

3. Praxisworkshop der Forschergruppe

„Autonomie und Vertrauen in der modernen Medizin“

Schlüsselthemen der Geisteswissenschaften, VolkswagenStiftung

31. Januar 2012, 10:30-16:00 Uhr im Tagungszentrum neben der Sternwarte

I. Einleitung

Auf dem 3. Praxisworkshop „Autonomie und Vertrauen auf organisationeller Ebene“, ausgerichtet vom Teilprojekt Theologie, wurde die Rolle von Autonomie und Vertrauen zusammen mit Vertretern von konfessionellen Krankenhausverbänden bzw. Ärzten und Pflegenden, die in Krankenhäusern mit konfessioneller Trägerschaft tätig sind, diskutiert. Als Referenten waren die folgenden Personen zum Workshop eingeladen:

- Thomas Bauer (Ärztlicher Direktor, Neu-Mariahilf)
- Petra Gerlach (Oberin, Neu-Mariahilf, Göttingen)
- Norbert Gross (Pastor, Direktor des Evangelischen Krankenhausverbands, e.V.)
- Stefanie Karbe (Trainee der Pflegedienstleiter, UMG)
- Reiner Prönneke (Internist, Leiter der medizinischen Klinik Marienstift, Braunschweig)
- Angela Schneiderhan (stellv. Geschäftsführerin des Katholischen Krankenhausverbands Deutschland)

II. Autonomie und Vertrauen auf organisationeller Ebene

Der Praxisworkshop begann mit Inputreferaten von den Verbandsvertretern Angela Schneiderhan und Norbert Gross sowie der Krankenhaus-Oberin Petra Gerlach, die in anschließender Plenumsdiskussion unter der Moderation von Prof. Dr. Reiner Anselm diskutiert wurden. Den Inputs und der Diskussion zu Grunde lagen folgende Leitfragen:

1. Welche Strukturen fördern in Ihren Einrichtungen das Vertrauen des Patienten zu Ärzten/Pflegern/Ihrer Organisation?
2. Wie würden Sie das Verhältnis von Autonomie und Vertrauen in Ihrer Organisation beschreiben?
3. Worin liegen für Sie Unterschiede zwischen den von Ihnen vertretenen Einrichtungen und konfessionell/staatlich/privat geführten Häusern?

Angela Schneiderhan ist seit 2009 stellvertretende Geschäftsführerin des Katholischen Krankenhausverbands Deutschland e.V. (KKVD). Frau Schneiderhan hat Gesundheitsökonomie

und Gesundheitswissenschaften studiert und arbeitet im Klinikmanagement sowie in der Verwaltungsleitung. Der KKVD vertritt mit 123 Trägern und 419 Krankenhäusern ca. 160.000 Mitarbeiter. Vor allem in NRW seien katholische Krankenhäuser am häufigsten vertreten¹. Insgesamt machen katholische Krankenhäuser, laut Frau Schneiderhan, rund 1/3 der Krankenhäuser in der BRD aus. Um politisch wirken zu können, sei allerdings ein gemeinsames, aufeinander abgestimmtes Vorgehen mit dem Vertreter des evangelischen Krankenhausverband entscheidend. Auf die Frage nach den Unterschieden zwischen konfessionellen und staatlich bzw. privat geführten Häusern stellte Angela Scheiderhan den Mehrwert von christlichen, konfessionellen Krankenhäusern heraus, der in der Orientierung an 10 Werten spürbar werde: 1. christliche Werte würden im Krankenhausalltag umgesetzt, 2. würde die Versorgung an den Bedürfnissen der Patienten ausgerichtet, 3. sei die Versorgung innovativ und modern in Bezug auf den technischen Fortschritt und die Ausbildung von Pflegenden und Ärzten, 4. wirtschafteten diese solide und investierten in Qualität, 5. hätten sie attraktive Partner in Bezug auf Vernetzung und Kooperation, 6. versuche man „würdiges Sterben“ durch intensive Seelsorge zu ermöglichen, 7. sei damit die regionale Versorgung gesichert und schließe Versorgungslücken (z.B. von Demenzkranken), 8. gäbe es ein starkes Engagement in der Ausbildung (Pflege und Ausbildung im Ehrenamt), 9. bereicherten konfessionelle Krankenhäuser den Wettbewerb durch spirituelle Angebote und sicherten damit auch die Wahlmöglichkeit zwischen verschiedenen Trägern, und 10. finde eine erfolgreiche Einbindung des ehrenamtlichen Engagements (bspw. Kirchenkreise) in die Patientenversorgung statt.

Die verschiedenen konfessionellen Krankenhäuser würden durch unterschiedliche Handlungslogiken zusammengehalten, seien z.T. konträr im Interessenfokus, bildeten jedoch ein Ensemble. Frau Schneiderhan zitierte Studien (BKI-Studie, 2009, Prognos-Studie²), die belegen, dass in konfessionellen Krankenhäusern ein anderes, stärker am Leitbild der Menschenwürde orientiertes Selbstverständnis herrsche.

Mit Blick auf die Frage nach dem Verhältnis von Autonomie und Vertrauen im katholischen Krankenhausverband ging Frau Schneiderhan auf das Logo der Caritas ein. Dieses versinnbildliche den Auftrag eines konfessionellen Krankenhauses zur Stärkung der Beziehungen von Mensch zu Mensch und von Mensch zu Gott beizutragen. Erfolge eine Orientierung an diesem Leitbild, würden Autonomie und Vertrauen im Krankenhausalltag spürbar. Da im

¹ Die dort niedergelassenen Orden sind für eine Vielzahl der errichteten katholischen Krankenhäuser verantwortlich.
² Weitergehende Informationen: Pastor Norbert Groß, Verbandsdirektor DEKV (0173.2950338 oder gross@dekv-ev.de).

Die Studie steht zum Download hier zur Verfügung: Prognos-Studie 2009 <http://www.valeo-klinikverbund.de/img/ejbfile/Brosch%C3%BCre-Studie%20Kirchl.%20KH.pdf?id=13988>

konfessionellen Krankenhaus die Sorge und das Kümern um die Patienten besonders betont würden, sei Vertrauen, sowohl in das System Krankenhaus als auch in die Mitarbeiter gerechtfertigt. Zur Untermauerung zitierte Frau Schneiderhan Weihbischof Josef Voß, den ehemaligen Vorsitzenden des KKVD: Vertrauen sei nie eine feste Größe, sondern müsse sich jederzeit neu bewähren.

Der Frage nach den vertrauensfördernden Strukturen innerhalb katholisch geführten Häusern, begegnete Angela Scheiderhan mit der grundsätzlichen Frage, ob die Entscheidung für ein Krankenhaus letztlich überhaupt eine an die Trägerschaft gebundene Entscheidung sei. Mitarbeiterbefragungen scheinen einen solchen Zusammenhang zumindest nahelegen. Tatsächlich habe sich gezeigt, dass die Wahrnehmung von Werten im konfessionellen Krankenhaus besonders stark ausgeprägt sei (d.h. höher als z.B. bei Ärzten, die im Marburger Bund organisiert seien). Auch würden im konfessionellen Krankenhaus Partizipationsrechte von Mitarbeitern stärker wahrgenommen als dort, wo die Kirchenbindung schwach ausgeprägt ist. Im kirchlichen Bereich sei eine Trennung zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern nicht sinnvoll. Wie Frau Schneiderhan abschließend einräumte, hänge die Einweisung in ein konfessionelles Krankenhaus letztendlich aber häufig auch von dem vermittelnden Arzt ab und sei keine alleinige Patientenentscheidung.

Pastor Norbert Groß, Direktor des Deutschen Evangelischen Krankenhausverbandes e.V. verstand seine Ausführungen in erster Linie als Ergänzung zum Input von Angela Schneiderhan. Beide konfessionellen Krankenhäuser lebten die Ökumene trotz schwieriger kirchlicher Rahmenbedingungen durch den Wettbewerb, aber auch durch gemeinsames Auftreten. Grundsätzlich würde sich an gleichen Maßstäben orientiert, denen christliche Wertvorstellungen zugrunde liegen. Unterschiede zwischen konfessionellen und staatlich bzw. privat geführten Krankenhäusern zeigten sich vor allem in der Wahrnehmung konfessioneller Häuser seitens der Patienten, die sich mit den von Schneiderhan angeführten Studien belegen ließen.

Gefragt nach den vertrauensfördernden Strukturen sowie dem Verhältnis von Autonomie und Vertrauen betonte Norbert Groß die besondere Bedeutung von Vertrauen im Krankenhaus sowie in der Arzt-Patienten-Beziehung. Vor allem durch eine Beteiligung von Akteuren, entsprechenden Rahmenbedingungen und Strukturen lasse sich Vertrauen aus seiner Sicht befördern. Vertrauen sei wichtig in Bezug auf die Heilbedingungen, für eine gelingende Kommunikation zwischen Arzt und Patient – letztlich also für die Herstellung von Gesundheit (Stichwort: “compliance“). Vertrauensfördernd seien ferner ausgeruhte und gut ausgebildete Ärzte und Pflegende, die eine gute Patientenversorgung gewährleisten könnten. Dies gelte auch

für den Bereich der Intensivbehandlung bei lebensbedrohlichen Behandlungen und äußere sich einerseits in der Frage danach, ob zu viel behandelt würde (dies betrifft u.a. auch den Umgang mit Patientenverfügungen); andererseits lasse sich in anderen Bereichen, z.B. der Organtransplantationsmedizin, fragen, ob ausreichend behandelt würde. Dies betrifft etwa die Bereitstellung von Spenderorganen. Wirtschaftliche Faktoren wie Finanzierungsprobleme, Rationierung, Rationalisierung, Personalverdichtung – also eine Verschlechterung der Rahmenbedingungen –, aber auch unzureichende Arbeitsstrukturen, gefährdeten hingegen Vertrauen und begünstigten stattdessen die Entstehung von Angst und Misstrauen beim Patienten. Groß zufolge, ist daher der Ruf eines Krankenhauses das Hauptentscheidungskriterium von Patienten für die Auswahl einer Klinik.

Norbert Groß wies darauf hin, dass nicht nur Patienten, sondern auch Ärzte und Pflegende vertrauen können müssten, angesichts der Tatsache, dass ein Eingriff gegen den Willen des Patienten den Tatbestand der Körperverletzung erfülle. Ärzte, so Groß, seien dadurch grundsätzlich kriminalisiert, Arzthaftung würde zum Motiv und stehe manchmal über dem Heilerfolg. Zudem gäbe es zunehmend die Erfolgserwartung bei dem Patienten, im Sinne von Produkthaftung, die nicht vertrauensfördernd auf das Arzt-Patienten-Verhältnis wirke.

Die Verbindung zwischen diesen beiden Seiten sei wichtig. Zentrale strukturelle vertrauensfördernde Maßnahmen seien daher Transparenz, umgesetzt durch eine ausführliche und ausreichende Information des Patienten (Wo steht dieser im Behandlungsprozess?) und begleitet durch einen Case Manager als Anwalt des Patienten. Dieses Amt sei für die Patienten-Begleitung im Gesundheitswesen, aber auch im Hinblick auf Wirtschaftlichkeit, ein bedeutender Ansatz. Zweitens müsse Zeit für Zuwendung aufgebracht werden, um der Gefahr einer „Industrialisierung der Medizin“ zu begegnen, und es sollten drittens durch Zertifikate die Qualitätsanforderungen kontrolliert werden. Entscheidend sind ferner sichtbare Hygienemaßnahmen (Desinfektion), das Einhalten von Terminen/Zeitmanagement, freundliches und zugewandtes Personal, Einrichtung des Beschwerdemanagements, Leitlinien für Intensivmedizin, Risikomanagement und Fehlermeldung sowie Qualitätsmanagement – all dies jedoch an christlichen Wertvorstellungen orientiert.

Grundsätzlich ginge es um das sichere Gefühl des Patienten, einbezogen zu werden, und dies werde gelebt durch christliche Leitbilder im konfessionellen Krankenhaus. Unterschiede zwischen konfessionellen Krankenhäusern und anderen machten sich fest an den Leitbildern der Trägerschaft: in konfessionellen Häusern würden kranke Menschen „Gottes Menschenfreundlichkeit“ erleben. Laut Groß bemerken Patienten diesen Unterschied. Dies

bedeute aber auch, dass kirchliche Krankenhäuser einen guten Ruf zu verlieren hätten; sie müssten ihn nicht erst erarbeiten.

Krankenhausoberin Petra Gerlach (Krankenhaus Neu-Mariahilf) beschreibt das Profil ihres Berufes damit, dass es ihre Hände freihalte für die Umsetzung des christlichen Leitbildes im Unternehmen Krankenhaus (Hände freihalten für den Menschen). Normative Werteorientierungen müssten in die Unternehmensstruktur implementiert werden, z. B. durch die Erarbeitung von Ethikleitlinien, aber auch durch die Rekrutierung und Anleitung ehrenamtlichen Engagements.

Das Leitbild bestehe in der Entwicklung einer gemeinsamen Identität, dargestellt in gemeinsamen normativen Werten, die mit in die Wirtschaftsstrukturen des Krankenhauses aufgenommen würden. Es müsse im konfessionellen Krankenhaus von allen Mitarbeitern geteilt werden und sei daher relevant für die soziale Kompetenz der Mitarbeiter. Oberste Priorität liege in einer Führungsverantwortung (dargestellt in den Führungsleitlinien). Die Verantwortlichkeit der Krankenhausführung schaffe Vertrauen. Vertrauensfördernd sei außerdem eine gelebte Freundlichkeit, Transparenz (z.B. bei der OP-Planung), das Zeitnehmen für den Patienten, die Begleitung alter und dementer Patienten und die Anrufung eines Ethikkomitees in schwierigen Situationen.

Mit Blick auf das Logo „Für den Menschen“ wies Gerlach darauf hin, dass das Spezifische im Umgang mit Autonomie und Menschenwürde im konfessionellen Krankenhaus in der Umsetzung des Leitbildes durch jeden einzelnen Mitarbeiter bestehe. Dies sei zentral für das Verhältnis zwischen Mitarbeitern und Patienten. Die gute Zusammenarbeit des Patienten und des Mitarbeiters schaffe Vertrauen. Der Träger der Einrichtung sei verantwortlich für diejenigen, die dort arbeiten. Für die „gelebte operationalisierte Werteausrichtung“ sei die Trägerschaft zuständig; nicht zuletzt liegt ihr Gelingen auch im Menschenbild begründet, das im jeweiligen Krankenhaus vorherrsche. Dabei handele es sich um einen Prozess, der nicht zum Stillstand komme, sondern stetiger Verbesserung unterliege.

III. Vertrauen und Organisation

Der zweite Teil des Workshops konzentrierte sich vor allem auf die Frage nach dem Verhältnis von Vertrauen und Organisation. In diesem Zusammenhang wurde auch das Verhältnis von Autonomie und Vertrauen weiter thematisiert. Die Leitfrage an die Praxisvertreter lautete:

„Wie erleben Sie im Rahmen Ihres Handlungsfeldes das Zusammenspiel von Vertrauen und Organisation?“

Der Nachmittagsblock wurde mit dem Inputreferat des Anästhesisten Dr. Thomas Bauer eröffnet, in dem er zu Beginn festhielt, dass für Patienten das Krankenhaus erst einmal eine abstrakte Institution sei. Erst durch den tatsächlichen Aufenthalt und das Zustandekommen eines Behandlungsvertrages würde es „real“. In diesem Realisierungsprozess, so Bauer, sind Autonomie und Vertrauen Werte, die sowohl in der Individualität des Patienten als auch in dessen Beziehungen zu anderen Personen aufgebaut werden müssen. Die beiden Werte spielen eine entscheidende Rolle in der Entwicklung des Kontaktes zwischen dem Patienten und dem Behandlungsteam, sie bilden die Basis einer gelungenen Beziehung und sie sind keine „Einbahnstraßen“: Nicht nur Patienten brauchen Autonomie und Vertrauen gegenüber dem Behandlungsteam, sondern auch vice versa. Bauer betonte, dass das Krankenhaus sowohl im Hinblick auf Autonomie als auch auf Vertrauen in der Vorleistungspflicht sei. Für das Gelingen dieser Vorleistung sei eine professionelle Kommunikation, die gelehrt und gelernt werden müsse, entscheidend. Als Voraussetzung der Autonomie von Patienten nannte Bauer eine Kompetenz, die den Patienten durch aufklärendes Informieren vermittelt werden müsse. Doch auch das Krankenhaus müsse durch seine Kompetenz überzeugen, um Vertrauen zu fördern. Psychologisch gesehen seien dafür folgende Faktoren von Bedeutung: Verlässlichkeit, Ernstnehmen der Patienten, sich Zeit nehmen – da Vertrauen als Gefühl wachsen müsse. Um ein „Sicherheitsgefühl“ zu erzeugen seien auch das Leitbild des Krankenhauses, Kontrollen durch Ämter und Institute sowie nicht zuletzt auch die Atmosphäre des Hauses und der Eindruck, der durch die „corporate identity“ vermittelt wird, wichtig.

Im zweiten Inputreferat hob die Dipl. Pflegewirtin Stefanie Karbe zunächst die wichtige Stellung der Pflege innerhalb von Behandlungsteams hervor: Die Pflege nimmt demnach einen sehr großen Teil der Behandlung ein und es sind die Pflegekräfte, welche die meiste Zeit im direkten Kontakt mit Patienten stehen. Wichtig sei es dem Patienten von vorneherein zu kommunizieren, dass man als ein *Behandlungsteam* gemeinsam an Zielen arbeite. Das Vertrauen der Patienten in die Pflege sei besonders bei Langzeit-Patienten entscheidend und es gäbe trotz ökonomischer Zwänge gute und relativ einfache Möglichkeiten dieses Vertrauen zu erwirken, wie zum Beispiel das Vorziehen der Bezugspflege, die kontinuierlichen Patientenkontakt ermöglicht, gegenüber der nach Aufgaben aufgeteilten Funktionspflege. Karbe betonte jedoch vor allem die Wichtigkeit des intra-institutionellen Vertrauens. Vertrauensfördernde und -erhaltende Maßnahmen dürften sich nicht nur auf die Beziehungen zwischen Patienten und Behandlungsteam beschränken, sondern müssten unter den Mitarbeitern beginnen. Um Vertrauen der Pflegenden in ihre Station zu

ermöglichen, sollten diese nicht bloß als Teile eines hierarchischen Systems verstanden werden, sondern aktiv in die Organisationsprozesse eingebunden werden. Darüber hinaus seien etwa eine gute Kultur des Umgangs mit Fehlern wichtig, um angstfrei arbeiten zu können, sowie gezielt auf konkrete Praxisprobleme zugeschnittene Weiterbildungsangebote.

Abschließend warf der Internist Dr. Reiner Prönneke in seinem Inputreferat Schlaglichter darauf, wie sich die, eigentlich jede Beziehung bestimmenden, Pole Autonomie und Vertrauen aus der Sicht von drei Gruppen darstellen: erstens Patienten, zweitens Mitarbeiter mit Patientenkontakt und drittens Mitarbeiter ohne Patientenkontakt. Aus der Sicht der Patienten entscheide sich die Frage des Vertrauens oft an einfachen Dingen, wie Sauberkeit des Krankenhauses und an der Arbeit der Pflege, denn die Arbeit der Ärzte oder des gesamten komplexen Systems Krankenhaus lässt sich zunächst einmal nicht aus Patientensicht beurteilen. Bei der Autonomie der Patienten wies Prönneke auf vielfältige Dimensionen hin. Während Autonomie im Sinne von Persönlichkeit niemals verloren gehe, könne Autonomie als Entscheidungsfähigkeit in sehr unterschiedlichen Graden vorhanden sein. Autonomie bedeute aus Sicht der Patienten aber auch das Gefühl und die Sicherheit, den eigenen Raum („mein Zimmer“, „mein Bett“) gewahrt zu wissen. Der mit der Krankheit stets einhergehende tatsächliche oder so empfundene Kontrollverlust werde jedoch auch oft auf die Wahrnehmung des Krankenhauses projiziert. Prönneke stellte zudem fest, dass Patienten Krankheiten oft zu wenig als Chance auffassen. Es sei das Bild vorherrschend, man müsse alles wieder in Ordnung bringen. Dagegen führte Prönneke an, dass die Bewältigung einer Krankheit nie bloß eine Rückkehr zum Normalen sei, sondern stets eine Neu-Perspektivierung beinhalte. Innerhalb der zweiten zu betrachtenden Gruppe – Mitarbeiter mit Patientenkontakt – stellte Prönneke im Hinblick auf die Patientenautonomie als problematisch heraus, dass diese Mitarbeiter diejenigen sind, die Gesundheit definieren. Sie gäben den Rhythmus vor und haben bestimmte Erwartungen an „gute“ Patienten, die sich diesem Rhythmus (der schon bei strikten Essenszeiten anfängt) unterordnen müssen. Bei der Frage nach dem Vertrauen der Mitarbeiter untereinander sei die Leitfrage, die diese sich stellen sollten, ob man sich selbst in diesem Krankenhaus und von seinen Kollegen behandeln lassen wollte. Für Mitarbeiter ohne direkten Patientenkontakt sei vor allem die finanzielle Autonomie wichtig. Ferner sei für diese Mitarbeiter entscheidend, dass sie den Mitarbeitern mit Patientenkontakt vertrauen können, um an dem gemeinsamen Ziel der Krankheitsbewältigung arbeiten zu können – ein Vertrauen, das angesichts der organisationalen Trennung dieser beiden Bereiche nicht immer unproblematisch sei.

IV. Abschlussdiskussion

- In der anschließenden Plenumsdiskussion wurde zunächst die Frage nach der Feststellung der Kompetenz bzw. Entscheidungsfähigkeit aufgegriffen. Dabei waren sich die geladenen Ärzte darüber einig, dass diese individuell festzustellen ist und dass ein gelungenes Aufklärungsgespräch Geduld und Einfühlungsvermögen erfordert. Gerade bei nicht ganz eindeutigen Indikationen und schwierigen Entscheidungen müssten Ärzte viel in die Beziehung zum Patienten investieren, wofür nach Möglichkeit auch mehr Zeit als üblich eingeräumt werden sollte. Auch die Wichtigkeit der Einbeziehung der Familie oder anderer dem Patienten nahe stehender Personen wurde betont. Der unvermeidbare Wissensvorsprung der Ärzte wurde nicht als für die Patientenkompetenz problematisch empfunden. Im Gegenteil: Diesen Wissensvorsprung vermute, ja, erwarte der Patient sogar und dieser sei auch ein wichtiger Baustein einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Arzt und Patient.
- Weiterhin wurde angesichts der Tatsache, dass Vertrauen Zeit zum Wachsen braucht, der Problemkomplex diskutiert, wie dieser Bedarf organisatorisch berücksichtigt werden, wie ideale Leitbilder in der Praxis umgesetzt werden können und wie die Spannung zwischen dem Angewiesen-Sein aufs Vertrauen und der zum Kranksein dazugehörenden Unsicherheit abgemildert werden kann. Auch wenn vieles, was theoretisch wünschenswert wäre, in der Praxis durch ökonomische Zwänge schwer vollständig umsetzbar ist, waren sich die Praxisvertreter in vielerlei Hinsicht darüber einig, dass es oftmals Kleinigkeiten im Handeln sind, durch die Vertrauen wachsen kann. Nicht jedes Gespräch etwa, das sehr kurz ist, sei per se schon unzureichend, vielmehr komme es auf die Atmosphäre und die Art an, wie man dem Patienten gegenübertritt und ob man ihn „da abholt, wo er steht“. Darüber hinaus beginne das Vermitteln von Vertrauenswürdigkeit schon auf anderen Ebenen, noch vor der Begegnung zwischen dem Patienten und dem Behandlungsteam. Bei gelungener Außendarstellung von Krankenhäusern und deren Trägern wirke sich diese durchaus auf die Wahl des Krankenhauses durch Patienten aus. Vertrauen sei außerdem gerade dort dringend notwendig, wo vieles nicht verbal kommuniziert werden kann – so etwa bei Tätigkeiten, welche die Intimsphäre von Patienten betreffen, wie beim Waschen durch Pflegende. Obwohl (sprachliche) Kommunikationstechniken für Vertrauen wichtig sind, kommt es für eine gelungene Vertrauensbeziehung oftmals auf nonverbale Signale an, wie Körpersprache und Mimik, die den sehr subjektiven Erlebnisbereich ansprechen, bzw. darauf *wie* man Informationen vermittelt. Klärt ein Arzt etwa in aller Ruhe und mit

Einfühlungsvermögen auf, wird der Patient dieses spüren und auch vertrauen können, selbst wenn er nicht alle Informationen sofort verstehen sollte. Ferner habe Vertrauenswürdigkeit auch mit Authentizität zu tun, welche unter anderem beinhaltet, zuzugestehen, dass der Behandlungserfolg nicht vollständig in der Hand der Behandelnden liegt. Wenn Ärzte Unberechenbarkeitsfaktoren zugeben und klar benennen, fördere das ebenfalls das Vertrauen der Patienten. Hier sei die weitere Vertrauensebene – die des Vertrauens auf Gott – insbesondere in Krankenhäusern konfessioneller Träger eine wichtige Dimension des Umgangs mit Unsicherheit.

- Darüber hinaus wurde die Frage nach dem Verhältnis von personalem und Systemvertrauen erörtert. Obwohl das Systemvertrauen angesichts der hochkomplexen und arbeitsteiligen Prozesse moderner Krankenhäuser zunehmend an Bedeutung gewinnt, waren sich die Diskussionsteilnehmer weitgehend darüber einig, dass personales Vertrauen unverzichtbar sei, da sich personales und System-Vertrauen wechselseitig bedingen. Außerdem werde Systemvertrauen teilweise auch an den Menschen, die stellvertretend für das System stehen, festgemacht und dabei spielten auch „weiche“ Faktoren eine wichtige Rolle, wie z. B. das Vermitteln bestimmter Werte, etwa Zugewandtheit, Präzision und Achtsamkeit.
- Abschließend lässt sich sagen, dass sich aus der Praxisperspektive das Verhältnis zwischen Autonomie und Vertrauen eher als ein komplementäres darstellt und weniger als ein spannungsgeladenes. Die Diskussionen auf dem Workshop legen nahe, dass Vertrauen das konditionale Gut ist, ohne das keine Autonomie möglich ist. Dies ist im Hinblick auf die Konzeptualisierung der Medizinethik insofern ein wichtiges Ergebnis als die vorherrschende Meinung der modernen Medizinethik die Autonomie als zentrale Kategorie ausweist, während Vertrauen oftmals eher zu der „verstaubten“ paternalistischen Medizinethik gerechnet wird. Außerdem lässt sich der Bedarf nach einer noch präziseren Phänomenologie des Vertrauens festhalten, die berücksichtigt, dass Vertrauen, wie auch Gesundheit, normalerweise erst dann in den Blickpunkt rückt, wenn es bzw. sie gestört ist oder fehlt.