstsein, es werde einem geholfen, als solches bereits seinen Teil zur medizinischen Effektivität beiträgt (*Placebo*), mindert das unsichere und misstrauende Bewusstsein in der Arzt-Patient-Beziehung die Wirksamkeit der Behandlung (*Noceboeffekt*). Erst mit der Einbettung der klinischen und ökonomischen Ent-

scheidungen in eine von Loyalität (Vertrauenswürdigkeit) geprägte Beziehung erhalten die Erwartungen in die technisch-wissenschaftliche Kompetenz eine gute Chance angemessen realisiert zu werden.

Die Frage ist, welche konkreten ethisch relevanten Merkmale Arzt-Patient-Beziehungen und Krankenhäuser aufweisen müssten, damit sie den hippokratischen Grunderwartungen gerecht werden können, mit anderen Worten: was erwarten die Patienten implizit, wenn sie mit Ärzten in Beziehung treten? In der medizinsoziologischen Literatur findet sich eine Reihe von beschreibenden Elementen einer ‚idealen‘ (partnerschaftlich verstandenen³) Arzt-Patient-Beziehung im Sinne von Leitbildern, die den oben angeführten vier Grunderwartungen Inhalt und konkrete Orientierung geben können. Es sind Erwartungen, die die Vertrauenswürdigkeit der medizinischen Institutionen ausmachen. Mit ihnen sind nicht nur Ärzte und Pflegepersonen angesprochen, sondern implizit auch all jene, die für die Handlungsbedingungen – von der Ausbildung über die Organisationsstrukturen bis zu den Steuerungsinstrumenten – verantwortlich sind.

Als Kriterien der Vertrauenswürdigkeit können die Erwartungen an Ärzte und Gesundheitswesen dienen. Mechanic (Mechanic; Schlesinger, S. 1693) führt *fünf Dimensionen von Erwartungen an, die sich aus der Patientensituation ableiten lassen*. Sie erwarten,

1. die Ärzte seien kompetent,
2. die Ärzte handelten als Agenten der Patienten (Agency),
3. Einerseits gehen sämtliche uns bekannten und akzeptablen Konkretisierungen einer idealen Arzt-Patient-Beziehung von einem partnerschaftlichen Modell aus, aber andererseits bin ich mir nicht sicher, ob der Begriff ‚partnerschaftlich‘ wirklich geeignet ist. Er legt zwar den Ärzten bzw. den Mitgliedern eines Versorgungsteams bestimmte akzeptable Pflichten auf wie Offenheit und Aufklärung, soweit sie von Patienten nicht ausdrücklich abgelehnt wird, aber er könnte auch die Bedeutung der – im Arzt-Patient-Verhältnis niemals reziproken – Sorge für den Anderen herunterspielen, des Bestands und der Tröstung im Falle großen Schmerzes, einer tödlichen Krankheit oder dauerhaften Behinderung.

3. sie trafen ihre Versorgungsentscheidungen ohne fremde Eingriffe (control),
4. sie wahrten vertrauliche Informationen und
5. klärten die Patienten auf und seien bereit, sich ihrer Person und deren Bedürfnissen und Werthaltungen gegenüber zu öffnen,

und sie müssen darauf vertrauen können.

Die fünf Merkmale einer erfolgreichen Arzt-Patient-Beziehung von Emanuel und Dubler (Emanuel; Dubler, S. 323-329) überschneiden sich teilweise mit den von Mechanic beschriebenen Erwartungen. Es sind dies im *Amerikanischen sechs C's*:

1. Wahlfreiheit (choice),
2. Kompetenz (competence),
3. Kommunikation (communication),
4. Empathie (compassion),
5. Kontinuität (continuity), und
6. Minimierung ärztlicher Interessenkonflikte ((no) conflicts of interests).

2.6 Soziales Vertrauen

Es ist sinnvoll zu unterscheiden zwischen dem *persönlichen interpersonellen* und dem *sozialen Vertrauen*. Das persönliche Vertrauen des Patienten ist an ‚seinen‘ konkreten Arzt gerichtet, möglicherweise an ‚seine‘ Krankenhausabteilung, in die er als chronisch Kranker sich im Akutfall einweisen lässt. Das soziale Vertrauen ist das der Bürger und potentiellen Patienten auf das Gesundheitswesen, das Vertrauen auf die gute Chance, im Bedarfsfall einen loyalen Arzt bzw. eine entsprechende Institution zu finden.

Die soziale Dimension des Vertrauens umfasst die subjektive Chance der Bürger, im Bedarfsfall mit einiger Wahrscheinlichkeit einen loyalen Arzt zu finden. Es hat die Qualität eines ‚öffentlichen Gutes‘, das die Lebensqualität aller, auch der gesunden, Bürger positiv beeinflusst. Es ist vergleichbar mit anderen öffentlichen Gütern wie gute Atemluft, Verkehrssicherheit oder Rechtssicherheit. Öffentliche

Güter sind niemals in idealer Weise real. Jeder weiß, dass es Fehlurteile vor Gericht gibt, aber offensichtlich sind diese nicht so zahlreich, so dass die meisten Bürger subjektiv in Rechtssicherheit leben. Analog verhält es sich mit der Erwartung einen loyalen⁴ Arzt zu finden. Sie ist ein öffentliches Gut, das jedoch immer wieder im Prozess der täglich erfahrenen Sorgedienstleistungen reproduziert werden muss.

Es gibt kritische Gefährdungsgrenzen für öffentliche Güter. Nehmen wir das Beispiel Verkehrssicherheit. Trotz der Unfälle sieht die Bevölkerung sie beim Status quo noch als gegeben an. Wenn nun fünf oder zehn Prozent der Autofahrer bei einem roten Ampelsignal nicht mehr anhalten würden, wäre die Verkehrssicherheit nicht nur für diese, sondern für die Gesamtheit aller Verkehrsteilnehmer zerstört. Wie kommt es aber dazu, dass diese unsichtbaren Grenzen erreicht oder überschritten werden?

Kulturpessimistisch ‚moralischen Verfall‘ als Erklärung heranzuziehen hieße, Armut mit *pauvreté* zu erklären. Einen zentralen Zusammenhang formulierte K. W. Kapp mit dem Titel seines heute zu den ökonomischen ‚Klassikern‘ gehörenden Buches: „Social Costs of Private Enterprise“. Es gibt kausale Beziehungen zwischen Produktionstätigkeiten und Geschäftspraktiken einerseits und gesellschaftlichen Verlusten und Schäden andererseits. „Diese sozialen Beziehungen haben von ihrem Wesen her nicht die Eigenschaft privater wirtschaftlicher Güter, d.h. Kosten und Nutzen bestimmter Handlungen fallen nicht primär denen zu, von denen sie ausgehen. Daneben gibt es Externalitäten oder externe Kosten und Nutzen, die von Individuen, die bei jeder Transaktion den eigenen Nutzen maximieren wollen, nicht berücksichtigt werden.“ (Kapp, S. 119)

Ein Beispiel ist die Kontaminierung der Luft, des Wassers und des Bodens durch Schadstoffe, die im Produktionsprozess anfallen, dort jedoch nicht entsorgt werden. Zwar ist die ‚Externalisierung‘ der Stoffe und

4 In die ‚Loyalität‘ eingeschlossen ist die Kompetenz.

Entsorgungskosten betriebswirtschaftlich rational, aber in der Gesellschaft sinkt die Lebensqualität und steigen die Kosten.

Wird – so die Analogie – der medizinische Dienstleistungsprozess durch monetäre Anreize und Sanktionen in einer Weise gesteuert, die die Ärzte in Konflikte zwischen Eigeninteressen und Loyalität bringt, und steigt das Vertrauensrisiko der Patienten stark spürbar an⁵, dann kann dies zum Vertrauensverlust der Bevölkerung in die medizinische Versorgung führen mit zahlreichen Folgewirkungen auf Lebensqualität und Ausgaben.

Ein bedeutender nicht-monetärer externer Kostenfaktor unternehmerischen Wirtschaftens in Form von inadäquat organisierten Sorgebeziehungen können also erodierte und zerstörte öffentliche Güter sein. Die Möglichkeit, als Gesunder darauf vertrauen zu können, im Krankheitsfall einen loyalen und vertrauenswürdigen Arzt zu finden, der sich Anreizen gegenüber, die ihn in Interessenkonflikt bringen, nicht opportunistisch verhält und ausschließlich als sein ‚Agent‘ handelt, hat die Qualität eines „öffentlichen Guts“. Je häufiger allerdings Ärzte aus strukturellen Gründen, z. B. durch Anreizsysteme, Interessenkonflikten ausgesetzt werden, desto höher ist das Risiko, dass sie sich marktrational und opportunistisch verhalten. Wie soll aber ein Nierenkranker einem Arzt vertrauen, der ihm sagt, für ihn sei die Dialyse ungeeignet, wenn dieser zugleich ein Rationierungsagent ist? Uexküll und Wesiack haben gezeigt, dass Hinwendung zum (und Empathie mit) Kranken als Subjekt sowohl unerlässlich sind, wenn die Medizin ihren gewandelten Aufgaben gerecht werden soll, als auch zugleich ein Vertrauensverhältnis voraussetzen, das mit der Funktion des *Arztes als Rationierungsagent* völlig unvereinbar ist (Kühn 1989).

5 So ist es in den Vereinigten Staaten im Kontext der Managed Care Versicherungen der Fall. Dazu zahlreiche Beispiele in Kühn 1997, Kassirer 2005: S. 5–62 und 131–154; Illingworth 2005.

Die Möglichkeit, darauf vertrauen zu können, im Krankheitsfall angemessen umsorgt zu werden ist ein nicht unwesentlicher Bestandteil des Lebensstandards aller, nicht nur der kranken Bürger. Die Vertrauensmöglichkeit als öffentliches Gut kommt allen, nicht nur den unmittelbar betroffenen Bürgern zugute.

2.7 Sorgebeziehung, Wirtschaftlichkeit und ‚moral economy‘

Es kann heutzutage nicht über soziale Verantwortung einer medizinischen Institution gesprochen werden, ohne das *Problem der Wirtschaftlichkeit* einzubeziehen. Aus der Situation des Krankseins lässt sich keinerlei Rechtfertigung für Unwirtschaftlichkeit bzw. Ineffizienz ableiten, jedoch die Notwendigkeit eines mit der sozialen Verantwortung der Sorgebeziehung kompatiblen Verständnisses von Wirtschaftlichkeit im Sinne einer „materialen Rationalität“. Max Weber meint damit keinesfalls, wirtschaftlich zweckrationales Handeln sei damit ausgeschlossen, sondern dieses habe sich an einem übergeordneten, beispielsweise ethisch definierten, politisch gesetzten oder vertraglich vereinbarten Ziel „wertrational oder material zweckrational“ zu orientieren (Weber, S. 60). Der Gegensatzbegriff dazu ist Wirtschaftlichkeit im „formal rationalen“ Sinne, eine „Rechenhaftigkeit“, deren Ideal die Reduzierung aller Qualitäten auf Geld ist (ebenda)⁶.

Interessant ist, dass auch der im *Sozialgesetzbuch (SGB) V* festgelegte rechtliche Anspruch des Patienten eindeutig einen material rationalen Wirtschaftlichkeitsbegriff vorschreibt und damit auch den zitierten ethischen Erwartungen entspricht. Die Leistungen sollen „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“ (§ 12,1 SGB V) sein. Vorgegeben wird ein qualitatives Leistungs-

6 Wirtschaftlichkeit im Sinne formaler Rationalität enthält hingegen keinen qualitativen Wertbezug. Formal rational kann ein kalkulierter Raubmord sein, wenn die Kosten des Mordes und das Risiko der Strafe zu dem realistisch geschätzten Geldvorteil ins Verhältnis gesetzt werden.