

**Symposium Gesundheitspolitisches Forum am 25. November 2008:  
Wer bestimmt den Nutzen der medizinischen Versorgung?  
Ein kritischer Diskurs**

**Vortrag „Individueller Nutzen und kollektiver Nutzen – unvereinbare Gegensätze?“**

**Prof. Dr. Gisela Fischer**  
**Medizinische Hochschule Hannover**

Meine Ausführungen sollen dazu dienen, die Überlegungen zum medizinischen Nutzen in einen etwas breiteren Rahmen zu stellen. Insofern möchte ich versuchen, eine Gedankenkette aufzubauen, die mir für den Rahmen unserer Diskussion wichtig erscheint und einige, wenige Aspekte etwas vertiefend herausgreifen.

### **1. Zweck der Medizin**

Zur Auseinandersetzung mit dem Verhältnis zwischen individuellem und kollektivem Nutzen scheint es sinnvoll, eine Gedankenkette zu durchlaufen, die von dem Zweck der Medizin, von dem Gut der Gesundheit und den daraus abgeleiteten Folgerungen für individuellen und kollektiven Nutzen ausgeht, um dann zu untersuchen, ob es sich bei individuellem und gesellschaftlichem Nutzen wirklich um unvereinbare Gegensätze handelt. Schließlich möchte ich dann herausarbeiten, was das für den Umgang mit dem Patienten, insbesondere aber auch für das Selbstverständnis der Medizin bedeutet.

Wir haben in Deutschland seit Jahrzehnten eine, wenn auch eher wenig bekannte, Diskussion, die sich mit dem Status und Zweck der Medizin auseinandersetzt. Klare Aussagen hierzu sind insbesondere bei dem deutschen Philosophen Wieland zu finden, den ich kurz zitieren will: *"Der Status der Medizin ist nicht von ihren Hilfsmitteln, also Wissenschaft und Technologie, auszumachen, sondern ausschließlich von ihrem Ziel. Die Erforschung bloßer Fakten liefert für sich alleine niemals eine tragfähige Basis für die Beantwortung von Legitimationsfragen, selbst nicht einmal der Frage, warum überhaupt Medizin?"* Und nach Wieland geht es im Kern darum, die Wirklichkeit des kranken Menschen zu verändern. Das scheint zunächst trivial. Es ist aber nicht trivial, wenn wir an die Gesamtinszenierung des Gesundheitswesens, wie es uns heute entgegentritt, denken. Es geht also primär nicht um die wirtschaftliche Entfaltung irgendwelcher Branchen, was natürlich nicht ausgeschlossen werden kann und sollte, es geht auch nicht primär um gewisse Entfaltungstendenzen von Gesundheitsberufen einschließlich der Medizin, sondern es geht primär, um eine Verbesserung der Lebenssituation des einzelnen Patienten. Auf diesen Kern muss sich die gesamte Legitimationskette zurückführen lassen.

### **2. Das Gut Gesundheit**

Der zweite Punkt bezieht sich auf das Gut Gesundheit. Gesundheit wird von philosophischer Seite als fundamentales Gut bezeichnet (Honnfelder). Gesundheit ist also nicht das höchste Gut. Als fundamentales Gut ermöglicht sie erst die spezifische Seinsform des Menschen mit all unseren Äußerungen, die ihm zur Verfügung stehen. Gesundheit drückt immer Werturteile aus. Es gibt keinen wertfreien Gesundheitsbegriff. Es handelt sich um ein individuelles, zugleich aber auch um ein gesellschaftliches Gut. Gerade aus diesem Dualismus lässt sich eine Pflicht des Individuums ableiten, die eigene Gesundheit nicht nur für sich selbst, sondern auch für die Gemeinschaft zu erhalten. Daraus kann man folgern, dass eine Pflicht zur solidarischen Mitwirkung aller Bürger für die Gesundheit aller Bürger besteht und dass eine Schädigung der eigenen Gesundheit auch eine Schädigung der Gemeinschaft wäre. Dagegen ließe sich einwenden, bzw. ergänzen, dass in einer durch eine so hohe Pluralität der Lebensentwürfe gekennzeichneten Gesellschaft wie unserer die individuelle Freiheit ein hohes gesellschaftliches Gut darstellt, so dass auch der Umgang mit Gesundheit in das eigenverantwortliche Management des Einzelnen zu stellen ist.

### **3. Individueller und kollektiver Nutzen**

Wie sind nun individueller und kollektiver Nutzen vereinbar, beziehungsweise handelt es sich wirklich um unvereinbare Gegensätze? Die übliche Antwort auf diese Frage besteht darin, dass die

Summation des individuellen Nutzens den kollektiven Nutzen generiert, sicher eine verkürzte Sichtweise, wozu ich auch auf die Ausführungen von Herrn Hengsbach verweise. In der Praxis bestehen meist ganz erhebliche Schwierigkeiten, zwischen individuellem und kollektivem Nutzen einen Zusammenhang herzustellen. Um dies zu verstehen, ist es erforderlich, Kennzeichen des kollektiven und individuellen Nutzens zu beleuchten.

Der in der Medizin überwiegend gebrauchte kollektive Nutzenbegriff wird auf der Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse generiert. Diese fragen nach der methodisch best verfügbaren auf Studien basierender Erkenntnis. In der Regel ist der kollektive Nutzen statistisch begründet, das heißt, wir erkennen die Überlegenheit eines Verfahrens gegenüber einem anderen Verfahren oder gegenüber Placebo und drücken diese statistisch aus. Damit wird die günstigste, d.h. unter optimierten Studienbedingungen erzielte, Eintrittswahrscheinlichkeit der gewünschten therapeutischen Wirkung beschrieben. Der kollektive Nutzen umfasst heute im Sinne der gesetzlich geforderten Kosten-Nutzen-Bewertung auch das, was als finanziell vertretbar angesehen wird.

Wie verhält es sich mit dem subjektiven Nutzen?

Wenn wir uns vergegenwärtigen, wie sich Krankheit und medizinischer Nutzen aus der Sicht des Patienten darstellen, so handelt sich immer um ein mit starker subjektiver Bedeutung und Wertung ausgestattetes Konstrukt. Es geht um die Verbesserung einer konkreten individuellen Lebenssituation, es geht um Lebensentfaltung im Sinne körperlicher funktionaler oder mentaler Potenziale, aber durchaus auch um Fragen einer veränderten Sichtweise der individuellen Lage oder dessen, was der Patient in seiner Welt der Lebensdeutungen und -erwartungen interpretatorisch ableitet. Die Bedeutung dieser subjektiven Komponente wird am Beispiel ihrer versorgungstechnischen und ökonomischen Dimension besonders deutlich: Sie alle wissen, dass zum Beispiel ein arthrotisch bedingter Kniegelenksschmerz bei einer 80-jährigen Frau eine vorübergehende Unpässlichkeit sein kann. Bei gleichem pathologischem Befund kann es sich aber auch, eben durch den Filter der subjektiven Bewertung, um den Beginn einer chronischen Krankheits- und Behandlungssituation und -karriere handeln, die schließlich im Gelenkersatz endet. Das Beispiel verweist zugleich auf die große Variabilität von Gesundheitsverläufen. Der Einfluss subjektiver Faktoren auf das Krankheitsgeschehen begleitet die Medizin von Anbeginn. Novalis z. B. hat es wie folgt ausgedrückt: *"Das Ideal einer vollkommenen Gesundheit ist nur wissenschaftlich interessant. Krankheit gehört zur Individualisierung."*

Sie alle sehen, sofern sie mit Kranken zu tun haben, täglich, dass Patienten Entscheidungen aus ihrem subjektiven biographischen Erleben, ihrem Lebenskonzept und -Deutungsgefüge heraus z. B. durch Ängste, Erwartungen und Hoffnungen, treffen. Es ist also keineswegs so, dass die Entscheidungen, die Patienten treffen, immer nur auf informativer Basis erfolgen. Es lässt sich nicht leugnen, dass Gesundheit in hohem Maße durch irrationale Faktoren begründet ist. So sind eindrucksvolle Anekdoten von berühmten Ärzten überliefert, wonach aus einer harmlosen, vorübergehenden kleinen Entzündungsschwellung im Bewusstsein hoch erfahrener Kollegen, ein bösartiger Prozess wurde oder, der für jedermann sichtbare große Tumor noch immer, auch gegenüber Kollegen, als vorübergehende Unpässlichkeit dargestellt wurde.

Über den wichtigen Einfluss der Qualität der Patienten-Arzt-Beziehung auf das Krankheitsgeschehen haben wir heute schon eindrucksvolle Ausführungen gehört. Schließlich können die genannten Faktoren sich in der Verweigerung der Angebote darstellen. Wir kennen alle z. B. die Zahlen der mangelhaften Inanspruchnahme von Vorsorge. Die Compliance, der der Sachverständigenrat in ökonomischer Hinsicht die Dimension einer Volkskrankheit zuschreibt, wurde bereits angesprochen.

#### **4. Beziehung zwischen kollektivem und subjektivem Nutzen**

Die Betrachtung der beiden Nutzenkonzepte, subjektiver und kollektiver Nutzen zeigt, dass wir es mit unterschiedlichen Entscheidungswelten zu tun haben, in denen entsprechend unterschiedliche Maßstäbe gelten. Kollektiver und subjektiver Nutzen lassen sich deshalb auch nur bedingt jeweils gegenseitig aus ihren Konzepten her begründen. Was trägt zu diesem Gap zwischen individuellem und kollektivem Nutzen bei?

Versorgungsepidemiologische Untersuchungen zeigen, dass die Wahrscheinlichkeit, mit der die Wirkung eines medizinischen Verfahrens erwartet werden kann, bezogen auf bevölkerungsmedizinische Ebene nicht selten relativ gering ist. Sie kennen alle das Prinzip der „number needed to treat“, das heißt, wir müssen teilweise an die 200 Patienten behandeln, damit einer (!) von einer z. B. im Herz-Kreislauf-Sektor präventiv orientierten Maßnahme im Sinne der Verhinderung einer fatalen Entwicklung, z.B. Infarkt oder Apoplex, tatsächlich profitiert. Diese Tatsache würde, wenn man sie offen kommunizierte, sicherlich die Entscheidung des Patienten beeinflussen. Sie stellt aber als solche auch schon einen Bestandteil des Missverhältnisses zwischen individuellem und kollektivem Nutzen dar.

Wir haben bereits gesehen, dass der Patient entsprechend seiner subjektiven Lebensprioritäten autonom entscheidet und dass dies keineswegs immer dazu führt, dass medizinische Möglichkeiten voll ausgeschöpft werden. Der individuelle Nutzen ist nicht nur ein medizinisches Produkt, sondern ist die Gesamtheit eines persönlichen Bewertungsvorganges, der sehr stark von patientenbezogenen Faktoren geprägt ist, die keine primär medizinische Implikation besitzen.

Die Systemlogik, auch das wurde aus dem ersten Vortrag heute Morgen sehr gut deutlich, geht in der allgemeinen Diskussion in der Regel von einer Identität zwischen dem wissenschaftlich nachgewiesenen Nutzen und dem subjektiven Nutzen aus. Viele Anforderungen, die an das System gestellt werden, sind mit der Vorstellung verbunden, man müsste eigentlich noch Rationalisierungsreserven heben können, die durch bessere Anwendung, durch zielgerichteteren Einsatz medizinischer Maßnahmen erreichbar sind. Sie scheitern in der Praxis nicht zuletzt auch an der Tatsache, dass sie einem anderen nicht von der gleichen Rationalität geprägten, nämlich autonomen Entscheidungssystem des Patienten gegenüberstehen, in dem ihre Bedeutung eingeschränkt und relativiert wird.

## **5. Überbrückung der Gegensätze**

Wie kann man angesichts dieser Situation individuellen und kollektiven Nutzen stärker in Einklang bringen? Die zentrale Aufgabe liegt hier meines Erachtens in der gesundheitlichen Versorgung. Es geht z. B. darum, im Rahmen der ärztlichen Beratung die Sinnhaftigkeit einer Maßnahme so zu vermitteln, dass dabei auch an den Prioritäten des Patienten, also den in seiner Lebenswelt wirksamen Ergebnissen einer Behandlung, angeknüpft werden kann. Was würde die Anwendung eines medizinischen Verfahrens für die Situation des Patienten, für seinen Alltag oder für seine gesundheitliche Perspektive konkret bedeuten?

Es geht auch darum, dass das Selbstverständnis der Medizin speziell auch in der Ausbildung etwas von der Problematik, um die es bei unserer Tagung geht, widerspiegelt. Es wurde heute eine Vorreiter und Wortführerschaft der Ärzteschaft gefordert in solchen grundlegenden Fragen. Ich möchte in Ergänzung in Bezug auf die medizinische Ausbildung, die nebenbei vieles von dem, was Sie angemahnt haben, enthält, (in der Vorklinik gibt es mehrere Semester, die sich damit beschäftigen), sehr verkürzt die Gedankengänge, die mir hier entscheidend erscheinen, ansprechen. Ich bin der Meinung, dass wir heute eine radikale Studienreform brauchen, die nicht von den anatomischen Grundlagen des Körpers ausgeht, sondern zunächst einmal von den medizinischen und humanitären Bedürfnissen unserer heutigen Zeit, und die diese Frage genauso dem Zeitgang anpasst, wie sie auch die naturwissenschaftlichen Grundlagen der Medizin dem Zeitgang der Erkenntnisse anpasst. Hierzu dürfen wir uns keine Illusionen machen, solche Einsichten sind nicht auf die Schnelle zu haben, auch nicht durch methodisch noch so sauber gemachte Befragungen im Sinne der empirischen Sozialforschung. Sie setzen eine permanente, das Studium mit- konstituierende Auseinandersetzung mit der zeitgenössischen Philosophie, Anthropologie und Wertlehre und den Lebenswelten und -bedürfnissen einer der Medizin (hinsichtlich ihrer Möglichkeiten) anvertrauten Bevölkerung voraus. Erst eine Medizin, die bereit ist, sich in dieser Weise neu und grundsätzlicher als bisher auf den Menschen als ein um seine Identität bemühtes Individuum und die Gesundheitsbedürfnisse der Gesellschaft einzulassen, kann eine umfassende und dann eben auch wirklich wirksame Hilfe gewähren. Die Wahrnehmung der Veränderung und Verwandlung der

Krankheitslage im Bewusstsein des Patienten, denn dort wird der individuelle Nutzen gesteuert, kann hier sicherlich einen entscheidenden Schritt beitragen.

Als Letztes möchte ich noch eine Folgerung als Diskussionsanregung aus dieser gesamten Diskussion, wie wir sie bisher heute erlebt hatten, ableiten. Wenn wir, und das haben alle Vorträge bestätigt, zu der Auffassung kommen, dass die Gesundheit sich primär aus der individuellen Perspektive definiert und der individuelle Nutzen leitend ist für das, was wir uns als Outcome vorstellen, und dass die Gesundheit sich in der persönlichen Verarbeitung unserer Angebote auf individueller Ebene des Patienten bildet, dann stellt sich die Frage, inwieweit sich diese persönliche Zusatzleistung zu dem medizinischen Angebot nicht auch im Sinne einer eigenverantwortlichen Gesundheitssicherung widerspiegeln könnte. Sie wissen, dass es hierzu bereits gut ausgearbeitete Konzepte gibt, wonach neben oder zusätzlich zu einer solidarischen Absicherung, für die wir auch gute Gründe gehört haben, man sich Anteile einer stärkeren eigenverantwortlichen Gesundheitssicherung denken könnte, die eigentlich dieser Forderung nach Individualisierung von Gesundheit, die immer wieder gestellt wird, am ehesten gerecht wird. Damit komme ich zum Ende meiner sehr stark verkürzten Überlegung. Vielen Dank.