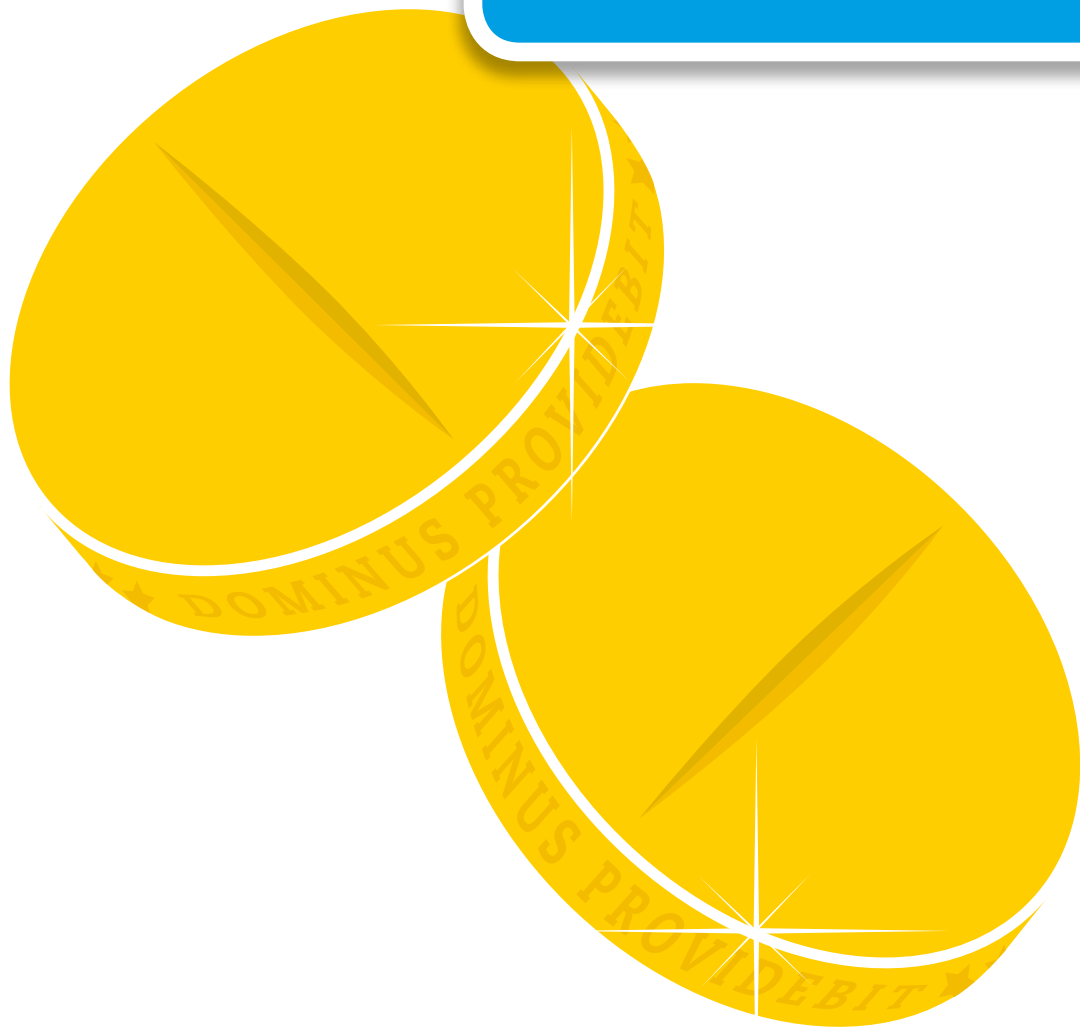


im  
**dialog**



# Nur der Zweck heiligt die Mittel

Im Fokus: Medikamente, ihr Nutzen und Preis

«Hoffnung ist nicht die Überzeugung, dass etwas gut ausgeht, sondern die Überzeugung, dass etwas Sinn hat, egal wie es ausgeht» (Václav Havel).  
Drei Hypothesen zu den möglichen Investitionen am Lebensende und zur Hoffnung auf Heilung.

Von Dr. med. Steffen Eychmüller

# Über Werte und Kosten am Lebensende

**H**offnung auf Heilung ist die wichtigste Energiequelle bei weit fortgeschrittenen Erkrankungen. Meist stützt sich die Hoffnung auf medizinisch-technische Errungenschaften. Keine Kosten sollen gescheut werden, wenn es um den Zugang zu allerneuesten Forschungsergebnissen aus aller Welt geht. Böse Zungen sprechen hier vom riesigen Geschäft mit der Hoffnung, oder eben mit der Angst. Dabei geht oft verloren, dass es auch heute noch – vor allem in der letzten Lebensphase – zwei Seiten derselben Medaille gibt: auf der einen Seite die «Machsals» (B. Marquard), auf der anderen das Schicksal. Das Beste zu hoffen und das Schwierige vorzubereiten, scheint der sinnvolle Mittelweg.

## Autonomie als wichtigster Eckpfeiler

Die Idee der Machbarkeit, die «Machsals», passt besser zur heutigen Gesellschaft, welche die Autonomie als wichtigsten Eckpfeiler der menschlichen Würde definiert, und nicht das passive Erdulden des Schicksals. Das spiegelt sich in den eigenen Erwartungen wider. Sie sind ausgerichtet auf das Recht, neueste und teuerste Therapien auch noch kurz vor dem Lebensende in Anspruch

nehmen zu können. Der eigene Wert wird in unserer ökonomisierten Welt in dieser Situation an der Investition in medizinische Therapien bemessen, die auch in fast aussichtsloser Lage getätigt werden. Ist das nicht mehr möglich, scheint die Selbstentsorgung in Form von Suizidbeihilfe oder Euthanasie ein logischer Schritt. «Wenn Leben zur ökonomischen Funktion wird, bedeutet Desinvestment Tod» (U. Bröckling).

## Wertbestimmungen

Verschiedene Annahmen, die keineswegs naturgegeben sind, beeinflussen diese Wertbestimmungen: Ob Autonomie beispielsweise wirklich das höchste Gut ist, ist fraglich. De facto sind wir als Menschen enorm verletzlich und abhängig von unserer Umwelt. Trotz vielen Forschungsarbeiten und medizinischen Fortschritten bleibt das Sterben eine Realität. Wesentlich aber ist, wozu wir vor dem Lebensende investieren, wo wir Hoffnung auf Heilung sehen und wie wir Heilung definieren. Hierzu drei Hypothesen:

## Einseitige Konzentration auf molekulare Welt

Die teuren Medikamente, die besonders bei sehr weit fortgeschrittenen Erkrankungen heute als Hoffnungsträger gelten, konzentrieren sich auf die Regulation und Interaktion der molekularen Welt. Bei schwer kranken Menschen sind diese Medikamente allerdings kaum oder nie getestet worden, auch nicht im Rahmen von komplexen Regulationsstörungen unter Einschluss von Organinsuffizienzen am Lebensende. Wenn eingesetzt in den letzten Monaten oder Wochen des Lebens, müssten diese Anwendungen systematisch auf Wirkungen und Nebenwirkungen geprüft werden, um in Bezug auf die Indikationsqualität beurteilt werden zu können; und hier nicht nur in Bezug auf Laborwerte und beispielsweise Tumorverlauf, sondern auf den Einfluss auf die körperliche, psychische und soziale Aktivität der Betroffenen.

**«Ökonomische Anreize bestimmen darüber, welchen Wert welche Intervention am Lebensende hat.»**

## Ganzheitliche Betreuung als Ziel

Die meisten Menschen wünschen sich heute eine ganzheitliche Betreuung und Behandlung, also mehr als nur die Einwirkung auf die molekulare Ebene. Die Grundlage hierfür ist eine symmetrische Kommunikation, d.h. ein Miteinander von Fachspezialisten und

## In Kürze

- Das Lebensende ist trotz aller Fortschritte eine Realität, die alle trifft.
- De facto wünschen sich die meisten Menschen am Lebensende mehr als Medikamente oder technische Interventionen.
- Anreize für beste Vorausplanung und Betreuung in regionalen Netzwerken fehlen bisher weitgehend.



Patient. Diese Symmetrie betrifft auch die Kommunikation unter Fachleuten: Einschätzungen von Hausärzten werden heute seitens der Fachspezialisten häufig als unwissenschaftlich eingestuft. Hier könnte der Ansatz einer Art kollektiver Bescheidenheit helfen: Die Patienten akzeptieren, dass es trotz aller Fortschritte ein Schicksal gibt, Fachspezialisten relativieren die eigene Einwirkungsmöglichkeit aufgrund der häufigen klinischen Erfahrung, dass in diesen Situationen der mögliche Schaden grösser sein kann als der Nutzen, und die Hausärzte konzentrieren sich auf ihre Rolle als wesentliche «Bergführer» in diesen teilweise so schwierigen Lebenslagen mit einem enorm wertvollen «Medikament»: einer verlässlichen und sicherheitspendenden Beziehung mit Planung und Austausch auf Augenhöhe, auch unter Einbezug der Angehörigen. Darauf stützt sich dann die Hoffnung für eine Zukunft mit guter Lebensqualität trotz Einschränkungen.

#### Ökonomische Fehlanreize verhindern

Ökonomische Anreize bestimmen darüber, welchen Wert welche Intervention am Lebensende hat. Ein

Beispiel: Heute sind durch das KVG medizinisch-invasive Massnahmen wie die Einlage von Koronarstents, Antikörper in der Tumorthherapie oder die Radiotherapie bis zum Lebensende kostenmässig voll abgedeckt. Entscheidet sich ein Mensch gegen eine solche medizinische Intervention und legt den Schwerpunkt des für ihn «Heilsamen» auf das familiäre Umfeld zuhause, entstehen bei hohem Pflegeaufwand zum Teil erhebliche Kosten, die er grösstenteils aus der eigenen Tasche bezahlen muss. Die Unterfinanzierung der ambulanten Versorgung von Schwerkranken steht hier im starken Kontrast zur politischen Zielsetzung der Gesundheitsagenda 2020 des Bundesrats mit Bevorzugung einer integrierten Versorgung über die Grenzen des fragmentierten Gesundheitssystems hinweg. Hier ist die Politik gefordert, damit volkswirtschaftliche Anreize (d.h. Betreuung im Netz) zumindest ähnlich gewichtet werden wie betriebswirtschaftliche, und die Gesamtbilanz der «Patientenreise» zwischen verschiedenen Behandlungs-Settings im Blickfeld hat. Viele Studien zeigen, dass ein verlässliches Palliativnetz über die Institutionsgrenzen hinweg nicht nur die Qualität der Betreuung am Lebensende massiv verbessert, sondern auch enorm die Kosten in den letzten Lebenswochen reduziert. Letzteres gelingt insbesondere durch eine deutlich geringere Inanspruchnahme von Notfallabteilungen oder Intensivstationen. Für die Vorausplanung über die Sektorengrenzen hinweg und beste Koordination im «Netz» sollte es demnach klare Anreize geben.

---

**Dr. med. Steffen Eychmüller** ist leitender Arzt am universitären Zentrum für Palliative Care am Inselspital in Bern.



Palliative Care sind alle Massnahmen, die das Leiden eines **unheilbar kranken Menschen lindern** und ihm eine bestmögliche Lebensqualität bis zum Ende verschaffen.