

Vertrauen in der Medizin

Eleonore Baum und Andrea Kobleder

Vertrauen wird in der Medizin als Begriff angesehen, der von zentraler Bedeutung ist, nicht nur für die (therapeutische) Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsfachpersonen und ihren Patient:innen, sondern auch für die Zusammenarbeit der Gesundheitsfachpersonen untereinander. Nicht selten lassen sich auf Internetseiten von Spitälern oder ärztliche Praxen folgende Slogans lesen *Das Vertrauen des Patienten ist uns wichtig* oder *Ihr Vertrauen ist uns wichtig*. Man könnte meinen, von dem Begriff wird im Gesundheitskontext beinahe inflationär Gebrauch gemacht. Doch weshalb ist dies der Fall? Wir möchten in diesem Beitrag der Frage nachgehen, weshalb Vertrauen in der Medizin so einen besonderen Stellenwert einnimmt und am Beispiel von krebserkrankten Patientinnen veranschaulichen, ob sich dieser Eindruck mit der Wahrnehmung von Patientinnen deckt.

Vertrauen in medizinischen Beziehungen

Vertrauen manifestiert sich als ein Phänomen mit Blick auf eine zum Zeitpunkt der Vertrauensgabe noch ungewisse Zukunft. Ungewissheit kann dabei auch bedrohlich wirken. Das gilt insbesondere, wenn man sich in das Szenario einer potentiell lebensbedrohlichen Erkrankung begibt. Vertrauen überbrückt Momente der Ungewissheit bezüglich des Verhaltens einer anderen Partei. Es wird somit zu einer grundlegenden Voraussetzung für eine erfolgreiche Zusammenarbeit (Luhmann 2014). Dies wird jedoch nicht unweigerlich und bewusst als Risikomoment wahrgenommen.

Die vertrauende Person, in unserem Szenario die Patientin oder der Patient, geht davon aus, dass das Objekt des Vertrauens – auf der interpersonellen Ebene wäre dies die Gesundheitsfachperson – im besten Interesse und zum Wohle der Patientin oder des Patienten agiert (Goudge/Gilson 2005). Diese Zuversicht entsteht und ist geprägt durch frühere positive Erfahrungen in ähnlichen Situationen, entweder persönliche oder jene aus dem sozialen Umfeld (Grünberg 2014). Vertrauen beinhaltet dabei einen optimistischen Aspekt in Momenten der Verletzlichkeit (Hall

et al. 2001) und bleibt nicht statisch, sondern kann sich im Verlauf einer Beziehung verändern (Kuhlmann 2008).

Der zentrale Stellenwert von Vertrauen in medizinischen Beziehungen ist bereits seit geraumer Zeit anerkannt (Hall et al. 2002). Aus der Sicht der Gesundheitsfachpersonen sind vertrauensvolle Beziehungen eine wichtige Voraussetzung für eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung (Kuhlmann 2008) und für die interprofessionelle Zusammenarbeit (Karam et al. 2018). Mit Blick auf die Patient:innen kann ein größeres Vertrauen in Gesundheitsfachpersonen die Behandlungszufriedenheit sowie die Lebensqualität positiv beeinflussen und zu besseren therapeutischen Ergebnissen führen (Gilson 2006; Hall et al. 2001; Thorne/Robinson 1989).

Der Stellenwert von Vertrauen nimmt in Momenten der Komplexität, Ungewissheit und Vulnerabilität zu (Hall et al. 2001). Im Kontext neuer Handlungsmöglichkeiten in der modernen Medizin gewinnen diese drei Aspekte der Komplexität, Ungewissheit und Vulnerabilität rund um Vertrauen gerade auch hier an Bedeutung (Steinfath et al. 2016). Dies zeigt sich insbesondere mit Blick auf die Onkologie (Hillen/Haes/Smets 2011). Vertrauen spielt in diesem Bereich möglicherweise eine besonders wesentliche Rolle. Dies hängt auch mit der im gesellschaftlichen Diskurs stark verankerten lebensbedrohlichen Assoziation mit Krebs zusammen (Seltrecht 2006).

Interessant ist es, sich in diesem Zusammenhang genauer mit dem Begriff der Ungewissheit auseinanderzusetzen. Han, Klein und Arora (2011) erörtern eine dreidimensionale Taxonomie der Ungewissheit in der Gesundheitsversorgung, die sie je nach Ursprung und zugrundeliegenden Themen in drei Kategorien spezifizieren: (1) wissenschaftliche (krankheitsbezogene) Ungewissheit, (2) praktische (systembezogene) Ungewissheit sowie (3) persönliche (patient:innenzentrierte) Ungewissheit. Diese drei Kategorien können wiederum in spezifischere gesundheitsbezogene Themen unterteilt werden. (1) Die wissenschaftliche Ungewissheit umfasst die Ungewissheit hinsichtlich der Diagnose, Prognose, ursächlicher Erklärung sowie Therapieempfehlungen. (2) Die praktische Ungewissheit betrifft Aspekte rund um Strukturen und Prozesse der Gesundheitsversorgung, zum Beispiel Ungewissheit über die Kompetenz der Ärztin oder des Arztes oder die Versorgungsqualität der gewählten Versorgungseinrichtung. (3) Die persönliche Ungewissheit bezieht sich auf psychosoziale und existenzielle Fragen, einschliesslich der Auswirkung der Erkrankung auf persönliche Lebensziele oder Beziehungen (Han/Klein/Arora 2011). Vertrauen spielt mit Blick auf alle drei genannten Kategorien eine zentrale Rolle. Im Kontext von onkologischen Erkrankungen zeigt sich der Zusammenhang von Vertrauen und Ungewissheit beispielsweise in der praktischen Ungewissheit, in der sich Patient:innen die Frage stellen: *Wie viel Vertrauen kann ich in mein Behandlungsteam haben?* sowie in der persönlichen Ungewissheit mit Blick auf die Frage: *Kann ich meinem Körper noch vertrauen?* (Dwan/Willig 2022).

Vulnerabilität im Verlauf einer gynäkologischen Tumorerkrankung

Eine Population, in der die Bedeutung von Vertrauen und Ungewissheit fokussiert Betrachtung finden sollte, sind Frauen mit einer gynäkologischen Tumorerkrankung. Diese Art der Erkrankung stellt nicht nur eine existenzielle Bedrohung dar, sondern wirkt sich auch stark auf die körperliche Gesundheit der Frauen aus (Eppel-Meichlinger et al. 2024) und zwingt sie zur Auseinandersetzung mit ihrer Weiblichkeit, Sexualität und Fruchtbarkeit (Gahlings 2018). Die anhaltende Angst vor einem Rückfall verstärkt psychosoziale Probleme (Fitch 2003), wie Angst und Hoffnungslosigkeit (Mell et al. 2022). Ebenso kommt dem Aspekt der Rollenpluralität eine besondere Bedeutung zu. So erleben Frauen mit und nach einer gynäkologischen Tumorerkrankung oftmals eine massive Beeinträchtigung der Ausübung ihrer Rolle als Mutter, Partnerin, Tochter, Arbeitnehmerin, Auszubildende, unter anderem durch die Erkrankung. Wissenschaftliche Untersuchungen zeigen dabei eine hohe erlebte Ungewissheit hinsichtlich ihrer Zukunft, der Ausübung ihrer bisherigen Rollen sowie ein mangelndes Vertrauen in ihren Körper (Laranjeira/Leão/Leal 2015; Sekse/Giengedal/Råheim 2013).

Das Facettenreichtum und die Komplexität der lebensweltlichen Erfahrungen von Frauen mit einer gynäkologischen Tumorerkrankung sollte vermehrt Platz in der wissenschaftlichen Auseinandersetzung finden, auch weil die Erkrankung als die häufigste Krebserkrankung der Frau gilt. In der Schweiz wurden zwischen 2012 und 2016 durchschnittlich 6200 Frauen jährlich mit Brustkrebs diagnostiziert, während etwa 2000 Frauen mit anderen gynäkologischen Krebsarten wie Gebärmutter-, Gebärmutterhals- oder Vulvakrebs konfrontiert wurden. Die Verläufe von Krebserkrankungen variieren stark und hängen unter anderem vom Zeitpunkt der Diagnose, genetischen Voraussetzungen, Umweltbedingungen sowie der sozialen Situation ab.

Das *Chronic Illness Trajectory Model* von Anselm Strauss und Juliet Corbin beschreibt acht Phasen, die Personen mit einer chronischen Erkrankung – zu denen auch Krebserkrankungen zählen – erleben (Corbin 1998). Diese Phasen werden nachfolgend am Beispiel von Patientinnen mit einer metastasierten Brustkrebserkrankung verkürzt dargestellt (Reed/Corner 2015). Die Dauer des gesamten Krankheitsverlaufs bei den Teilnehmerinnen in der Studie von Reed und Corner (2015) lag zwischen 13 Monaten und fünf Jahren und neun Monaten. Je nach Art der Tumorerkrankung kann diese Dauer aber auch wesentlich länger sein, eine komplette Remission ist ebenso möglich. Es muss beachtet werden, dass nicht alle von Corbin (1998) genannten Phasen zwingend durchlaufen werden müssen.

(1) Die *Vorphase* beinhaltet die Zeit vor der Diagnose und inkludiert Faktoren wie beispielsweise die genetische Veranlagung oder Umwelteinflüsse. Frauen mit metastasiertem Brustkrebs berichten, dass sie zum Zeitpunkt der Diagnose mitten im Leben standen und oftmals sowohl ihre beruflichen als auch familiären Verpflichtungen

tungen bewältigten. Mitunter gab es bereits eine bekannte Brustkrebserkrankung in der Familie. (2) Der *Beginn des Trajekts* bezieht sich auf die Diagnose der Tumorerkrankung, bei der möglicherweise bereits erste Symptome wahrgenommen werden können. Frauen mit einer metastasierten Brustkrebserkrankung haben zu Beginn oftmals unspezifische Symptome, wie beispielsweise Rückenschmerzen. Dies kann dazu führen, dass die Diagnose erst Monate nach dem ersten Auftreten der Symptome erfolgt. (3) In der Phase *Leben mit einer progressiven Erkrankung* versuchten die Betroffenen, ihren Zustand und Alltag trotz der Krebserkrankung zu stabilisieren. Frauen mit Brustkrebs durchlaufen in dieser Phase sehr belastende Therapien (zum Beispiel Chemotherapie, Strahlentherapie), oftmals mit schwerwiegenden Begleiterscheinungen. Dazwischen beschrieben sie Phasen, in denen sie sich auch wohl fühlten und versuchten, ihr Leben weitgehend zu leben. (4) In der *Verschlechterungsphase* nimmt der Gesundheitszustand sukzessive ab, die Abhängigkeit von professionellen und informellen Diensten steigt. Die betroffenen Frauen erfahren in dieser Phase oft unkontrollierte Symptome, wie Schmerzexazerbationen oder Atemnot, die auch häufig zu notfallmäßigen Spitaleinweisungen führen. (5) Die letzte Phase beschreibt die *Sterbephase*. Frauen mit fortgeschrittenem Brustkrebs verbringen diese Phase häufig in Spitälern und spezialisierten Palliative Care Abteilungen (zum Beispiel in Hospizen). Mitunter finden Gespräche über das Lebensende zu spät statt oder werden gar von Seiten der Gesundheitsfachpersonen vermieden.

An allen beschriebenen Phasen der Krebsbehandlung sind diverse Fachkräfte und Disziplinen beteiligt, was eine koordinierte Versorgung über verschiedene Abteilungen hinweg erfordert. Die Krebsbehandlung benötigt daher vielfältiges Fachwissen und stellt die Bedeutung von Vertrauen in den Vordergrund. Wer vertraut, macht sich unweigerlich vulnerabel. Gleichzeitig handelt es sich bei Frauen mit einer gynäkologischen Krebserkrankung um eine Personengruppe, die besonders hoher Vulnerabilität ausgesetzt ist (Ozga et al. 2015; Philp et al. 2017). Diese Tatsache betont die zentrale Rolle des Vertrauens im Umgang mit der Krankheit im täglichen Leben. In den Schlussfolgerungen von Čáp et al. (2023) stellt das Vertrauen in Gesundheitsfachkräfte ein Phänomen der engen Koexistenz dar, welches eng mit der Verletzlichkeit und Abhängigkeit der Patient:innen von der guten Absicht und Kompetenz der Gesundheitsfachkräfte verwurzelt ist. Dieses Vertrauen hilft dabei, die Konsequenzen der (Wieder-)Herstellung eines Gefühls der *ontologischen Sicherheit* in der Situation chronischer Krankheiten zu bewältigen (Čáp et al. 2023: 12).

Vertrauen bei Patientinnen mit einer gynäkologischen Krebserkrankung

Wir möchten deshalb den Fokus auf die Erfahrungen von Frauen mit einer gynäkologischen Krebserkrankung legen, die wir im Rahmen einer von der Krebsforschung Schweiz finanziell unterstützten Studie longitudinal befragt haben. Die zwölf Frau-

en mit Brustkrebs wurden zum Zeitpunkt der Krebsdiagnose oder zum Beginn der Behandlung in zwei Schweizer Spitälern rekrutiert und bis zur Nachsorge von unserem Forschungsteam begleitet. Dabei fanden zu jeder Behandlungsphase Telefoninterviews statt und die Frauen teilten laufend ihre Erfahrungsberichte mit uns über einem geschützten Messenger-Dienst. Primäres Ziel der Studie war es, die Bedeutung von Vertrauen entlang des Behandlungspfads von Frauen mit gynäkologischem Krebs zu untersuchen.

Die Diagnosephase war für alle Frauen von großer Ungewissheit und von existentiellen Ängsten geprägt. Begriffe wie *Albtraum* oder das Bild eines Tsunamis, der über einen hereinbricht, wurden von den Frauen verwendet. Sie ziehen gegen den Krebs in den Krieg, wie das folgende Zitat hervorstreicht:

»Für mich ist das immer etwas, das mir immer Angst gemacht hat, weil ich in meinem unmittelbaren Umfeld Menschen hatte, die an verschiedenen Krebsarten erkrankt waren. Einige von ihnen sind davongekommen. Andere nicht. Ich hatte immer Angst davor. Und von dem Moment an, an dem ich ihn [unausgesprochen den Krebs] hatte ... Aber, dass es ... Ich vertraue der Diagnose der Ärzte in Bezug auf das, was sie mir gesagt haben. Es war heilbar. [...] Und, und dann habe ich mir gesagt: Okay, ich kann nicht mehr zurück. Ich habe Krebs. Und dann werde ich kämpfen.« (Franziska¹, Mitte 50, Pos. 21)

Plötzlich waren die Frauen mit einer Krankheit konfrontiert und wurden als Patientin deklariert, wenngleich sie sich selbst zu diesem Zeitpunkt noch nicht krank fühlten. Manche Patientinnen deuteten in dieser Phase auch einen Vertrauensverlust an, entweder in den eigenen Körper, der ohne Vorwarnung nun krank war, oder in das Leben und Universum an sich. Der Stellenwert von Vertrauen und das Vertrauen in die Fachpersonen wurde in dieser Phase als hoch beschrieben. Obwohl die Fachpersonen zu Beginn der Behandlung den Patientinnen meist noch völlig unbekannt waren, wurde ihnen in fachlicher Hinsicht vertraut, wie in dem folgenden Zitat deutlich wird.

»Das Wort Krebs ist einfach da, im Raum, unheimlich [...] und ich habe einfach in dieser Zeit gesehen: Ich will leben. Was kann ich machen, um weiterzuleben. Ich will nicht sterben. Und dann wirst du so ernst genommen von überall her. Da muss ich sagen, also ich habe volles Vertrauen gehabt, was sie mir empfohlen haben. Und das ist einfach nur schön gewesen, das zu erleben, wie auch die Medizin Fortschritte macht – gemacht hat in dem Bereich Krebs, Brustkrebs bei den Frauen. Wo ich jetzt eine Nutzniesserin war.« (Martha, Mitte 60, Pos. 6)

1 Pseudonymisiert

In diesem Zitat wird bereits die enge Verwobenheit des Vertrauens in das Behandlungsteam beziehungsweise in einzelne Fachpersonen (Mikroebene) mit dem Gesundheitssystem und dem biomedizinischen Wissenssystem (Makroebene) deutlich (Kuhlmann 2008). Das Vertrauen liegt dem Kontext des Gesundheitssystems und der jeweiligen Gesundheitsinstitution zugrunde. Man kann hier auch von einem naiven oder blinden Vertrauen gegenüber einer Fachperson sprechen, wenn es (noch) nicht auf der direkten Erfahrung mit eben dieser Fachperson basiert. Giovanni Maio (2023) erklärt dieses Vertrauen damit, dass wir Menschen »kollektiv davon ausgehen, dass die Ärzteschaft [...] im Sinne ihres Professionsstatus ein vorgängiges Versprechen gibt, nämlich das Versprechen, das eigene Können und Wissen in den Dienst der Hilfe für andere zu stellen [...]« (Maio 2023: 111). Dieses Versprechen ist in verschiedenen Leitfäden zu den Grundsätzen des ethischen Handelns in der Medizin verankert. Beauchamp und Childress (2019) beschreiben folgende vier zentrale Prinzipien medizinischer Praxis:

- **Autonomie:** Im Mittelpunkt steht der Respekt vor der Autonomie der Patient:innen. Diese haben das Recht, eigene Entscheidungen zu treffen und ihre informierte Zustimmung zu medizinischen Maßnahmen zu geben.
- **Wohltätigkeit (*Beneficence*):** Es ist die Pflicht von Gesundheitsfachpersonen, Maßnahmen zum Wohl der Patient:innen durchzuführen und für sie die besten verfügbaren Versorgungsoptionen bereitzustellen.
- **Nichtschaden (*Non-Maleficence*):** Dieses Prinzip ruht darauf, Schaden zu vermeiden oder zu minimieren. Gesundheitsfachpersonen dürfen keine unnötigen Risiken eingehen und müssen sicherstellen, dass der Nutzen einer Maßnahme den potentiellen Schaden überwiegt.
- **Gerechtigkeit:** Gesundheitsfachpersonen verpflichten sich zur Gleichbehandlung aller Patient:innen. Entscheidungen über die Zuteilung von Gesundheitsressourcen müssen fair und gerecht erfolgen (Beauchamp/Childress 2019).

Betrachtet man die Perspektive der Patient:innen, kann man sich der drei Modi des Vertrauens – *reflexiv*, *habituell* und *fungierend* – nach Endreß (2012) bedienen. Endreß versteht Vertrauen als mehrdimensionales Phänomen. Mit dem *reflexiven* Vertrauen beschreibt er eine Vertrauensform, die auf Kognition basiert. Die Vertrauensgabe geschieht überlegt und die Person wiegt ab, inwiefern ausreichend Beweise vorhanden sind, ob in der Situation vertraut werden kann oder nicht. Diese Vertrauensform kann auch dann relevant werden, wenn das Vertrauen bereits ins Wanken geraten ist. *Habituelles* Vertrauen bezieht sich auf die Neigung, gewohnheitsmässig auf etwas zu vertrauen, wie im Beispiel von Endreß, dass ein öffentliches Verkehrsmittel gemäß Fahrplan abfährt. Das *fungierende* Vertrauen unterscheidet sich von den anderen beiden Formen wiederum dahingehend, dass es nicht aus eingefahrenen Gewohnheiten oder logischem Denken hervorgeht, sondern auf einem tief veran-

kerten Weltverständnis und Grundvertrauen in die Welt beruht. Diese Vertrauensform ist weniger einfach zu erschüttern und erlaubt es einer Person, sich sicher in der Welt zu fühlen und mit anderen leichter in Beziehung zu treten. Im Zusammenhang mit der Medizin kann zunächst ein Bezug zum *habituellen* Vertrauen hergestellt werden (Endreß 2012). Wir sind es historisch gewohnt, unseren Ärztinnen und Ärzten zu vertrauen – den *Menschen in den weissen Kitteln* – eine Gewohnheit, die in den letzten Jahren in verschiedenen Berichterstattungen ins Wanken geraten ist (Canavera 2021; Gupta et al. 2014) und oftmals konträr zur mündigen Patientin oder zum mündigen Patienten gesehen wird anstatt komplementär. Im folgenden Zitat beschrieb eine Patientin, wie sie es gewohnt war, in kritischen Situationen der gesamten Ärzt:innenschaft zu vertrauen:

»Das hatte ich immer glaube ich bisher, wenn irgendwas war, was krass war, auch mit den Geburten und so Situationen, die kritisch waren, dass ich mich einfach drauf einlasse und vertraue, dass die Ärzte ihren Job gut machen, überhaupt nicht, also ich mich überhaupt nicht einmische, das mache ich nicht.« (Paula, Anfang 40, Pos. 15)

Gleichzeitig muss man sich bewusst machen, dass Patient:innen mit Brustkrebs sich in einer besonders vulnerablen Lage befinden und auf die Fachpersonen angewiesen sind, dies nicht nur aufgrund von ihrer Erkrankung, sondern auch aufgrund des Wissensdefizits beziehungsweise der unterschiedlichen Wissensverteilung zwischen Arzt oder Ärztin und Patient:in (Calnan/Rowe 2006). Einige der Teilnehmerinnen machten sich neben der gesundheitlichen Belastung finanzielle Sorgen, Sorgen um ihre Kinder, ihre Partner:innenschaft oder um ihren Job. Eine Patientin reflektierte ihr Vertrauen in die Fachpersonen vor dem Hintergrund, dass sie sich den Krebs schliesslich *nicht selbst entfernen könne* und in ihrer Lage den Fachpersonen *ausgeliefert* oder von ihnen abhängig sei. Diese Auslieferung empfand sie jedoch nicht als negativ, sondern als Entlastung und drückte dabei ihre Dankbarkeit aus, in einem gut funktionierenden Gesundheitssystem behandelt zu werden. Im Vergleich dazu empfanden andere Patientinnen dieses Gefühl der Auslieferung als negativ. Ausgehend von ihren Erfahrungen mit dem Spital oder dem Gesundheitssystem an sich (primär beruflich), war ihr Handeln gekennzeichnet von einem geringen Maß an Vertrauen. Wissenschaftler:innen weisen seit einiger Zeit bereits auf eine Abnahme des Vertrauens in öffentliche Institutionen hin, wozu auch Gesundheitseinrichtungen gezählt werden (Davies 1999). Sogar von einer Vertrauenskrise in Gesundheitssysteme des Westens ist die Rede (Gille/Smith/Mays 2015). Interessant ist dabei, inwiefern das zwischenmenschliche Vertrauen oder eben Misstrauen zwischen Fachperson und Patient:in bei der Bildung von Vertrauen in Gesundheitssysteme und deren Institutionen eine Rolle spielen oder gegebenenfalls auf diese überschwapen können (Abelson/Miller/Giacomini 2009). Patientinnen in unserer

Studie mit einem geringen Maß an Vertrauen in die Fachpersonen versuchten von Beginn an Kontrolle über die Situation auszuüben, was sich durch genaue Beobachtungen von Arbeitsprozessen oder Eigenrecherchen im Internet erkennbar machte. Sie waren es nicht gewohnt, *habituell* im Kontext des Gesundheitssystems und den (ihnen noch unbekannten) Fachpersonen zu vertrauen.

Wiederum andere Patientinnen beschrieben zu Beginn der Behandlung den Modus des *fungierenden* Vertrauens, wie in dem folgenden Zitat:

»Ich habe Vertrauen, ich habe keine Sorgen, nein. Ich habe überhaupt keine Angst, alles wird gut für mich laufen. Es ist keine schreckliche Welt, ich habe sie bereits getroffen, ich kenne diese Welt, ich fühle mich vollkommen wohl.« (Katharina, Anfang 60, Pos. 72)

Diese Patientin schloss für sich aus, den Fachpersonen nicht zu vertrauen, weil sie der Welt an sich positiv gegenübersteht. Andere Patientinnen begründeten ihr anfängliches Vertrauen mit dem Gefühl der Hoffnung, wieder gesund zu werden und den Krebs zu *besiegen*, was, wie von Girke (2023) beschrieben, auch das Befinden von Betroffenen positiv beeinflussen kann. Hier finden sich wieder Parallelen zur *Ungewissheit*. Eppel-Meichlinger et al. (2024) beschreiben, dass Frauen mit vulvären Neoplasien im Zuge des chronischen Krankheitsverlaufs bewusst eine optimistischere Haltung zur Ungewissheit einnahmen, indem sie die »Gewissheit über das Vorhandensein der Ungewissheit« (Eppel-Meichlinger et al. 2024: 7) fokussierten. Dies basierte auf ihren Beobachtungen, dass sich das Gefühl von Ungewissheit negativ auf ihr Wohlbefinden auswirkte (Eppel-Meichlinger et al. 2024). Zurückkommend zu den Vertrauensmodi der Frauen in unserer Studie zeigt sich, dass sich der Übergang zwischen reflexivem, habituellem und fungierendem Vertrauen oftmals fließend gestaltet. Habituelles und fungierendes Vertrauen zeigten sich bereits in der Phase der Diagnosestellung, zum Beispiel wenn Patientinnen berichteten, dass sie das Vertrauen in medizinische Fachpersonen nicht in Frage stellten, weil dieses Hinterfragen für sie keine Gewohnheit war (habituell) oder wenn Patientinnen eine allgemeine positive Weltanschauung beschrieben, die mit ihrem Vertrauen eng gekoppelt war (fungierend). Von Beginn an oder mit der Zeit stellte sich bei manchen Patientinnen ein *reflexives* Vertrauen ein. Sie loteten dabei aus, inwiefern ausreichende Bedingungen oder Beweise vorlagen, um dem Gesundheitsfachpersonal zu vertrauen. Diese Form des kognitiven Vertrauens zeigte sich bei Patientinnen vor allem dann, wenn potentiell vertrauensmindernde Ereignisse eintraten und indem Erwartungshaltungen enttäuscht wurden.

Mehrere Patientinnen beschrieben ihr (anfängliches) Vertrauensniveau in die Fachpersonen und die Gesundheitseinrichtung als stark gebunden an ihre eigene Persönlichkeit oder an ihre bisherigen Erfahrungen. Die Fachpersonen konnten jedoch das interpersonelle Vertrauen maßgeblich durch ihr Auftreten und Agieren be-

einflussen. Dies zunächst, indem sie einerseits überzeugend ihre klinische Expertise und ihre Fachkompetenz unter Beweis stellten, wie in dem folgenden Beispiel deutlich wird:

»Bei der Chirurgin im Brustzentrum war es so, dass sie jedes Mal, wenn ich sie gesehen habe und meine Fragen gestellt habe, sie sie beantworten konnte. Auch wenn es nicht ihr Fachgebiet war. Also wurde mit der Zeit das Vertrauen gestärkt.«
(Laura, Ende 20, Pos. 75)

Jenseits der fachlichen Kompetenz der Ärzt:innen schätzten die Patientinnen es ganz besonders, wenn die Fachpersonen einen menschlichen Umgang mit ihnen pflegten, ihnen mit Empathie begegneten und sie nicht als Nummer behandelten. Dies konnte wiederum das Vertrauen stärken. Im folgenden Beispiel beschrieb eine Patientin die vertrauensfördernde Interaktion mit ihrer zuständigen Pflegefachperson.

»Sie hat mich beruhigt, indem sie mir mit ihrer Hand den Rücken gerieben hat. [...] Sie sagte mir, dass ich eine Chemotherapie und eine Bestrahlung machen muss zur Vorbeugung. ›Es geht Ihnen gut. Alles, was nötig war, hat man entfernt. Aber man ist nicht sicher. Es wird nicht in einem Jahr oder zwei Jahren weggehen.‹ Also wirklich, aber wirklich gut. [...] Sie beruhigt mich und dann vertraue ich ihr.«
(Franziska, Mitte 50, Pos. 27)

Im Behandlungsprozess traten auch Situationen auf, in denen eine Abschwächung des Vertrauens in die Fachpersonen drohte, bis hin zu einem völligen Vertrauensverlust. Bei den Patientinnen, die mehrmals ein *fungierendes* Vertrauen beschrieben, schien es jedoch weitaus mehr zu benötigen, damit das Vertrauen ins Wanken geriet als dies bei Patientinnen der Fall war, die von Beginn an eine gewisse Skepsis äußerten oder *reflexives* Vertrauen andeuteten. Eine Patientin beschrieb beispielsweise, dass ihre Operation nicht wie geplant verlief und sie danach mit starken Nebenwirkungen zu kämpfen hatte. Sie führte dies jedoch auf eine Situation zurück, in der sie einfach *Pech* gehabt hatte, anstatt den Fachpersonen einen Fehler zu unterstellen. Auch eine Internetrecherche, die man als Kontrollversuch deuten könnte, brach sie schnell ab und besann sich darauf zu vertrauen. Die Bereitschaft über potentiell vertrauensmindernde Situationen hinwegzusehen oder wahrgenommene Fehler zu verzeihen kann als Test für die Belastbarkeit des Vertrauens gedeutet werden (Hall et al. 2001). In einer Situation, die als konträr beurteilt werden kann, führte eine andere Patientin eine missglückte Operation eindeutig auf einen Fehler der Fachpersonen zurück. Im folgenden Zitat wird ihre persönliche Kränkung deutlich. Sie bereute nicht nur, den Fachpersonen anfangs vertraut zu haben, son-

dern drückte auch Enttäuschung in sich selbst aus, weil ihre eigene Intuition sie fehlgeleitet hatte.

»Ehrlich gesagt, ich habe überhaupt kein Vertrauen mehr. [...] ich habe sogar kein Vertrauen mehr zu der Ärztin, die ich fast die ganze Zeit über gesehen habe. Denn schon ein oder zwei Mal fand ich, dass sie manchmal widersprüchliche Aussagen machte. Ich bin ziemlich aufmerksam. Sobald es also eine widersprüchliche Aussage gab, hat mich das ein wenig zweifeln lassen. Aber ich sagte mir, nein, aber das ist schon in Ordnung, sie sind sowieso die Profis, ich muss ihnen vertrauen. Jetzt habe ich gesehen, dass es hier diese Unsicherheit gab, und ich denke mir, dass ich nicht von Anfang an hätte vertrauen sollen und ja, ich habe kein Vertrauen mehr.« (Gudrun, Mitte 50, Pos. 31)

Diese Kränkung aufgrund des fehlplatzierten Vertrauens kann deshalb so verletzend ausfallen, weil sich diese auf das Selbstwert- und/oder Selbstwirksamkeitsgefühl der Patientin auswirken kann. Sie selbst beschrieb den Vertrauensverlust als zutiefst *destabilisierend*. Gleichzeitig lässt sich hier die Frage stellen, inwiefern es tatsächlich zu einem klaren Vertrauensverlust kam, wenn den Fachpersonen nie völlig vertraut wurde. Hinweise dafür existieren, da die Patientin bereits von Beginn an Kontrollmechanismen anwendete. Die Zweischneidigkeit oder *Ambivalenz* des Vertrauensphänomens, in den Worten von Martin Endreß (2012: 85), wird hier deutlich. Er führt dazu weiter aus, dass Vertrauen und Misstrauen nicht unweigerlich als gut oder schlecht deklariert werden dürfen. Ganz im Gegenteil, auch Misstrauen kann als Kooperationsressource fungieren (Endreß 2012).

Vertrauen, Misstrauen und Patient:innenautonomie im Gesundheitskontext: Die Rolle von Skepsis, Empowerment und Shared Decision-Making

Mit Blick auf den Gesundheitskontext ist Skepsis oder ein gewisses Maß an Misstrauen der Medizin gegenüber durchaus angebracht. Skepsis kann dahingehend als wertvolle Ressource betrachtet werden, indem medizinische Verordnungen nicht unreflektiert oder unhinterfragt angenommen werden, sondern die Patient:innen in erster Linie auf ihren eigenen Körper hören und als ihre eigenen stärksten Advokat:innen auftreten. Inwiefern die Patient:innen jedoch diese Rolle innehaben und weiter aufrechterhalten können oder wollen muss in Abhängigkeit ihrer Erkrankung und den Symptomen sowie den ihnen verfügbaren Ressourcen abgewogen werden. Man stelle sich die Situation einer Patientin vor, die an therapieresistenten starken Schmerzen leidet. Aufgrund ihrer hohen Schmerzbelastung hat sie kaum Spielraum, um gewissen Themen skeptisch gegenüberzustehen. Ein anderes Sze-

nario wäre ein chronisch kranker Patient mit hoher Gesundheitskompetenz (Res-source), der sich selbst zum Umgang mit seinen Symptomen aktiv informiert und neuen Behandlungsoptionen zunächst skeptisch gegenübersteht aufgrund bereits erlebter Nebenwirkungen. Skepsis kann dahingehend zu einem Empowerment der Patient:innen führen, wenn sie deren Resilienz sowie deren Selbstvertrauen stärkt. Dieses Selbstvertrauen zeigt sich darin, dass die Patientin ihren eigenen Fähigkeiten und ihrem Urteilsvermögen im Umgang mit ihrer Krankheit und der Auswahl geeigneter Behandlungsoptionen vertraut. Damit einhergehen kann die Förderung der Autonomie und Selbstbestimmung, welche als Lektorientierungen der modernen Gesellschaft angesehen werden können (Schuchter/Brandenburg/Heller 2018). Insbesondere in der Medizin sind Autonomie und Vertrauen eng miteinander verbunden, wenngleich ihre Verbindung äußerst komplex ist. Vertrauen deutet auf eine Risikobereitschaft hin und damit auf die Bereitschaft, Kontrolle abzugeben. Autonomie indiziert eine gewisse Selbstkontrolle über das eigene Handeln. Beide Konzepte sind wesentlich in medizinischen Behandlungs- und Entscheidungssituationen und stehen trotz ihrer Spannungen in einer symbiotischen Beziehung zueinander (Steinfath et al. 2016). Dabei ist die Gesundheitsversorgung gezwungen, Forderungen nach Selbstbestimmung und Autonomie von Patient:innen Raum zu geben und eine tief verwurzelte paternalistische Denke mit Blick auf die Ärzt:innen-Patient:innen-Beziehung abzustreifen. Eine konkrete Maßnahme ist dabei das sogenannte *Shared Decision-Making* – die gemeinsame Entscheidungsfindung von Patient:innen und ihren zuständigen Gesundheitsfachpersonen. Eine Grundlage für ein erfolgreiches *Shared Decision-Making* im Sinne der Wahrung der Patient:innenautonomie stellt die umfassende und verständliche Erklärung medizinischer Zusammenhänge und die Informierung der Betroffenen über mögliche (Therapie-)Empfehlungen durch ärztliche Fachpersonen dar (Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften 2020). Als eigentliche Grundlage dafür, dass Patient:innen selbstbestimmt und ohne äußeren Druck Entscheidungen gemäß ihrer eigenen Wünsche und Werte treffen können, werden jedoch die Beziehungen und das interpersonelle Vertrauen angesehen (Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften 2020). Zu berücksichtigen ist hierbei allerdings, dass es sich bei der Beziehung zwischen Patient:innen und Gesundheitsfachpersonen um eine asymmetrische Beziehung handelt. In unserer oben dargestellten Studie schilderten die Patientinnen beispielsweise eindrucklich, dass für sie nur eine schulmedizinische Behandlung als primäre Therapieform in Frage kam. Durch die wahrgenommene Asymmetrie und Alternativlosigkeit schilderten manche Frauen ein Gefühl des *Ausgeliefert-Seins*. Diese Alternativlosigkeit darf jedoch nicht automatisch negativ interpretiert werden, denn darin erkennbar war ebenso eine gewisse Dankbarkeit dem Gesundheitssystem gegenüber. Ferner manifestiert sich die Asymmetrie zwischen Patient:innen und Gesundheitsfachpersonen in ihren unterschiedlichen Kenntnissen und Erfahrungen bezüglich der Erkrankung. Beide

Parteien sollten sich dieses Unterschieds bewusst sein und konkrete Massnahmen ergreifen, damit trotzdem eine Beziehung auf Augenhöhe entstehen kann.

Auf Grundlage der oben genannten Forschung kann überdies festgehalten werden, dass ein hohes Maß an Empowerment deutlich wird, indem sich Patient:innen beispielsweise eigenständig und proaktiv über ihre Ernährung, Bewegung, alternative Therapien und komplementäre Maßnahmen informieren oder auf ihre eigenen Bedürfnisse hören. Dieses Aktiv-werden der Patient:innen wirkt sich unweigerlich auf die Beziehung zu den behandelnden Gesundheitsfachpersonen aus. Dies beispielsweise, indem die Eigeninitiative der Patientinnen zu einer Interaktion und Begegnung auf Augenhöhe führt, was wiederum das interpersonelle Vertrauen fördern kann. Durch persönliches Engagement und Interesse signalisieren Patient:innen, dass sie aktiv an ihrer Gesundheit teilhaben möchten und nicht nur passiv akzeptieren, was für oder über sie entschieden wird. Dabei ließe sich auch argumentieren, dass ein solcher Zugang die Atmosphäre des gegenseitigen Respekts fördern kann, in der die Patient:innen sich als gleichberechtigte Partner:innen in ihrem Behandlungsprozess fühlen. Gleichzeitig kann hier auch von einem gewissen gegenseitigen Vertrauen die Rede sein. Die Patientin oder der Patient vertraut nicht nur der Fachperson, sondern diese vertraut auch auf die Gesundheitskompetenz ihrer Patient:innen, um Entscheidungen zu treffen, die der eigenen Gesundheit guttun (Kickbusch et al. 2005).

Fazit

Vertrauen in der Medizin ist von entscheidender Bedeutung, sowohl für die Zusammenarbeit zwischen Patient:innen und Gesundheitsfachpersonen als auch für die Zusammenarbeit unter den Gesundheitsfachpersonen selbst. Am Beispiel von Frauen mit einer gynäkologischen Tumorerkrankung wurde die besondere Relevanz von Vertrauen in die medizinische Versorgung skizziert. Aus diesem Beispiel lassen sich erste Schlussfolgerungen für die Bedeutung von Vertrauen in medizinischen Behandlungsprozessen ziehen – auch für Bereiche, in denen es nicht um lebensbedrohliche Erkrankungen geht. Patient:innen erleben im Zuge eines medizinischen Versorgungsprozesses strukturell Phasen oder Situationen, in denen Unsicherheit und Ängste eine Rolle spielen und in denen Vertrauen daher einen besonders hohen Stellenwert einnimmt. Fachpersonen können dabei nicht nur das Vertrauen der Patient:innen in sie als Fachperson mitgestalten. Sie können auch das Vertrauen von Patient:innen in ihren eigenen Körper ein Stückweit beeinflussen, indem sie die Patient:innen einerseits kompetent begleiten und ihnen andererseits empathisch begegnen. Zudem kommen in der Medizin den Begriffen Autonomie, Empowerment und gemeinsamer Entscheidungsfindung eine hohe Bedeutung zu. Dabei stehen Autonomie und Vertrauen nicht im Widerspruch zueinander. Im Gegenteil: Wenn

Patient:innen ermutigt und unterstützt werden, aktiv an ihrer Gesundheit teilzuhaben, sich zu informieren und in ihre eigenen Fähigkeiten zu vertrauen, kann dies das institutionelle Vertrauen, das jeder Gang einer Patientin oder eines Patienten zu einer Gesundheitsfachperson voraussetzt, bestärken, in interpersonelles Vertrauen zwischen Patient:in und Fachperson übersetzen und letztendlich zu besseren Gesundheitsergebnissen beitragen.

Literaturverzeichnis

- Abelson, Julia/Miller, Fiona A./Giacomini, Mita (2009): »What does it mean to trust a health system? A qualitative study of Canadian health care values«, in: *Health Policy* 91(1), S. 63–70.
- Beauchamp, Tom L./Childress, James F. (2019): *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford: Oxford University Press.
- Calnan, Michael/Rowe, Rosemary (2006): »Researching trust relations in health care: conceptual and methodological challenges—introduction«, in: *Journal of Health Organization and Management* 20(5), S. 349–358.
- Canavera, Kristin (2021): »Rebuilding trust«, in: *Patient Education and Counseling* 104(5), S. 996–997.
- Čáp, Juraj/Miertová, Michaela/Bóriková, Ivana/Žiaková, Katarína/Tomagová, Martina/Gurková, Elena (2023): »Trust in healthcare professionals of people with chronic cardiovascular disease«, in: *Nursing Ethics* 31, S. 1092–1105.
- Corbin, Juliet M. (1998): »The Corbin and Strauss Chronic Illness Trajectory Model: An Update«, in: *Scholarly Inquiry for Nursing Practice* 12(1), S. 33–41.
- Davies, Huw (1999): »Falling public trust in health services: implications for accountability«, in: *Journal of Health Services Research & Policy* 4, S. 193–194.
- Dwan, Conor/Willig, Carla (2022): »Existential uncertainty in the patient cancer experience: Delimiting the concept«, in: *Palliative & Supportive Care* 21, S. 247–253.
- Endreß, Martin (2012): »Vertrauen und Misstrauen – Soziologische Überlegungen«, in Christian Schilcher/Mascha Will-Zocholl/Marc Ziegler (Hg.), *Vertrauen und Kooperation in der Arbeitswelt*, Wiesbaden: Springer Nature, S. 81–102.
- Eppel-Meichlinger, Jasmin/Mayer, Hanna/Steiner, Enikő/Kobleder, Andrea (2024): »From existential uncertainty to a new mindset promoting recovery: Exploring the development of uncertainty experience in women with vulvar neoplasia – A qualitative longitudinal study«, in: *BMC Women's Health* 24(35), S. 1–10.
- Fitch, Margaret I. (2003): »Psychosocial management of patients with recurrent ovarian cancer: treating the whole patient to improve quality of life«, in: *Seminars in Oncology Nursing* 19, S. 40–53.

- Gahlings, Ute (2018): »Mit dem kranken weiblichen Körper leben: Leiblichkeit aus der Perspektive Philosophischer Praxis«, in: Beate Senn/Hanna Mayer (Hg.), Gynäkologisch-onkologische Pflege. Bedürfnisse der Patientinnen und interprofessionelle Praxis, Bern: Hogrefe Verlag, S. 297–308.
- Gille, Felix/Smith, Sarah/Mays, Nicholas (2015): »Why public trust in health care systems matters and deserves greater research attention«, in: *Journal of Health Services Research & Policy* 20(1), S. 62–64.
- Gilson, Lucy (2006): »Trust in health care: Theoretical perspectives and research needs«, in: *Journal of Health Organization and Management* 20(5), S. 359–375.
- Girke, Matthias (2023): »Die therapeutische Bedeutung des Vertrauens«, in: Giovanni Maio (Hg.), *Vertrauen in der Medizin. Annäherung an ein Grundphänomen menschlicher Existenz*, Freiburg/Basel/Wien: Herder, S. 87–110.
- Goudge, Jana/Gilson, Lucy (2005): »How can trust be investigated? Drawing lessons from past experience«, in: *Social Science & Medicine* 61(7), S. 1439–1451.
- Grünberg, Patricia (2014): *Vertrauen in das Gesundheitssystem: Wie unterschiedliche Erfahrungen unsere Erwartungen prägen. Organisationskommunikation, Studien zu Public Relations/Öffentlichkeitsarbeit und Kommunikationsmanagement*, Wiesbaden: Springer Nature.
- Gupta, Charu/Bell, Susan P./Schildcrout, Jonathan S./Fletcher, Sarah/Goggins, Kathryn M./Kripalani, Sunil (2014): »Predictors of health care system and physician distrust in hospitalized cardiac patients«, in: *Journal of Health Communication* 19, S. 44–60.
- Hall, Mark A./Dugan, Elizabeth/Zheng, Beiyao/Mishra, Aneil K. (2001): »Trust in Physicians and Medical Institutions: What Is It, Can It Be Measured, and Does It Matter?«, in: *The Milbank Quarterly* 79(4), S. 613–639.
- Hall, Mark A./Zheng, Beiyao/Dugan, Elizabeth/Camacho, Fabian/Kidd, Kristin E./Mishra, Aneil/Balkrishnan, Rajesh (2002): »Measuring patients' trust in their primary care providers«, in: *Medical Care Research and Review* 59(3), S. 293–318.
- Han, Paul K. J./Klein, William M. P./Arora, Neeraj K. (2011): »Varieties of uncertainty in health care: a conceptual taxonomy«, in: *Medical Decision Making: An International Journal of the Society for Medical Decision Making* 31(6), S. 828–838.
- Hillen, Marij A./de Haes, Hanneke C. J. M./Smets, Ellen M. A. (2011): »Cancer patients' trust in their physician – a review«, in: *Psycho-Oncology* 20(3), S. 227–241.
- Karam, Marlène/Brault, Isabelle/van Durme, Thérèse/Macq, Jean (2018): »Comparing interprofessional and interorganizational collaboration in healthcare: A systematic review of the qualitative research«, in: *International Journal of Nursing Studies* 79, S. 70–83.

- Kickbusch, Ilona/Maag, Daniela/Wait, Suzanne/McGuire, Peggy/Banks, Ian (2005): *Navigating Health: The Role of Health Literacy*, London: Alliance for Health and the Future, International Longevity Centre.
- Kuhlmann, Ellen (2008): »New Governance, Professionen und Vertrauen im Gesundheitssystem: neue Technologien der Vertrauensbildung«, in: Dana Giesecke/Thomas Dumke/Karl-Siegbert Rehberg (Hg.), *Die Natur der Gesellschaft: Verhandlungen des 33. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Kassel 2006*, Frankfurt a.M.: Campus, S. 4458–4466.
- Laranjeira, Carlos António/Leão, Paula Ponce/Leal, Isabel (2015): »Temporal Experience Among Women Gynecological Cancer Survivors: A Lifeworld Perspective«, in: *Affilia* 30(2), S. 170–186.
- Luhmann, Niklas (2014): *Vertrauen. Ein Mechanismus der Reduktion sozialer Komplexität*, Stuttgart: UTB.
- Maio, Giovanni (2023): »Medizin als Treue zum sozialen Auftrag: Zum Verhältnis von Vertrauen, Versprechen und Treue«, in: Giovanni Maio (Hg.), *Vertrauen in der Medizin. Annäherung an ein Grundphänomen menschlicher Existenz*, Freiburg/Basel/Wien: Herder, S. 111–123.
- Mell, Carlie A./Jewett, Patricia I./Teoh, Deanna/Vogel, Rachel I./Everson-Rose, Susan A. (2022): »Psychosocial predictors of fear of cancer recurrence in a cohort of gynecologic cancer survivors«, in: *Psycho-Oncology* 31(12), S. 2141–2148.
- Ozga, Melissa/Aghajanian, Carol/Myers-Virtue, Shannon/McDonnell, Glynnis/Jhanwar, Sabrina/Hichenberg, Shira/Sulimanoff, Isabel (2015): »A systematic review of ovarian cancer and fear of recurrence«, in: *Palliative & Supportive Care* 13(6), S. 1771–1780.
- Philp, Shannon/Mellon, A./Barnett, Catherine/D'Abrew, N/White, Kathryn J. (2017): »The road less travelled: Australian women's experiences with vulval cancer«, in: *European Journal of Cancer Care*, 26(1).
- Reed, Elizabeth/Corner, Jessica (2015): »Defining the illness trajectory of metastatic breast cancer«, in: *BMJ Supportive & Palliative Care* 5(4), S. 358–365.
- Schuchter, Patrick/Brandenburg, Hermann/Heller, Andreas (2018): »Advance Care Planning (ACP) – Wider die ethischen Reduktionismen am Lebensende«, in: *Zeitschrift für medizinische Ethik* 64(3), S. 213–232.
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2020): »Autonomie in der Medizin: 7 Thesen«, in: *Swiss Academies of Arts and Sciences* 15.
- Sekse, Ragnhild J. Tveit/Gjengedal, Eva/Råheim, Målfrid (2013): »Living in a changed female body after gynecological cancer«, in: *Health Care for Women International* 34(1), S. 14–33.
- Seltrecht, Astrid (2006): *Lehrmeister Krankheit? Eine biographieanalytische Studie über Lernprozesse von Frauen mit Brustkrebs*, Opladen/Toronto: Barbara Budrich.

- Steinfath, Holmer/Wiesemann, Claudia/Anselm, Reiner/Duttge, Gunnar/Lipp, Volker/Nauck, Friedemann/Schicktanz, Silke (2016): *Autonomie und Vertrauen. Schlüsselbegriffe der modernen Medizin*, Wiesbaden: Springer VS.
- Thorne, Sally E./Robinson, Carole A. (1989): »Guarded Alliance: Health Care Relationships in Chronic Illness«, in: *Image: the Journal of Nursing Scholarship* 21(3), S. 153–157.