
Christliche Werte in der Medizin: „Zutrauen“ als Grundorientierung für Arzt und Patient

Martin Hein

1. Eine biblische Heilungsgeschichte

Den Zugang zu meiner Thematik suche ich auf eine womöglich überraschend erscheinende Weise zu eröffnen: über eine der biblischen Erzählungen, die von einer Heilung durch Jesus berichten. In der kunstvoll konzipierten Geschichte vom blinden Bartimäus (Markusevangelium Kap. 10, V. 46–52) lassen sich Strukturanalogien entdecken, die es trotz aller zeitlichen Distanz zur damaligen Welt ermöglichen, Auskünfte über Grundorientierungen in der Beziehung von Arzt und Patient zu erhalten. Denn biblische Heilungsgeschichten sind immer auch Beziehungsgeschichten.

⁴⁶ Und sie kamen nach Jericho. Und als er aus Jericho wegging, er und seine Jünger und eine große Menge, da saß ein blinder Bettler am Wege, Bartimäus, der Sohn des Timäus.

⁴⁷ Und als er hörte, dass es Jesus von Nazareth war, fing er an, zu schreien und zu sagen: Jesus, du Sohn Davids, erbarme dich meiner!

⁴⁸ Und viele fuhren ihn an, er solle stillschweigen. Er aber schrie noch viel mehr: Du Sohn Davids, erbarme dich meiner!

⁴⁹ Und Jesus blieb stehen und sprach: Ruft ihn her! Und sie riefen den Blinden und sprachen zu ihm: Sei getrost, steh auf! Er ruft dich!

⁵⁰ Da warf er seinen Mantel von sich, sprang auf und kam zu Jesus.

⁵¹ Und Jesus antwortete und sprach zu ihm: Was willst du, dass ich für dich tun soll? Der Blinde sprach zu ihm: Rabbuni, dass ich sehend werde.

⁵² Jesus aber sprach zu ihm: Geh hin, dein Glaube hat dir geholfen. Und sogleich wurde er sehend und folgte ihm nach auf dem Wege.

Blindheit, gar als Blinder geboren zu werden, bedeutete zur Zeit Jesu eine persönliche und soziale Stigmatisierung. Eine eigenständige Existenz war ausgeschlossen. Man blieb auf die Solidarität seiner Herkunftsfamilie angewiesen oder musste sich mit Betteln das Überleben sichern. Zudem wurde Krankheit oft als Folge von Verfehlungen gedeutet, derer sich der Kranke oder seine Angehörigen schuldig gemacht haben könnten. Somit trat auch eine religiöse Ausgrenzung hinzu.

Jesus geht der Ruf des Heilers voraus. Die Kunde, dass er in der Nähe vorbeikomme, lässt den Blinden alle Kräfte mobilisieren. Entschieden versucht Bartimäus, aus der Anonymität hervorzutreten und auf sein Schicksal aufmerksam zu machen. Und in der Tat: Das gelingt. Jesus bleibt stehen und stellt die – angesichts des offenkundigen Krankheitsbildes – zunächst seltsam anmutende Frage: „Was willst du, dass ich für dich tun soll?“ Der Blinde formuliert seinen tiefsten Lebenswunsch, und Jesus schließt die kurze Begegnung mit dem Satz: „Geh hin, dein Glaube hat dir geholfen.“ Darauf erlangt Bartimäus seine Sehkraft wieder. Er ist geheilt – nicht nur leiblich, sondern auch seelisch. Die Last der Krankheit ist gewichen: Als Geheilte ist er wieder in die Gemeinschaft integriert.

2. Folgerungen für die Beziehung von Arzt und Patient:
„Was willst du, dass ich für dich tun soll?“

Für unser Thema lassen sich aus dieser Geschichte drei unmittelbare Einsichten ableiten:

(a) *Die Beziehung des Patienten zu seiner Krankheit:* Der Kranke muss sich seiner Krankheit *bewusst* sein, wenn er denn Heilung will – ganz gleich, ob wir dieses Kranksein als objektiv feststellbaren Zustand oder als auch subjektive Beschreibung des Sich-krank-Fühlens auffassen. Er benötigt eine eigene Beziehung zu dem, was ihn einschränkt, schmerzt oder behindert. Erst dies bringt ihn dazu, Patient, also „Leidender“, zu werden und um Hilfe zu suchen, damit sein Zustand gelindert oder seine Einschränkung überwunden wird. Die eigene Krankheit zu leugnen – wie nicht selten geschieht – ist demgegenüber Ausdruck einer Beziehungslosigkeit. Wer aber kein Verhältnis zu sich selbst gewinnt, versperrt sich von vornherein die Perspektive, eine Erkrankung anzugehen und zu überwinden.

(b) *Die Beziehung des Patienten zum Arzt:* Der Kranke wendet sich mit seinem Problem an einen Fachkundigen, von dem er sich Heilung verspricht. Ohne den grundsätzlichen Vorschuss an *Zutrauen* in die Möglichkeiten der Heilkunst und des Heilkundigen entsteht die Beziehung von Patient zu Arzt erst gar nicht. Schon vor der ersten Konsultation speist sich dieses Zutrauen auf Seiten des Patienten aus Erwartungen an den Arzt. Das ist ein enormes Kapital, das sich in der weiteren Beziehung ausbauen lässt, aber auch durch eine misslungene Begegnung gestört und vernichtet werden kann.

(c) *Die Beziehung des Arztes zum Patienten:* Die eigentümliche Frage Jesu: „Was willst du, dass ich dir tun soll?“ lenkt den Blick auf die *Mitbeteiligung* (und damit die notwendige Eigenverantwortung) des Patienten. Auch ihm

wird etwas zugetraut: sein Leiden, das ihn belastet und isoliert, klar anzusprechen, seinen Heilungswunsch offen zu benennen und die Folgen einer möglichen Heilung zu tragen. Er ist nicht bloßes Objekt ärztlichen Handelns. Im Akt des Zutrauens, das vom Arzt ausgeht, drückt sich der Respekt vor dem Gegenüber des Patienten, vor seiner Würde und Individualität aus.

Generalisierend lässt sich demnach sagen: Die Voraussetzungen einer möglichen Heilung sind dort geschaffen, wo die Beziehung zwischen Arzt und Patient durch *gegenseitiges Zutrauen* bestimmt ist.

„Zutrauen“ meint im Zusammenhang der Beziehung von Arzt und Patient mehr als „Vertrauen“.¹ Während „Vertrauen“ hier nur eine einseitige Ausrichtung impliziert („Der Patient vertraut dem Arzt“), kann „Zutrauen“ reziprok im Sinne einer prinzipiellen Gegenseitigkeit verwendet werden (auch wenn sich die inhaltliche Bestimmtheit des Zutrauens unterscheiden mag). In dieser prinzipiellen Reziprozität liegt sein entscheidender semantischer Vorteil, um die Beziehung von Arzt und Patient bzw. Patient und Arzt zu kennzeichnen.

3. Gegenwärtige gesellschaftliche Rahmenbedingungen als Belastung des Zutrauens in der Beziehung von Arzt und Patient

Die charakterisierte spezifische Beziehung zwischen Arzt und Patient ist eingebettet in die Struktur allgemeiner zwischenmenschlicher Beziehungen und verläuft in vielen Fällen eher unspektakulär, solange es sich um relativ harmlose Erkrankungen handelt. Sie wird jedoch hoch komplex, wenn es im ernsteren Fall zwischen beiden Akteuren um Leben und Tod geht. Von dieser Warte aus gesehen ist es alles andere als gleichgültig, wie sich diese Beziehung ent-

wickelt, denn ihre Störung oder ihr Scheitern hat für beide Seiten unmittelbare Folgen.

Sie ist freilich schon dadurch belastet, dass die zunehmende Ökonomisierung vor unserem Gesundheitssystem nicht Halt macht: Vermehrt wirken sich Budgetierung, Rationalisierung und andere Sparmaßnahmen aus, so dass sich für den Patienten der Arzt immer mehr als *Dienstleister* herausstellt, der eine entsprechende Dienstleistung, nämlich Gesundheit, zu erbringen habe. Das Verhältnis gegenseitigen Zutrauens wird durch ein Vertragsverhältnis mit entsprechender Anspruchshaltung abgelöst.

Auch das wachsende *Sekuritätsbedürfnis* belastet die Beziehung zwischen Arzt und Patient. Es führt zu einer immer stärker um sich greifenden Verrechtlichung im Gesundheitsbereich, die bis in die intimsten Gespräche zwischen Patient und Arzt hineinwirkt. In der Vorbereitung einer Operation kommt es zum Einsatz umfangreicher und komplizierter Fragebögen, die die Kenntnisnahme und Zustimmung durch Unterschrift des Patienten erfordern, ohne die kein Eingriff erfolgen kann. Allerdings verunsichern diese Formulare mit ihren Hinweisen auf Risiken und Nebenwirkungen in ihrer juristischen Sprache und die entsprechenden Informationsgespräche auch – insbesondere, wenn Antworten nicht klar verstanden werden oder Patienten sich nicht in der Lage sehen, mögliche Gefährdungen richtig einzuschätzen. So kann das ursprüngliche und für den Heilungsprozess konstitutive Zutrauen von Zweifeln durchsetzt und ausgehöhlt werden. Manchmal gewinnt man den Eindruck, als begünstige die Verrechtlichung des Gesundheitswesens einen prinzipiellen Argwohn auf beiden Seiten: bei Ärzten wie bei Patienten.

In unserer Gesellschaft hat sich eine Verschiebung ergeben, bei der das religiöse Heil als höchstes Gut durch die Gesundheit abgelöst wurde. Beigetragen zu dieser Sicht

der Dinge hat gewiss auch ein verkürztes Menschenbild, bei dem Krankheit als reine Störung verstanden wird, die der Arzt unter Anwendung der richtigen Mittel wieder zu beseitigen habe – so als sei die Herstellung der Gesundheit ein rein *monokausaler Vorgang*. Allzu oft wird die Eigenverantwortlichkeit des Patienten für seinen Körper zu wenig ernst genommen. Weil dieses schlichte Menschenbild weit verbreitet ist, gerät nicht nur die Zuständigkeit für den eigenen ungesunden Lebensstil als möglicherweise krank machender Faktor aus dem Blick. Zugleich geht auch die Schuldzuweisung für ausbleibende Therapieerfolge oder Heilung in Richtung des behandelnden Arztes, der angeblich persönlich versagt habe. Die potentielle Unsicherheit im Erfolg der Therapie muss aber von beiden Seiten einkalkuliert und ausgehalten werden, denn dies bringt Klarheit und Aufrichtigkeit in die Beziehung zwischen Arzt und Patient, wenn diese nicht durch überzogene Heilungserwartungen oder Heilungsversprechen gestört werden soll. Es geht also um ein Zutrauen, das auch das Ausbleiben der Heilung, ja den Tod einschließen muss.

4. Beziehungsarbeit: Zutrauen entwickeln

Wie kann Zutrauen in der Beziehung von Arzt und Patient unter gegenwärtigen Bedingungen konkret werden und sich als Leitwert auswirken?

Im Gespräch mit einem Patienten versucht der Arzt zu klären, was den Kranken beeinträchtigt. Er muss sich darüber innerhalb kürzester Zeit klar werden und bezieht dabei ausdrücklich auch Körpersprache, Gesten und Mimik mit ein. Er prüft, ob der Kranke nonverbal vielleicht noch etwas ganz anderes mitteilt, als er zur Sprache bringt. Will der Kranke wirklich seine Krankheit überwinden oder schätzt er am Ende doch den subjektiven Krankheits-

gewinn in Form von Zuwendung und Aufmerksamkeit, Bequemlichkeit und Sonderstatus höher ein?

Das Gespräch mit dem Patienten zielt jedoch nicht nur auf Informationszuwachs über die Krankheit. Vielmehr versucht der Arzt mit seiner medizinischen und psychosozialen Kompetenz auch, eine stabile Beziehung gegenseitigen Zutrauens entstehen zu lassen, die für den möglichen Heilungsverlauf günstig ist, weil damit Einwilligung („compliance“) erzielt wird. Gleichzeitig soll der Patient in seiner Individualität mit seiner persönlichen Lebens- und Krankengeschichte wahrgenommen werden – wenn auch unter dem spezifischen Blickwinkel, eine Diagnose zu erstellen. Dies gelingt umso besser, je mehr Arzt und Patient eine gemeinsame Sprache finden. So kann das Zutrauen des Patienten in das medizinische Expertensystem gestärkt werden, dessen Sprache zunächst distanzierend wirkt.

Seinerseits muss der Arzt dem Patienten zutrauen, dass er ein vielleicht bisher diffuses Leiden klar zu Sprache bringt, dass er offen und ehrlich über dessen Facetten spricht, dass er auf die anamnetischen Fragen und therapeutischen Interventionen positiv reagiert, die verständlich – und im Ernstfall behutsam – dargelegte Diagnose erträgt und gegebenenfalls die Therapievorschlüsse akzeptiert.

Die Beziehung Arzt/Patient steht freilich trotz gegenseitigen Zutrauens in einer unauflösbaren Asymmetrie. Sie ergibt sich aus dem unterschiedlichen Niveau an Wissen, Kompetenz und Information. Daran ändert die Tatsache nichts, dass der Patient „Fachmann“ seiner eigenen Erkrankung sein kann und in der Regel nur er wirklich authentisch aus eigener Erfahrung von ihr redet. Gewiss ist jede Erkrankung trotz eines allgemeinen Krankheitsbildes individuell! Aber ein Gespräch auf „gleicher Höhe“ zwischen Patient und Arzt bleibt wegen der genannten Unterschiede illusionär.

Dennoch gibt es kein Zurück zu einem paternalisti-

schen Verhältnis, in dem der Arzt allein und ausschließlich den gesamten Prozess steuert. Es entspricht dem Gedanken der Individualität jedes Menschen und seiner besonderen Würde, wenn in der Arzt-Patient-Beziehung Therapieentscheidungen angestrebt werden, die gemeinsam verantwortet sind. Es kommt darauf an, dass der Arzt dem Patienten zutraut, mitdenken zu wollen und Mitverantwortung für den weiteren Verlauf der Behandlung zu übernehmen. Dies kann den Arzt in gewisser Hinsicht auch entlasten.

Die im gegenseitigen Zutrauen gewachsene und bewährte Beziehung hält es aus, dass der Arzt zu einem abgestuften Umgang mit der Wahrheit gelangt, weil er nach seiner gewissenhaften Entscheidung nicht alles, was er weiß, sofort und unmittelbar dem Kranken und den Angehörigen zumuten kann. Dies setzt voraus, dass Raum und Zeit zur Verfügung stehen, eine solche zutrauensvolle Beziehung zu begründen, auszubauen und zu bestätigen. Die Rahmenbedingungen unseres Gesundheitswesens stehen dem jedoch diametral entgegen!

5. Die religiöse Dimension des Zutrauens: „Dein Glaube hat dir geholfen.“

Durch Leiden, Krankheit und Tod werden Menschen in ihrer Existenz in Frage gestellt. Unter dem Eindruck dieser Bedrohung ist die Suche nach Sinn existentiell. Hier kann sich das Deutungsangebot des Glaubens bewähren, das vom liebenden und sich erbarmenden Gott spricht, der in Jesus Christus auch die bezwingende Macht der Krankheit und des Todes überwunden hat.

Jede Heilung bleibt aber von Rückschlägen und Leben prinzipiell vom Tod bedroht. Wo Heilung gelingt, ist sie Hinweis auf eine andere Wirklichkeit, die weder Leid noch Schmerz kennt (Offenbarung Kap. 21, V. 4).

So zeigt die Kategorie des Zutrauens ihre fundamentale Bedeutung auch für die Beziehung zu Gott, ja ist hier wesentlich verankert: Dieses Zutrauen realisiert und aktualisiert sich vor allem im *Gebet*, das die eigene menschliche Begrenzung (auch in Gestalt von Krankheit und Behinderung) kennt und um die Souveränität Gottes weiß und ihm deshalb alles anzuvertrauen vermag. Das Gebet kann für Arzt wie Patient der Ort sein, Zutrauen einzuüben. Es macht menschlich, denn es lässt Gott wirklich Gott sein und befreit uns von eigenen Allmachtsfantasien (auch im Blick auf die medizinischen Möglichkeiten). Aber es erschließt zugleich die Erfahrung, dass Gott uns Heilung zukommen lässt, sie uns also „zutraut“.

Letztlich ist das Zutrauen in Gott die Voraussetzung dafür, einander als Arzt wie als Patient mit Zutrauen zu begegnen. Christlicher Glaube und medizinisches Handeln bleiben – wie so oft – auch an dieser Stelle eng aufeinander bezogen. Christliche Grundorientierungen in der Medizin sind keine hehre oder gar hohle Forderung, sondern können eine ebenso selbstverständliche wie notwendige Basis für die Gestaltung der Beziehung von Arzt und Patient sein.

Anmerkung

¹ Vgl. Deutsches Wörterbuch von Jacob und Wilhelm Grimm, Bd. 32 = Bd. 16, Nachdruck München 1984, Sp. 869: Zutrauen ist „gegenüber dem mehr sachlichen Vertrauen überwiegend persönlich gemeint“.