

# VERTRAUEN IN DER MODERNEN MEDIZIN

## 1. Symposium der Nachwuchsgruppe der AG „Autonomie und Vertrauen in der modernen Medizin“

Schlüsselthemen der Geisteswissenschaften, VolkswagenStiftung

30. Juni 2011, 11-16 Uhr im Heyne-Haus

Zum ersten Symposium der Nachwuchsgruppe waren der Philosoph Prof. Dr. Bernd Lahno (Frankfurt School of Finance and Management) sowie der Wirtschaftswissenschaftler Prof. Dr. Guido Möllering (Jacobs University Bremen) geladen, um die Bedeutung von Vertrauen im Kontext der modernen Medizin zusammen mit den Nachwuchswissenschaftlern der Forschergruppe zu diskutieren. Zur Vorbereitung hatten beide Referenten der Nachwuchsgruppe Texte zum Thema „Vertrauen“ zur Verfügung gestellt, so dass eine gemeinsame Diskussionsgrundlage gegeben war. Die Referenten waren ihrerseits gebeten worden, ihre Überlegungen zum Thema Vertrauen auf das Thema Medizin zu beziehen und diese in einem kurzen Input-Referat zu präsentieren.

### **Bernd Lahno: Vertrauen als emotionale Einstellung**

Das Symposium gliederte sich in zwei Teile. Nach einer Begrüßung und Einführung in das Projekt stand in der von Anne-Marie Pindur moderierten Vormittagseinheit die Vertrauenskonzeption von Bernd Lahno im Vordergrund. Er begann seine Ausführung mit einer kurzen begrifflichen Bestimmung von Vertrauen, das er – in Abgrenzung zu kognitiven Vertrauenskonzeptionen – als „emotionale Einstellung“ definierte, die die Wahrnehmung des Vertrauensadressaten sowie des jeweiligen Kontextes auf spezifische Weise lenke. Während im Fall von kognitivem Vertrauen ausreichend Informationen über Chancen und Risiken vorhanden seien, um eine Entscheidung auf Basis rationaler Risikoabschätzung zu ermöglichen, sei Vertrauen als emotionale Einstellung dadurch gekennzeichnet, dass aufseiten des potentiell Vertrauenden<sup>1</sup> nur wenig sachgerechte Informationen zur Verfügung stehen und Entscheidungen daher auf Basis sachfremder Informationen (als „Bauchentscheidung“) getroffen werden müssen. Kognitives Vertrauen gleiche somit eher einer „Wette auf das Verhalten“ des Trustees, wohingegen Vertrauen als emotionale Einstellung ein echtes Einlassen des Trustors auf den

---

<sup>1</sup> Der Einfachheit halber wird im Folgenden im Anschluss an die Terminologie der angloamerikanischen Debatte von der Person, die vertraut, als „Trustor“ und von der Person, der vertraut wird, als „Trustee“ die Rede sein.

Trustee impliziere. Obwohl für Lahno die Unterscheidung zwischen kognitivem und emotionalem Vertrauen nicht trennscharf ist, da auch Vertrauen als emotionale Einstellung kognitive Elemente umfasst, liegt der zentrale Unterschied für ihn darin, dass Vertrauen als emotionale Einstellung nicht als Ergebnis einer rationalen Überlegung, sondern vielmehr als Rahmen für diese zu verstehen ist.

Vor dem Hintergrund dieser Unterscheidung plädierte Lahno dafür – in bewusster Absetzung vom alltagssprachlichen Begriffsgebrauch – für kognitives Vertrauen eher den Begriff des Sich-Verlassens (als einer rationalen Haltung) zu verwenden und den Begriff des Vertrauens stattdessen der emotionalen Haltung vorzubehalten. Wie Lahno deutlich machte, ist „echtes“ Vertrauen durch eine personale und teilnehmende Haltung sowie durch ein Gefühl der Verbundenheit in gemeinsamen Werten und Zielen gekennzeichnet und es geht mit der Disposition einher, in spezifischer Weise auf den Interaktionspartner emotional zu reagieren: Während vertrauenswürdiges Verhalten Zustimmung oder sogar Zuneigung hervorrufen könne, erzeuge ein Vertrauensbruch üblicherweise Gefühle von Unrecht, Ärger oder gar Abneigung aufseiten des Trustors.

Am Beispiel des Arztbesuchs machte Lahno die Relevanz der Unterscheidung von kognitivem und emotionalem Vertrauen auch in praktischer Hinsicht deutlich. Während sich der Entschluss, den Arzt aufzusuchen, auf den ersten Blick als ein rationaler Umgang mit einem Risiko beschreiben lasse und Vertrauen hier in erster Linie als ein ökonomischer Tausch, der sich für beiden Seiten (Arzt und Patient) auszahlt, ins Spiel zu kommen scheine, erfasse diese Beschreibung des Arztbesuchs als rationale Risikoabschätzung die Situation jedoch nur unzureichend. Vielmehr gelte es darüber hinaus den Umstand zu berücksichtigen, dass ein Kranker bereits verletzlich *ist* und daher vielmehr entscheiden müsse, wem er sich *in dieser Verletzlichkeit* anvertraue.<sup>2</sup> Für letztere Entscheidung gibt es aus Sicht des Patienten jedoch wenig sachgerechte Informationen; als medizinischer Laie kann er diese lediglich auf Grundlage externer Kriterien fällen (z.B. Arzt wirkt freundlich, die Praxis wirkt gut organisiert, Freunde haben gesagt, der Arzt ist gut etc.). Aus Lahnos Sicht spielt Vertrauen als emotionale Einstellung im medizinischen Kontext daher eine entscheidende Rolle.

---

<sup>2</sup> Damit scheint eine besondere Qualität von Vertrauen im medizinischen Kontext impliziert zu sein. Die Tatsache, dass dem Patient als Krankem von vornherein eine spezifische Verletzlichkeit eignet, da er faktisch gar keine andere Wahl hat als sich in die Hände eines Arztes zu begeben, bringt ihn als „Trustor“ gegenüber dem Arzt als potentiell „Trustee“ in eine besondere Beziehung. Aus dieser erwächst zum Beispiel die Erwartung, dass der Arzt mit den ihm zur Verfügung stehenden Handlungsfreiräumen verantwortungsvoll, im Sinne des Patienten, umzugehen weiß.

Im weiteren Verlauf seines Vortrags machte er zudem deutlich, dass Vertrauen auch eine normative Dimension hat. So verlange genuines Vertrauen eine Wahrnehmung des Anderen aus der Perspektive der Interaktion, die die Bereitschaft zu reaktiven Gefühlen einschlieÙe („participant attitude“). Konkret bedeute dies, dass der Trustor von einer gemeinsamen Basis an Werten und Zielen mit dem Trustee ausgeht, aus der dann eine normative Erwartung mit Blick auf dessen Handeln resultiert. Jemandem zu vertrauen, impliziere somit auch, ihn als Person wahrzunehmen, die für ihr Handeln verantwortlich ist. Im Unterschied dazu sei das Sich-Verlassen als kognitive Form von Vertrauen durch eine objektive Haltung, die den „Trustee“ lediglich aus der Position eines unbeteiligten Beobachters wahrnimmt, gekennzeichnet. Das Handeln des „Trustees“ erscheine hier als Resultat objektiver Gesetzmäßigkeiten anstatt durch die Interaktion mit dem Trustor motiviert zu sein. Konsequenterweise fehle dieser Haltung auch die Bereitschaft zu emotionaler Reaktion, die Lahno zufolge für Vertrauen im engeren Sinn jedoch unverzichtbar ist.<sup>3</sup> Obgleich aus Sicht des Patienten vor allem die emotionale Form von Vertrauen zähle, scheint die Perspektive des Arztes unter Umständen auch eine kognitive Dimension von Vertrauen zu umfassen. Während er einerseits emotionales Vertrauen benötige (z.B. mit Blick auf die Compliance des Patienten), sei kognitives Vertrauen dann im Spiel, wenn er als Mediziner z.B. mögliche Therapieoptionen eruiere und sich dabei auf wissenschaftliche Studien, in seiner Praxis gewonnene Erfahrungen etc. verlasse. Außerdem muss der Arzt eigentlich beide Haltungen dem Patienten gegenüber einnehmen: sowohl eine teilnehmende als auch eine objektive Haltung, woraus sich Probleme ergeben können.

Wie Bernd Lahno in seinen abschließenden Überlegungen zeigte, lässt sich seine Konzeption von Vertrauen als emotionale Einstellung auch auf Systeme übertragen. Versteht man Vertrauen als dreistellige Relation zwischen dem Vertrauenden, dem Adressat des Vertrauens und der Hinsicht in der vertraut wird (d.h. mit Blick auf die internen Motive des Trustees), dann sei diese Grammatik des Vertrauens auch geeignet, um Formen von unpersönlichem Vertrauen zu erfassen. Während auf der interpersonalen Ebene die vertrauensvolle Erwartung häufig ganz allgemein auf die Integrität oder das Wohlwollen des Trustees gerichtet sei, beziehe sich das Vertrauen in Gruppen, Institutionen oder Organisationen zumeist auf konkret definierte Bereiche, z.B. indem ein Trustor auf die Kompetenz einer Institution in bestimmten Dingen vertraue. Dabei betonte Lahno jedoch, dass das Vertrauen in Institutionen oder Organisationen immer durch Personen vermittelt sei. Vertrauen kann somit auch qua Mitgliedschaft oder Zugehörigkeit einer Person zu einer bestimmten Gruppe oder Institution entstehen.

---

<sup>3</sup> Mit dieser Unterscheidung zwischen teilnehmender und objektiver Perspektive bietet Lahnos Konzeption eine Möglichkeit, nach außen hin als vertrauensvoll erscheinendes Verhalten von echtem Vertrauen zu unterscheiden.

Begreift man die Medizin bzw. die Medizinausbildung als Institution, dann verweist dies auf einen wichtigen Zusammenhang zwischen dem Vertrauen, das diese genießt (oder auch nicht) und dem Handeln einzelner Personen in diesem System (Ärzte, Pflegekräfte etc.). Laut Lahno manifestiert sich das in eine Institution gesetzte Vertrauen in der Erwartung, dass diese die richtigen Anreize und Grenzen für das Handeln der in ihr wirkenden Akteure setzt. Diese positive Erwartung erfordere indessen die Einnahme eines internen, teilnehmenden Standpunktes zu den sozialen Regeln, die die Institution leiten. Das heißt, das Vertrauen richtet sich auf die wechselseitige Anerkennung der normativen Grundlagen der Institution durch ihre Akteure und der Vertrauende fühlt sich in der Erwartung, dass diese Werte beachtet werden, mit ihnen verbunden. Laut Lahno ist es diese Verbundenheit mit den eine Institution charakterisierenden Werten, die es dem Trustor überhaupt erst ermöglichen, sich für die Handlungen anderer verletzlich zu machen.

Für Kompetenz als eine mögliche Hinsicht, auf die Vertrauen sich beziehen kann, ergibt sich in diesem Kontext eine wichtige Qualifizierung. Wie Lahno argumentierte, reicht Kompetenz allein für Vertrauen nicht aus, sondern entscheidend ist vielmehr, ob diese Kompetenz auch im Sinne des Trustors angewendet wird. Während dies in interpersonalen Vertrauensbeziehungen prinzipiell durch die moralische Integrität oder das Wohlwollens des Trustees gewährleistet werden könne, ist dies mit Blick auf das Vertrauen in Institutionen vor allem davon abhängig, ob deren normative Basis und Werte hinreichend bekannt sind und von den sie vertretenden Akteuren auch als wechselseitige normative Erwartung an ihr Handeln wahrgenommen werden.

Wie die anschließende Diskussion zeigte, verweist dieser Umstand jedoch auf eine gewisse Paradoxie: So ist es für das Vertrauen in Institutionen oder Organisationen zwar unerlässlich, dass die Werte und Prinzipien, die ihr Handeln leiten, offenliegen, jedoch wirkt es auf der anderen Seite vertrauensunterminierend, wenn Organisationen oder Institutionen explizit um Vertrauen bitten oder sogar für sich damit werben. Wie Möllering in seinem Diskussionsbeitrag betonte, ist Vertrauen etwas, das im Hintergrund abläuft und nicht unnötigerweise thematisiert werden sollte, da es sonst leicht in sein Gegenteil umschlägt. Mit Blick auf die Tatsache, dass Vertrauen ein Mittel ist, um mit Unsicherheiten bzw. nicht kalkulierbaren Risiken umzugehen, sei daher etwa Krankenhäusern dringend davon abzuraten, ihre Broschüren oder Leitbilder mit dem Begriff des Vertrauens zu versehen, da dies bei den Rezipienten eher Skepsis als Zutrauen hervorrufe. Auf interner Ebene, d.h. zum Beispiel mit den Mitarbeitern einer Station, könne es jedoch durchaus sinnvoll sein, über Vertrauen zu diskutieren und dies auch intern als Ziel zu kommunizieren. Mit Blick auf die Patienten in ihrer Rolle als potentielle Trustors sei jedoch eher

die praktische Umsetzung der von Lahno beschriebenen teilnehmenden Haltung entscheidend. Das heißt, obgleich in Krankenhäusern allgemeine Prinzipien und Regeln gelten, komme es in der Begegnung mit dem einzelnen Patienten darauf an, nicht den Eindruck zu vermitteln, dass das eigene Handeln allein diesen allgemeinen Verhaltensnormen geschuldet sei, sondern vielmehr einer tiefergehenden Haltung gegenüber dem Mitmenschen entspringe.

Diese teilnehmende Haltung machte Lahno auch in Entgegnung auf den Einwand stark, dass seine Vertrauenskonzeption einen sehr hierarchischen Eindruck erwecke, indem sie den Trustor dem Trustee unterordne. Insofern seine Konzeption von Vertrauen jedoch eine wechselseitige Beziehung voraussetze, in der sich der Trustor auf die moralische Integrität bzw. das Wohlwollen des Trustees aufgrund gemeinsam geteilter Normen oder Ziele verlässt, wohingegen für den Trustee daraus bestimmte normative Erwartungen resultieren, deren Nicht-Erfüllung ihn moralisch verantwortlich machen, machte er für sein Verständnis von Vertrauen als emotionale Einstellung eine gewisse Verwandtschaft zu Kants Autonomieverständnis geltend.

Ein weiterer Diskussionspunkt ergab sich aus der Frage, inwiefern die pflichtmäßige Aufklärung seitens des Arztes den Patienten nicht letztlich in eine kognitive Vertrauensposition zu diesem bringe und damit eigentlich gar nicht als genuines Vertrauen in dem von Lahno vertretenen Sinne gelten könne. Während Lahno diesem Problem mit dem Hinweis begegnete, dass Aufklärung an sich den Patienten als medizinischen Laien noch nicht zu einer rationalen Entscheidung befähige,<sup>4</sup> sondern nach wie vor auch emotionale Aspekte – Wie hat der Arzt die Aufklärung vermittelt?, Ist er auf Rückfragen/Ängste des Patienten eingegangen? etc. – eine wichtige Rolle spielen, gelangte Guido Möllering – wenngleich mit einer anderen Begründung – zu einem ganz ähnlichen Ergebnis. So lasse sich die pflichtmäßige Aufklärung als „empowerment“ des Patienten auch als eine Art Kontrolle verstehen, die der Bildung von Vertrauen unter gewissen Bedingungen sogar abträglich sein könne. Insofern jedoch jede Kontrolle, zumindest wenn sie für die Beteiligten sichtbar wird, ein vertrauensfremdes Element darstelle, komme Vieles wenn nicht Alles auf eine vertrauensfördernde Gestaltung des Aufklärungsprozesses selbst an.

In diesem Zusammenhang wurde ein spezifisches Dilemma des Medizinsystems deutlich: Während die Institution des Krankenhauses einerseits als ein Mittel der Entemotionalisierung angesehen werden kann, das mittels Routinen eine personalisierte Auseinandersetzung mit jedem

---

<sup>4</sup> Ließen sich die Risiken tatsächlich minimieren oder gar ausräumen, würde sich Vertrauen erübrigen. Dass dies im Kontext der Medizin der Fall ist, scheint jedoch mehr als zweifelhaft. Tatsächlich macht Aufklärung den Patienten nicht weniger verletzlich, da die Behandlungsmaßnahmen (Operationen, Untersuchungen etc.) eine zusätzliche Verletzlichkeit zu seiner ohnehin qua Krankheit bestehenden darstellen.

Einzelgeschickal vermeidet, verlangt die Herstellung von Vertrauen im Sinne Bernd Lahnos jedoch gerade eine emotionale Einstellung zum Kranken. In diesem Sinne verstanden, könnte Vertrauen jedoch zu einer Überforderung des medizinischen Personals führen. Dieser Verdacht scheint umso mehr begründet, als Lahno betonte, dass Vertrauen nicht willentlich hergestellt werden könne, sondern es dafür bestimmter Ursachen (z.B. einer persönlichen Beziehung – bzw. allgemeiner – bestimmter supererogatorischer Handlungen seitens des Trustees) bedürfe. Darüber hinaus wurde in der Diskussion zu bedenken gegeben, dass dieser Anspruch zugleich die Gefahr berge, persönliche Zuwendung zu einer zweckgerichteten Dienstleistung verkommen zu lassen, die somit auch Potential für Missbrauch biete. Um dies zu verhindern, stellte Möllering die Bedeutung des medizinischen Personals heraus, das mit der entsprechenden sozialen Kompetenz bzw. einem zu den Aufgaben passenden „Seelenbild“ ausgestattet sein müsse. Während Krankenhäuser mit christlichen Leitbildern in dieser Hinsicht offensichtlich positive Effekte erzielten, bleibe die grundsätzliche Frage bestehen, wie ein Krankenhaus geführt werden muss, um ein Gefühl von Zusammengehörigkeit zu erzeugen.

Die Diskussion bot Bernd Lahno schließlich auch noch die Möglichkeit zu einer Klarstellung mit Blick auf den Status seiner Vertrauenskonzeption. Während sich genuines Vertrauen an der beschriebenen emotionalen Einstellung festmachen lasse, ergebe dies keinesfalls ein erschöpfendes Bild von Vertrauen. Allerdings werde – so Lahnos These – mit dieser Konzeption der wesentliche Kern von Vertrauen erfasst, von dem aus sich die Familienähnlichkeiten anderer Vertrauensformen sinnvoll erschließen ließen.

### **Guido Möllering: Vertrauen als „Glaubenssprung“**

Im Zentrum der Nachmittagseinheit, die von Dr. Katharina Beier moderiert wurde, stand die Auseinandersetzung mit Guido Möllerings Vertrauens Theorie, wie er sie insbesondere in seinem 2006 erschienenen Buch „Trust: Reason, Routine, Reflexivity“ dargelegt hat. Seine leitende Frage für das Input-Referat lautete „Wird Vertrauen durch abstrakte Systeme ersetzt oder unterstützt?“ Bevor Möllering näher auf diese Frage einging, gab er zunächst einen kurzen biographischen Abriss seiner Beschäftigung mit dem Thema „Vertrauen“. Am Anfang seiner Profilierung als Vertrauens- und Organisationsforscher stand die theoretische Auseinandersetzung mit Georg Simmels Vertrauensbegriff, der den quasi-religiösen Zusatz von Vertrauen in den Mittelpunkt rückte. Dieser Zugang traf sich mit konkreten medizinsoziologischen Untersuchungen, die gleichsam den „praktischen Beweis“ für den von Möllering im Anschluss an Simmel stark gemachten „leap of faith“ erbrachten. Insbesondere Brownlie's und Howson's Untersuchung zur

Entscheidung von Eltern, ihr Kind impfen zu lassen, machte deutlich, dass die Ausblendung von Unsicherheit und Risiken („suspension“) für Vertrauen eine wesentliche Rolle spielt.

Mit Blick auf das Wesen von Vertrauen wies auch Möllering darauf hin, dass Vertrauen grundsätzlich eine Relation impliziert. In dieser Beziehung gewinne die Person, der vertraut wird, gewisse Handlungsspielräume. Dieser Vorgang lasse sich als „Autonomietransfer“ verstehen, wobei der Trustor die Verantwortung *bedingt* auf den Trustee übertrage. Vertrauen und Kontrolle seien damit keine Gegensätze, sondern gehörten vielmehr zusammen, insofern perfekte Kontrolle niemals gegeben sei.

Mit Blick auf die verschiedenen Vertrauensarten – personalisiertes, generalisiertes und Systemvertrauen – betonte Möllering, dass der Vertrauensbegriff immer an die Verantwortung von Personen in mehr oder weniger direkten Interaktionsbeziehungen zurückgebunden bleibe. Dies gelte auch für generalisierte Rollen. So könne man sich zum Beispiel fragen, ob die Bundeskanzlerin bei der von ihr vertretenen Politik, eine Person, wie man sie selbst ist (z.B. Wissenschaftler, Familienvater etc.), wohl berücksichtige. Auf Basis dieser fiktiven und generalisierten Vorstellung könne Vertrauen entstehen oder auch nicht. Möllering zufolge, handelt es sich dabei um einen „analytischen Griff“, um mittels der Herstellung einer – wenngleich auch nur imaginierten – emotionalen Bindung dem Phänomen von generalisiertem oder Systemvertrauen näher zu kommen. Tatsächlich könne, wie Möllering im Anschluss an Giddens und Luhmann betonte, der Begriff des Vertrauens für Systeme ohne Personen nicht sinnvoll angewendet werden.

Ob Vertrauen tatsächlich entstehe, sei indessen nicht allein eine Frage der Akteure, sondern auch an Kontexte gebunden. Im System „Krankenhaus“ sei es jedoch häufig nicht klar, welche Kontexte und Akteure überhaupt eine Rolle spielten, woraus auch weniger spezifische Erwartungen mit Blick auf das einzulösende Vertrauen resultierten. Vertrauen in die Medizin könne somit als Vertrauen in einem weniger spezifizierten Kontext charakterisiert werden, das aufseiten des Trustors relativ weite Handlungsspielräume eröffne. Vor diesem Hintergrund erscheint die Frage nach der Einordnung der Medizin in die sozialwissenschaftliche Vertrauensforschung interessant. Letztere lässt sich nach Möllerings Vorschlag in einer vierfachen Matrix erfassen. Während die horizontale Achse in seinem Schema das mögliche Spektrum der Vertrauensakteure (von Einzelpersonen bis hin zu Institutionen) abbildet, zeigt die Vertikale die mögliche Basis von Vertrauen an (von Kalkül bis zu Moral). Mit Blick auf diese

Matrix äußerte Möllering den Verdacht, dass sich Vertrauen in der Medizin keinem einzelnen Feld zuordnen lasse, sondern vielmehr Aspekte aus allen vier Quadranten umfasse.

Laut Möllerings Definition bedeutet Vertrauen, kurz gesagt, „trotz Verwundbarkeit und Ungewissheit zu erwarten, dass andere ihre Freiräume kompetent und verantwortungsvoll nutzen“. Diese Erwartung – darin zeigte er sich mit Bernd Lahno einig – sei das Ergebnis einer emotionalen Leistung (eines sogenannten „leap of faith“ oder „suspension“), die nicht in rationalem Kalkül aufgehe. Obgleich Nutzen und Interessen („reason“), Regeln, Rollen, Selbstverständlichkeiten („routine“) sowie Erfahrung und gemeinsames Lernen („reflexivity“) die Basis von Vertrauen bildeten, dürften diese vertrauensstützenden Aspekte jedoch nicht mit Vertrauen selbst gleichgesetzt werden. Vielmehr bedürfe es für Letzteres der emotionalen Leistung des „leap of faith“, der durch individuell verschiedene Haltungen motiviert sein könne. Der Begriff der „Aufhebung“ mache dabei deutlich, dass die Verwundbarkeit und Ungewissheit durchaus fortbeständen, jedoch durch eine Haltung des „als ob“ in der konkreten Situation des Vertrauens aufgehoben seien. Möllering zufolge erkläre dies einmal mehr, warum von der Thematisierung von Vertrauen so leicht vertrauensstörende Effekte ausgingen, denn auf diese Weise würde die vertrauensbegründende Fiktion gleichsam zunichte gemacht.

Wie Möllering weiter darlegte, ergeben sich aus seiner Vertrauentheorie, die den „Sprung in den Glauben“ zum zentralen Element von Vertrauen macht, vier Einsichten mit Blick auf Vertrauen in Systemen:

1. Systeme schreiben Anreize, Rollen, Lernprozesse zwar (selektiv, partiell) fest, der „leap of faith“ bleibt jedoch eine individuell zu erbringende Leistung.
2. Systeme ersetzen Vertrauen durch Kontrolle, ohne jedoch absolute Kontrolle gewährleisten zu können.
3. Systeme unterstützen günstigstenfalls das Vertrauen in den verbleibenden (d.h. vom System nicht geregelten) Freiräumen, aber ersetzen es nicht.
4. Normativ: Systeme sollten nicht mehr Kontrolle als nötig ausüben und vielmehr die Verantwortung und Solidarität der Akteure unterstützen (Reziprozitäts- statt Kontrollspirale). Mit anderen Worten: es müssen hinreichend Freiräume verbleiben, die den Vertrauenssprung unterstützen.

Mit Blick auf seine eingangs gestellte Frage „Wird Vertrauen durch abstrakte Systeme ersetzt oder unterstützt?“ gelangte Möllering damit zu einer differenzierten Antwort: Vertrauen werde ersetzt, wenn Systeme stark kontrollierend angelegt sind, Vertrauen durch Systeme hingegen unterstützt,

wenn sie hinreichend Freiräume für individuelle Vertrauenssprünge lassen. Die normativen Konsequenzen dieses Vertrauenssprungs für das Medizinsystem verdeutlichte Möllering im Bild bleibend dahingehend, dass das Medizinsystem zum einen dafür sorgen müsse, die „Schlucht zu verkleinern“ und zum anderen die „Sprungkraft der Akteure“ zu vergrößern. Letzteres impliziere die Förderung des sich Einlassen-Könnens auf Verwundbarkeit und Ungewissheit und somit eine Vergrößerung der Vertrauensbereitschaft.

In der Diskussion wurde zunächst die Frage nach der Passförmigkeit des Glaubens*sprungs* aufgeworfen. So suggeriere das Bild eine episodische, punktuelle Handlung, die Vertrauen als einer eher kontinuierlichen Haltung, die sich nicht auf einen bestimmten Entschluss zurückführen lasse, nicht gerecht werde. Möllering räumte ein, dass das Bild in dieser Hinsicht etwas schief sei, betonte jedoch dass es ihm um den grundsätzlichen Mechanismus von Vertrauen ginge, den er mittels drei miteinander verwandter Operationen „trust as fiction“, „bracketing“ und „will to believe“ näher zu beschreiben versucht. Vor diesem Hintergrund äußerte er auch Bedenken gegen eine Übersetzung von „leap of faith“ als „Vertrauensvorschuss“. Während diese Übersetzung zwar den Vorzug habe, dass sie eine Erwartungshaltung zum Ausdruck bringe, die auf eine Einlösung in der Zukunft verweise, erinnere der Begriff des „Vorschusses“ zu sehr an eine Investition und sei daher mit stark kalkulatorischen bzw. kontrollierenden Konnotationen verbunden. Mit Blick auf die Irreduzibilität von Unsicherheit und Verletzlichkeit eigne dem Begriff des Vertrauensvorschusses zudem etwas Tautologisches, da genuines Vertrauen immer eine mehr oder weniger riskante Vorleistung impliziere.

Die Frage nach dem erforderlichen Maß an Kontrolle innerhalb von Institutionen beantwortete Möllering mit der Forderung, bei allen Regelungen die nicht auf individuelle Fälle anwendbar seien und wo Probleme durch die Interaktion von Personen selbst gelöst werden könnten, Vorsicht bzw. Zurückhaltung walten zu lassen. Für den Bereich der Medizin scheint dies unmittelbar relevant zu sein, da hier ein ausreichendes Maß an Handlungsspielraum für den Umgang mit individuellen Patientenschicksalen eine wichtige Voraussetzung für die Entstehung von Vertrauen sein kann. Insofern seien grundsätzlich Regeln zu bevorzugen, die keine allzu detaillierten, standardisierten Verhaltensvorgaben machten.<sup>5</sup> Möllering verwies dabei nochmals darauf, dass Vertrauen grundsätzlich eine besondere Beziehung darstelle, bei der beide Seiten zeigen, dass sie Wert auf diese legen. Insofern sei es nur verständlich, dass diese besondere Beziehung nicht mit jedem entstehen könne. Möllering zufolge ergibt sich daraus eine spezifische

---

<sup>5</sup> Dies könnte als Argument für eine Verteidigung der standesethischen Selbstregulierung der Ärzteschaft dienen (KB).

Herausforderung für die Medizin als System: Obgleich z.B. ein Krankenhaus durch allgemeine Regeln und Routinen strukturiert ist, müsse es als Institution den Eindruck erwecken, dass ihm an jeder einzelnen Beziehung mit den Patienten gelegen ist, so dass diese den Sprung ins Vertrauen schaffen können.

### **Abschlussdiskussion**

In der Abschlussdiskussion, die von Dr. Isabella Jordan moderiert wurde, erhielten beide Referenten noch mal die Gelegenheit die Übereinstimmungen und Differenzen ihrer Vertrauensansätze pointiert darzulegen. Dabei wurde deutlich, dass Lahnos Ansatz von Vertrauen als emotionale Einstellung und Möllerings Verständnis von Vertrauen als nicht-rationalisierbarer Vertrauenssprung keine konträren Positionen, sondern lediglich verschiedene Sichtweisen mit verschiedenen Zielen darstellen. Unter der Voraussetzung, dass der „leap of faith“ bei Möllering nicht nur eine Episode darstelle, erkannte Lahno diesen Ansatz daher als plausible Ergänzung seiner eigenen Überlegungen an. Mit ihren Positionen befinden sich die beiden Referenten allerdings innerhalb der nach wie vor Rational Choice-dominierten Vertrauensforschung in einer Minderheitsposition. Dabei, das machte vor allem Möllering noch mal deutlich, sei sein Ansatz keinesfalls als Verabschiedung von rationalen Momenten zu verstehen, denn Kalkulation gehöre grundsätzlich zu Vertrauen dazu,<sup>6</sup> entscheidend sei jedoch, dass irgendwann auch eine emotionale Leistung dazukomme, die bislang zu wenig beachtet worden sei.

Beide Autoren waren sich zudem einig darin, dass vertrauensbildenden Maßnahmen grundsätzlich etwas Supererogatorisches anhafte. Wenn es um die Wiederherstellung bereits gestörten Vertrauens ginge, sei dies sogar unerlässlich. Möllering illustrierte dies am Beispiel verletzter Hygienebedingungen in einem Krankenhaus. Wenn diese publik geworden seien, reiche es nicht aus, wenn das Krankenhaus bekanntgebe, dass es die bestehenden Standards wieder erfülle, sondern um erneut Träger von Vertrauen zu sein, müsse es vielmehr darüber hinausgehende Maßnahmen (z.B. neue Reinigungstechniken) vorweisen können. Damit wurde zugleich deutlich, dass Vertrauen an sich eine moralisch neutrale Kategorie darstellt. Je nach Kontext, kann es ein sinnvoller Interaktionsmodus sein oder aber auch schädliche Konsequenzen haben, so dass Kontrolle in manchen Situationen einen besseren Umgang mit irreduziblen Unsicherheiten darstellt.

---

<sup>6</sup> So betonte auch Lahno, dass Vertrauen als emotionale Einstellung nicht irrational sei, sondern sich allenfalls als „a-rational“ charakterisieren lasse.

Befragt zum Verhältnis von Autonomie und Vertrauen, stellten die Referenten einen engen Zusammenhang zwischen beiden Begriffen her. Vertrauen, so Möllering, könne gleichsam als Mechanismus verstanden werden, der eine Verknüpfung zwischen der Selbstbestimmung der einen und der Selbstbestimmung der anderen Person herstelle. Wie er mit Blick auf diesen von ihm beschriebenen „Autonomietransfer“ näher erläuterte, umfasse die Selbstbestimmung eines Patienten zum Beispiel auch, sich dafür zu entscheiden, seine Selbstbestimmung abzugeben und die Verantwortung auf jemand anderen zu übertragen. In der Medizin sei dieser durch Vertrauen ermöglichte Autonomietransfer von besonderer Bedeutung, da dies ein Bereich sei, in dem Menschen aus verschiedensten Gründen ganz bewusst nach dieser Form der Verantwortungsübertragung verlangten. Die Übertragung von Verantwortung sei dabei üblicherweise durch die Akzeptanz der durch die andere Person getroffenen Entscheidungen gekennzeichnet, was den Umkehrschluss zulasse, dass fehlende Akzeptanz ein Anzeichen für gestörtes Vertrauen sein könnte. Für Lahno stellte sich die Verknüpfung von Autonomie und Vertrauen sogar als eine noch engere dar. Insofern es keine vollständige Selbstbestimmung gäbe, sondern diese nur in einem sinnvollen Interaktionsraum, der sozial, kulturell etc. vorgegeben ist, möglich sei, könne in Anknüpfung an Aristoteles' Menschenbild des ‚zoon politicon‘ nur derjenige selbstbestimmt sein, der vertraut, d.h. in Gemeinschaft ist.

Für die Relevanz von Systemvertrauen machte Lahno im Einklang mit Möllering nochmals deutlich, dass jedes Vertrauen in persönlichem Vertrauen ankern müsse. Mit Blick auf Systeme impliziere dies jedoch kein unmittelbares Vertrauen in Menschen, sondern das Vertrauen richte sich vielmehr darauf, dass das Konzert ihrer Handlungen innerhalb des Systems eine bestimmte Wirkung habe. Institutionen böten dabei Regeln, um das Handeln einzelner Personen aufzufangen und könnten somit besser mit abweichendem Verhalten umgehen. Aus diesem Grunde sei auch verständlich, warum Systemvertrauen stabiler als persönliches Vertrauen ist. Gleichwohl ergibt sich für die Medizin als System, das nach dem Vertrauen von Patienten strebe, die Herausforderung entsprechend vertrauensfördernde „Zugangspunkte“ zum System (zum Beispiel in Gestalt von Ärzten bzw. Pflegepersonal) zu schaffen. Dies sei umso wichtiger als im Falle von gehäuften Berichten über medizinisches Fehlverhalten in der Presse es maßgeblich von positiven Kontakten mit diesen individuellen Zugangspunkten abhängt, ob Vertrauen in die Institution wiederhergestellt werden könne oder nicht.