

## **Vertrauen braucht lange, um zu wachsen, aber nur einen Moment, um verloren zu gehen.**

Prof. em. Dr. med. Johann Steurer

Vertrauen ist der Kitt, der die Gesellschaft zusammenhält. Es erleichtert den Umgang mit Mitmenschen, sowohl im Privaten wie auch bei der Arbeit. Vertrauen reduziert Komplexität, Misstrauen macht das Leben komplizierter und kostspieliger (1). Der Spruch «Vertrauen ist gut, Kontrolle ist besser», der Lenin zugeschrieben wird, kann auch umgedreht werden in «Kontrolle ist gut, Vertrauen ist günstiger». Kontrolle ist mit Aufwand verbunden und führt zu nicht beabsichtigten, aber vorhersehbaren Folgen – z.B. Umgehung von Regeln und Vorschriften oder Täuschung der Kontrollorgane. Bezogen auf das sinkende Vertrauen in die Medizin – in Ärzte und Spitäler – hat der berechtigte oder unberechtigte Vertrauensverlust mehr Regulierung, Vorschriften und Dokumentationszwang, kurz gesagt mehr Bürokratie zur Folge.

Im Gesundheitswesen spielt Vertrauen eine zentrale Rolle – in der Beziehung zwischen Patientinnen und Patienten sowie Ärztinnen und Ärzten, in die medizinische Profession, in die Glaubwürdigkeit wissenschaftlicher Erkenntnisse und in die zuständigen Behörden.

### **Wann gilt eine Ärztin oder ein Arzt als vertrauenswürdig?**

Ein zentrales Kriterium ist die fachliche Kompetenz. Für medizinische Laien ist es jedoch schwierig, diese direkt einzuschätzen. Daher stützen sich Patientinnen und Patienten auf indirekte Hinweise, beispielsweise darauf, dass Ärztinnen und Ärzte eine sehr gute Ausbildung haben und im Berufsalltag auf dem aktuellen Wissensstand sind. Ebenso wichtig sind persönliche Erfahrungen, Empfehlungen durch vertrauenswürdige Personen und das Vertrauen in die Profession – in das System Medizin (inklusive den Standesvertretungen), – die sicherstellen soll, dass alle Mitglieder der Ärzteschaft hohe medizinische Standards erfüllen.

Ein weiteres entscheidendes Kriterium ist die charakterliche Integrität. Dazu gehören insbesondere Ehrlichkeit sowie die Interessen der Patientinnen und Patienten über die eigenen Interessen zu stellen<sup>1</sup>.

Vice versa sollten sich Ärztinnen und Ärzte auf die Aussagen ihrer Patientinnen und Patienten verlassen können. Sie sollten ehrliche Antworten auf Fragen zur Anamnese, zum aktuellen Gesundheitszustand sowie zur Einhaltung therapeutischer Empfehlungen erhalten. Ob ein Patient die verschriebenen Medikamente einnimmt oder nicht, liegt in seiner eigenen Verantwortung. Problematisch wird es jedoch, wenn eine Patientin dem Arzt berichtet, sie nehme die Medikamente regelmäßig ein, obwohl dies nicht der Fall ist. Dies kann zu weiteren unnötigen Untersuchungen oder zur Verordnung zusätzlicher Medikamente führen.

Wenn das Vertrauen in eine einzelne Ärztin oder einen einzelnen Arzt verlorengeht, besteht die Möglichkeit, den Arzt zu wechseln. Kritischer wird es, wenn das Vertrauen in die ärztliche Profession schwindet – dann ist nicht nur eine Person betroffen, sondern das gesamte medizinische System.

### **Vertrauen in die «Profession» Medizin**

Die Medizin gilt als klassisches Beispiel einer «Profession». Sie stellt eine hochspezialisierte, wissenschaftlich fundierte und gesellschaftlich legitimierte Form beruflicher Tätigkeit dar. Der heutige Autonomiestatus der Ärzteschaft entwickelte sich historisch von den mittelalterlichen Zünften zu den modernen Standesorganisationen wie der FMH. Dieser Autonomiestatus rechtfertigt sich durch exklusives Expertenwissen, berufsethische Verantwortung und der ernst genommenen Selbstverwaltung.

Zwar besitzt die Medizin nach wie vor eine gesetzlich verankerte Monopolstellung – etwa indem nur Ärztinnen und Ärzte bestimmte Medikamente verschreiben dürfen –, doch insgesamt gerät dieser Autonomiestatus zunehmend unter Druck. Immer mehr

---

<sup>1</sup> Im Genfer Gelöbnis, einer angepassten Form des hippokratischen Eides, heisst es. « [...] ich werde meinen Beruf gewissenhaft und würdig ausüben und [...] die Gesundheit meines Patienten wird meine erste Sorge sein.»

staatliche Vorgaben, Regulierungen und administrative Vorschriften führen zu einer schleichenden Erosion der professionellen Autonomie.

Autonomie bedeutet nicht, dass Ärztinnen und Ärzte tun und lassen können, was sie wollen. Ein zentraler Bestandteil dieser Autonomie ist – zumindest ursprünglich –, dass sich die Profession selbst organisiert, eigene Regeln definiert und gleichzeitig auch sicherstellt, dass diese Regeln eingehalten werden. Die Verantwortung für diese Selbstregulierung liegt bis heute bei den standesrechtlichen Organisationen, zunehmend auch bei den Gesundheitsbehörden.

Vertrauensverlust in die Profession entsteht oftmals durch ein Fehlverhalten Einzelner, beispielsweise durch Unterschreiben von Dokumenten, deren Wahrheitsgehalt nicht überprüft wurde, unrechtmässige Abrechnungen und Verlangen von Zusatzzahlungen vor einer Operation, ohne Vertrag und ohne Quittung (2). Solche Vorfälle führen regelmässig zu neuen Richtlinien, Kontrollen und Dokumentationspflichten. Das Resultat ist der beklagte stetige Anstieg der Bürokratie. Heute verbringen Assistenzärztinnen und -ärzte im Spital einen erheblichen Teil ihrer Arbeitszeit am Computer mit Dokumentationen und Kostengutsprachen – Zeit, die ihnen für die direkte Betreuung von Patientinnen und Patienten fehlt.

Wenn jedoch immer wieder Medienberichte erscheinen wie «Im Ausland gesperrt, in der Schweiz als Arzt tätig» (3) oder «Norwegen: Arzt mit entzogener Zulassung praktiziert in der Schweiz» (4), untergräbt dies das Vertrauen in die medizinische Profession. Wenn diese Probleme von der Ärzteschaft – konkret ihren Standesorganisationen – nicht gelöst werden, schaltet sich der Staat mit neuen Verordnungen und Gesetzen ein.

### **Vertrauen in die wissenschaftlichen Grundlagen der Medizin**

Empfehlungen und Entscheidungen in der modernen Medizin sollen – wenn vorhanden – auf wissenschaftlicher Evidenz beruhen. Das sind die Ergebnisse einzelner Studien oder die Synthese der Ergebnisse verschiedener Studien mittels statistischer Verfahren (systematische Reviews mit Metaanalysen) die zur Entwicklung von Leitlinien herangezogen werden. Ärztinnen und Ärzte, aber auch die Gesellschaft,

erwarten, dass klinische Studien nach geltenden methodischen Standards durchgeführt werden und ihre Resultate korrekt und glaubwürdig sind. Der Peer-Review-Prozess sollte eigentlich gewährleisten, dass nur relevante und wissenschaftlich solide Arbeiten publiziert werden.

Wissenschaftliche Publikationen erweitern und verbessern einerseits das medizinische Wissen, andererseits stellen sie – insbesondere ihre geforderte Anzahl – eine zentrale Voraussetzung für den akademischen Aufstieg dar. Der bekannte Ausdruck „publish or perish“ bringt dieses Phänomen auf den Punkt und führt zu teils bizarren Auswüchsen in der Publikationspraxis. Die wohl harmloseste Form ist die sogenannte Salamtaktik: Studienergebnisse werden in möglichst kleine, gerade noch publizierbare Einheiten zerlegt, um die Anzahl Publikationen zu erhöhen.

Wesentlich gravierender ist jedoch das Problem gefälschter Publikationen. Die Zahl der Studien, die aufgrund von Datenmanipulation oder schwerwiegenden methodischen Mängeln nach der Veröffentlichung zurückgezogen werden müssen, nimmt zu. Die Rate der «Retraktionen» hat sich zwischen 2000 und 2021 vervierfacht und liegt mittlerweile bei mehr als 1000 pro Jahr (5). Ioannidis, der sich intensiv mit der Qualität klinischer Forschung befasst, kommt in einer vielzitierten Analyse zum Schluss, dass rund 80 % aller Publikationen erhebliche Mängel aufweisen und ihre Ergebnisse zweifelhaft seien (6). Auch wenn dieser Wert wahrscheinlich eine zu hohe Schätzung ist: Selbst bei einer „nur“ 20-prozentigen Fehlerquote beeinträchtigt dies das Vertrauen in Forschende und die Wissenschaft erheblich. Der Vertrauensverlust konnte in den vergangenen Jahren in den Medien live mitverfolgt werden.

Ein weiterer Faktor, der dieses Vertrauen untergräbt, ist das sogenannte Ghostwriting. Darunter versteht man das Schreiben wissenschaftlicher Artikel durch Personen, die keinen oder nur einen geringen Beitrag zu Planung, Durchführung oder Auswertung der Studie geleistet haben und dennoch nicht als Autoren erscheinen. Einer Publikation von Abbasi zufolge könnten bis zu 50 % aller Artikel auf Ghostwriter zurückgehen (7) – vermutlich eine überhöhte Schätzung, aber unbestritten ist, dass auch in hochrangigen Journalen Publikationen teilweise von Ghostwritern verfasst wurden und werden.

Warum ist das problematisch? Viele Leser überfliegen aus Zeitgründen lediglich den Titel und die Schlussfolgerungen der Zusammenfassung. Diese Konklusionen fallen jedoch nicht selten optimistischer aus, als es die tatsächlichen Studienergebnisse rechtfertigen würden (8). Dadurch entsteht ein verzerrtes Bild der Evidenz, das Entscheidungen in Klinik und Gesundheitswesen beeinflussen kann.

*Ein Beispiel liefert eine im Annals of Internal Medicine publizierte Studie zu Rofecoxib (Vioxx®). Rofecoxib ist ein schmerzstillendes und entzündungshemmendes Medikament, das 2004 aufgrund schwerwiegender kardiovaskulärer Nebenwirkungen vom Markt genommen wurde. Die Schlussfolgerung der erwähnten Studie lautete (9): Rofecoxib sei ebenso wirksam wie Naproxen, weise jedoch deutlich weniger gastrointestinale Nebenwirkungen auf. Hinweise auf während der Studie aufgetretener Todesfälle wurden jedoch nicht erwähnt.*

*Der als Erstautor aufgeführte Wissenschaftler sagte später aus, dass das pharmazeutische Unternehmen die Studie geplant, durchgeführt und finanziert hatte. Zudem sei der Artikel von einem Ghostwriter verfasst worden. Er selbst sei erst nachträglich gefragt worden, ob er bereit wäre, als Erstautor zu fungieren; sein Beitrag habe sich im Wesentlichen auf kleinere redaktionelle Anpassungen des bereits fertigen Manuskripts beschränkt (10, 11).*

*Dieser Vorfall ist keineswegs eine Bagatelle. Die US-amerikanische Arzneimittelbehörde FDA kam nach umfangreichen Untersuchungen zum Schluss, dass die Einnahme von Rofecoxib etwa 60 000 Todesfälle verursacht hatte; in anderen Berichten werden sogar noch höhere Zahlen genannt (12).*

Bosch und Ross (13) beschrieben in einem Artikel detailliert, wie Ghostwriting in der medizinischen Literatur typischerweise abläuft: Das Manuskript wird in der Regel von einem Mitarbeiter eines Pharmaunternehmens oder einem professionellen Schreiber, dem Ghostwriter, verfasst. Anschliessend wird ein akademischer Experte – häufig als „Opinion Leader“ bezeichnet – gebeten, seinen Namen als Autor darunterzusetzen. Nachdem dieser möglicherweise kleinere redaktionelle Änderungen vorgenommen hat,

wird das Manuskript zur Publikation eingereicht. Laut Bosch und Ross erhalten diese akademischen Experten dafür finanzielle Entschädigungen – manchmal in geringen, manchmal auch in sehr ansehnlichen Mengen.

### **Vertrauen in die Behörden**

Bund, Kantone und Gemeinden tragen im Gesundheitswesen jeweils unterschiedliche Verantwortlichkeiten. Eine zentrale Aufgabe des Bundes – beziehungsweise des Bundesamts für Gesundheit – ist die Einführung einer elektronischen Krankengeschichte. Das Ziel ist die Speicherung medizinischer Daten zu standardisieren und deren Sicherheit zu gewährleisten. Zwar werden seit den 1990er-Jahren in vielen Spitälern und Arztpraxen Patientendaten digital erfasst, jedoch fehlen bis heute einheitliche Standards. Dadurch können diese Daten nur eingeschränkt genutzt und nur schwer zwischen verschiedenen Institutionen ausgetauscht werden. 2007 verabschiedete der Bundesrat die «Strategie eHealth Schweiz 2007–2015», mit dem Ziel, den Leistungserbringern bis Ende 2015 einen elektronischen Zugriff auf behandlungsrelevante Informationen zu ermöglichen. Dieses Ziel wurde jedoch klar verfehlt.

2018 folgte die gemeinsam von Bund und Kantonen beschlossene Strategie «eHealth Schweiz 2.0». Für die breite Öffentlichkeit war seither – abgesehen von der Umbenennung des «Elektronischen Patientendossiers (EPD)» in «Elektronisches Gesundheitsdossier (E-GD)» – kein Fortschritt erkennbar. Nach über 25 Jahren Diskussionen, Strategien und erheblichen Investitionen waren bis Oktober 2025 erst etwas mehr als 120'000 EPDs eröffnet (14).

Medienberichten zufolge hat die für das Gesundheitswesen zuständige Bundesrätin Elisabeth Baume-Schneider beim «Krisenprojekt» ihres Vorgängers einen radikalen Neustart angekündigt («Tabula rasa») (15). Bereits am nächsten Tag kritisierte die «Digitale Gesellschaft» diesen Ansatz scharf und warnte: «Der Bundesrat macht leider alles falsch» (16). Für die Öffentlichkeit ist schwer einzuordnen, ob diese Kritik zutrifft oder nicht.

Solche widersprüchlichen Signale stärken das Vertrauen in das elektronische Dossier kaum. Für Laien, die ihre Gesundheitsdaten im E-GD speichern sollen, wirkt die

Situation eher abschreckend. Frei nach dem Motto «Im Zweifel – nie» dürfte es deshalb noch lange dauern, bis ein grosser Teil der Bevölkerung bereit ist, seine Gesundheitsdaten elektronisch zu hinterlegen.

Vertrauen ist grundlegend für das Funktionieren der Gesellschaft – und besonders wichtig in der Medizin. Es erleichtert die Zusammenarbeit zwischen Patienten, Ärztinnen, Forschenden und Behörden. Geht Vertrauen verloren, führt dies meist zu mehr Kontrolle, Regulierung und Bürokratie, was das System schwerfälliger macht.

#### Referenzen

1. El-Mafaalani A. Misstrauensgemeinschaften: Kiepenheuer&Witsch; 2025.
2. Straumann F. Bargeldzahlungen vor OP: Ärzte verlangen Zusatzhonorare. Tagesanzeiger. 2025 18. November.
3. medinside. Im Ausland gesperrt, in der Schweiz als Arzt tätig. 2025 2. Oktober.
4. Oberli P, Gamp R, Ronga P, Stahl S, Genzken L. Arzt verging sich an norwegischen Patientinnen - und arbeitet jetzt in der Schweiz. Tagesanzeiger. 2025 2. Oktober.
5. Okyay RA, Kocyigit BF, Kumar AB, Yessirkepov M, Sumbul HE. Fifty Years of Retracted Medical Publications From 1975 to 2024: A Comprehensive Analysis of Trends, Reasons, and Countries Using the Retraction Watch Database. *Journal of Korean Medical Science*. 2024;40.
6. Ioannidis JP. Why most published research findings are false. *PLoS medicine*. 2005;2(8):e124.
7. Abbasi K. Transparency and trust. *BMJ*. 2004;329(7472).
8. Boutron I, Dutton S, Ravaud P, Altman DG. Reporting and interpretation of randomized controlled trials with statistically nonsignificant results for primary outcomes. *JAMA*. 2010;303(20):2058–64.
9. Lisse JR, Perlman M, Johansson G, Shoemaker JR, Schechtman J, Skalky CS, et al. Gastrointestinal tolerability and effectiveness of rofecoxib versus naproxen in the treatment of osteoarthritis: a randomized, controlled trial. *Annals of internal medicine*. 2003;139(7):539–46.

10. Berenson A. Evidence in Vioxx Suits Shows Intervention by Merck Officials. New York Times. 2005 April, 24.
11. Oreskes N. Cleaning the scientific house: Rebuilding trust in science requires confronting the harms of ghostwriting. American Association for the Advancement of Science; 2025. p. eaec4187.
12. Mayor S. Rofecoxib caused excess heart disease. British Medical Journal Publishing Group; 2005.
13. Bosch X, Ross JS. Ghostwriting: research misconduct, plagiarism, or fool's gold? The American Journal of medicine. 2012;125(4):324–6.
14. ehealthsuisse. Das elektronische Patientendossier. Aktueller Stand.; 2025.
15. Schlapbach Q. Baume-Schneider macht beim Krisenprojket ihres Amtsvorgängers Tabula rasa. Tagesanzeiger. 2025 5. November.
16. Schlapbach Q. Digitalexperten warnen: "Der Bundesrat macht leider alles falsch". Tagesanzeiger. 2025 7. November.