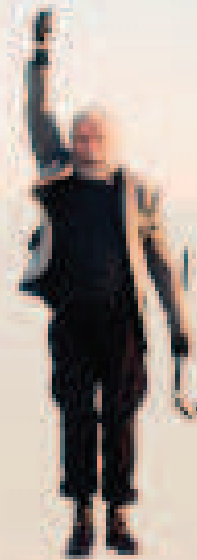
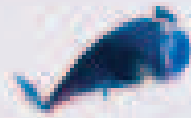
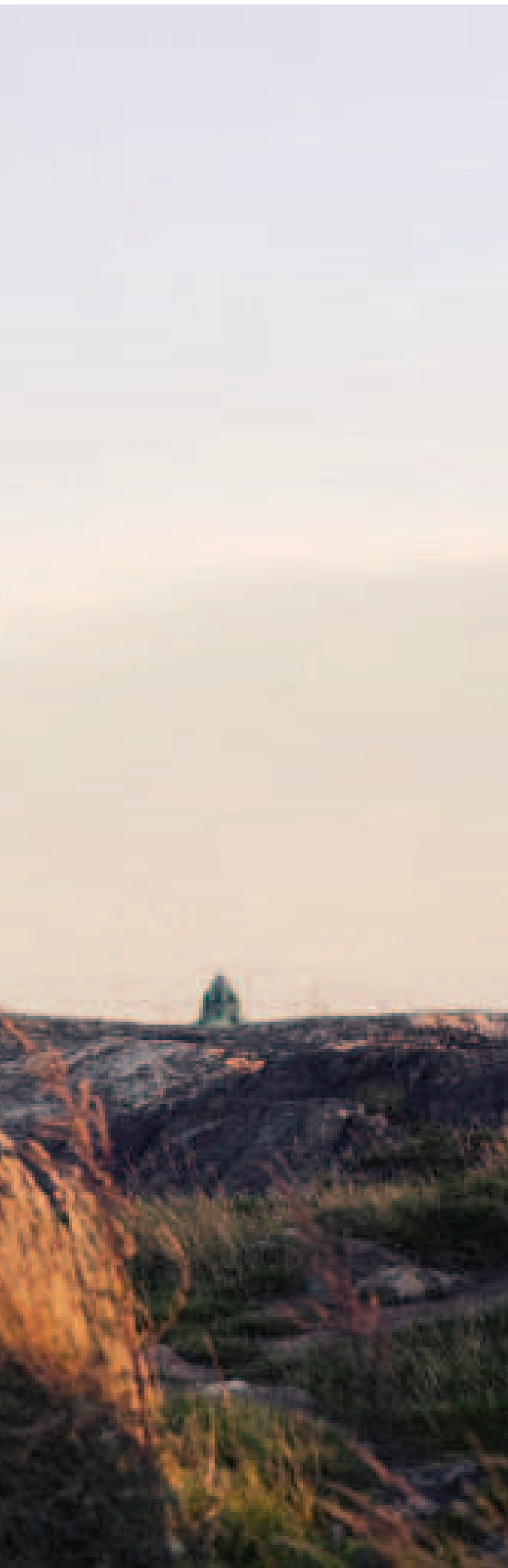


# WIE WIR STERBEN WOLLEN

*Wir werden immer älter und immer kränker –  
und immer teurere Medikamente versprechen  
ein noch längeres Leben. Doch wie viel ist das  
Leben wert, wie viel Leid und wie viel Geld?*

TEXT: THOMAS TRESCHER • MITARBEIT: PHILINE SEYDEL  
FOTOGRAFIE: VIKTOR GÅRDSÄTER





Die ersten Erdbeeren der Saison sind fast immer eine Enttäuschung. Wässrig und geschmacklos, halten sie das Versprechen nicht, das ihre knallrote Farbe gibt. Und jedes Jahr beschließt man, nächstes Mal zwei Wochen länger zu warten, bis man die ersten Erdbeeren kauft, nicht mehr die importierten aus Spanien. Magdalena P. hat aber kein Jahr mehr, wahrscheinlich nicht einmal mehr zwei Wochen. Schilddrüsenkrebs. „Ich habe eine Überraschung für dich“, sagt ihre Tochter, greift in die Tasche und stellt Erdbeeren auf den Tisch. Frau P. kennt das Problem, mit einem Lächeln fragt sie: „Woher?“ – „Leider nur spanische“, sagt die Tochter, während Frau P. sich trotzdem eine in den Mund steckt und strahlt. Wenigstens bei ihren letzten ersten Erdbeeren hat sie Glück, sie sind fast so süß wie rot.

Magdalena P. sitzt in einem kleinen Raum der Palliativstation im Linzer Spital der Barmherzigen Schwestern, die Abteilung ist gedacht für Patienten, die die Ärzte nicht mehr heilen können. Menschen, die „aus therapiert“ sind, wie das im Fachjargon heißt. Ihr gegenüber sitzen ihr Mann und ihre Tochter, jeden Tag kommen sie hierher. Neben P. steht ein Gehwagen, an dem ein Sauerstoffgerät befestigt ist. Ein durchsichtiger Schlauch führt zu ihrer Nase, das Gasgemisch hilft ihr beim Atmen. „Vor dem Tod habe ich keine Angst“, sagt sie mit rauer Stimme. „Nur vor dem Sterben.“ Ein Tumor drückt auf die Luftröhre, das Sprechen fällt ihr noch schwerer als das Atmen, und ihre größte Angst ist, am Ende zu ersticken, auch wenn ihr die Ärzte immer wieder versichern, dass das nicht passieren wird. Erst Ende März wurde sie mit Verdacht auf Grippe in das Krankenhaus Wels eingeliefert; es stellte sich heraus, dass ihr kein Infekt, sondern ein bösartiger Tumor zu schaffen machte. Diagnose: unheilbar. Vor einer Woche wurde sie in Linz aufgenommen, sie weiß, dass sie die Station nicht mehr verlassen wird.

Die 80 Jahre bis zu ihrer Krebsdiagnose hat Magdalena P. mehr oder weniger gesund verbracht, damit ist sie eine Ausnahme. Wir werden, und das ist die gute Nachricht, immer älter. 65-Jährige in Österreich haben eine verbleibende Lebenserwartung von 21,4 Jahren bei Frauen und 17,9 bei Männern. Leider gibt es auch eine schlechte Nachricht: Frauen sind statistisch gesehen nur 6,9 dieser Jahre gesund, Männer 7,4. Mehr als die Hälfte ihres verbleibenden Lebens werden sie krank verbringen, viele von ihnen chronisch, mit Schmerzen und eingeschränkter Mobilität. Im Krankenhaus, unter Medikamenten, mit Nebenwirkungen. Es ist der Preis für ein immer längeres Leben. Und irgendwann kommt der Punkt, an dem man zu überlegen beginnt, wie viel Leid



## BALLOON MAN

Der schwedische Fotograf Viktor Gårdsäter hat diese Geschichte bebildert. In seinem Fotoprojekt „Balloon Man’s Last Walk“ inszeniert er den fiktiven letzten Tag eines alten Mannes. Dieser hat sich noch einmal schick gemacht und besucht auf seinem letzten Spaziergang nostalgisch besetzte Orte seines Lebens. Der Ballon in Delfinform zieht bereits an ihm vorbei, am Ende seines letzten Tages schwebt er im Sonnenuntergang Richtung Himmel.

und Schmerz man ertragen will, um das Leben noch ein bisschen zu verlängern; wie viel es einem wert ist.

„Da müssen wir uns einige Fragen stellen“, sagt Sigrid Pilz, Wiener Patientenanwältin und ehemalige Gesundheitssprecherin der Wiener Grünen. „Möchte ich einen Zugewinn von Wochen oder Monaten unter der Akzeptanz von Nebenwirkungen? Ist es mir das wert, zwei Monate im Spital zu speiben? Oder will ich eine gute Schmerztherapie, Besuche machen, im Wienerwald spazieren gehen – eine letzte Runde Leben?“ Meistens sind es Krebspatienten wie Magdalena P., die sich solche Fragen stellen müssen. Oder müssten. Krebs ist die Ursache eines Viertels aller Todesfälle; bei rund 38.000 Menschen pro Jahr wird in Österreich eine bösartige Tumorerkrankung diagnostiziert. Viele von ihnen werden daran sterben, dem medizinischen Fortschritt zum Trotz. Die Wahrscheinlichkeit, fünf Jahre nach der Krebsdiagnose noch am Leben zu sein, stieg zwar von 1996 bis 2006 von 55 auf 61 Prozent. Aber oft ist es ein-

fach zu spät. Magdalena P. wurde nach ihrer Diagnose ein aggressiver Tumor entfernt, eine Chance auf Heilung gab es trotzdem nicht mehr, der Krebs wuchert weiter und breitet sich immer schneller aus. Ihr Chirurg riet ihr von einer Bestrahlung ab, eine solche Behandlung hätte ihr Leben wahrscheinlich nur um zwei Wochen verlängert, bei massiven Nebenwirkungen. Es war vermutlich ein Glücksfall, denn gerade bei Krebserkrankungen glaubt Sigrid Pilz, dass viele Ärzte mit falschen Hoffnungen operieren – und damit mehr Leid verursachen als lindern: „Man sagt: ‚Da haben wir noch ein Medikament‘, wo eigentlich schon der Zeitpunkt wäre zu sagen: ‚Ich kann Sie nicht mehr gesund machen.‘“

**M**agdalena P. hat ihren Frieden gefunden, sie kämpft gegen nichts mehr an. Ihre Hoffnung ist ein sanftes Sterben. „Jetzt wollten sie mich punktieren, weil ich Wasser in der Lunge habe, aber das habe ich auch abgelehnt.“ Sie genießt ihre verbleibende Zeit, soweit das möglich ist, lacht viel, wenn sie mit ihrem Mann und ihrer Tochter spricht. Sie hat nicht aufgegeben, sondern abgeschlossen. Lebensverlängernde Maßnahmen hat sie bereits lange vor ihrer Diagnose abgelehnt, wahrscheinlich ist eine solche Entscheidung einfacher, wenn man wie Frau P. an Gott und ein Leben danach glaubt. Aber verändert es den Standpunkt nicht trotzdem, wenn man eine solche Diagnose bekommt? „Wenn man dann wirklich davorsteht, gell?“, sagt sie und lächelt. „Man macht sich immer wieder seine Gedanken. Gestern habe ich sehr schlecht eingeschlafen, und ich war in der Früh glücklich und froh, doch noch hier zu sein. Aber ich habe von vornherein akzeptiert, dass es jetzt zum Sterben kommt.“ Ein bisschen möchte sie noch durchhalten, der 60. Hochzeitstag ist nur noch vier Tage entfernt, „falls ich ihn noch erlebe. Gestern dachte ich, nein, heute habe ich das Gefühl, ja.“

Die letzten Tage der Magdalena P. sind eine Ausnahme, ein solches Loslassen ist in Österreichs Gesundheitssystem kaum mehr möglich. Das hat zum Beispiel zur Folge, dass mehr als die Hälfte der im Jahr 2011 Verstorbenen zum Todeszeitpunkt in einem Spital waren und nicht einmal ein Drittel zu Hause starb. „Neulich haben sie mich gefragt, ob ich nicht ein paar Tage nach Hause will, weil es anscheinend dem Ende zugeht“, sagt Magdalena P. „Aber ich fühle mich hier am besten aufgehoben und betreut.“ Viele andere stehen nicht vor dieser Wahl. „Das gehört thematisiert“, sagt Claudia Wild, Leiterin des Ludwig-Boltzmann-Instituts für Health Technology Assessment in Wien. „Wir müssen uns überlegen, wo wir als Gesellschaft stehen, welches Gesundheitssystem wir wollen. Was ich will, dass man mit mir tut an meinem Lebensende.“ Wild beschäftigt sich mit Nutzen und Folgen neuer medizinischer Technologien – und mit ihren Gefahren. „Ich glaube, dass die westliche Medizin völlig über die Grenzen gegangen ist und aus den Augen verloren hat, wie wir mit dem Sterben umgehen“, sagt sie.

Johann Zoidl kennt das Dilemma aus eigener Erfahrung. 15 Jahre lang war er als Radioonkologe tätig, hat

täglich Krebspatienten bestrahlt. Heute glaubt er, dass er viel zu oft über die Grenze gegangen ist. „Man kann in der Onkologie nicht sagen, ich mache nichts. Man macht“, sagt er. Seit dem Jahr 2000 leitet er die Palliativstation des Krankenhauses der Barmherzigen Schwestern in Linz, wo auch Magdalena P. ihre verbleibende Zeit verbringt. Sie und ihre Mitpatienten bekommen Schmerztherapien und psychologische wie spirituelle Hilfe, sie werden versorgt und gepflegt, nicht mehr geheilt. Zoidl erzählt von mehrstündigen Patientengesprächen, die nirgends als Leistung im medizinischen Sinn aufscheinen und auch nicht als solche abgerechnet werden, aber dem Leben am Ende viel mehr Qualität geben, als jede Therapie es noch tun könnte. „Die Ärzte kommen auch auf die Angehörigen zu, was man von einem Krankenhaus nicht gewohnt ist“, sagt die Tochter von Frau P. Und Magdalena P. selbst gerät ins Schwärmen,



wenn sie von der Betreuung hier spricht: „Es ist nicht wie sonst im Spital. Man bekommt sein Essen dann, wenn man es will, und man bekommt genau die Pflege, die man braucht. Und sogar ein Bier zu Mittag.“

Johann Zoidl wirkt, als sei er für diese Aufgabe geboren, man hört ihm gerne zu. Er spricht ruhig, gestikuliert gewählt, manchmal ähnelt er ein wenig einem Pfarrer. Mit der Funktion hat sich auch sein Blickwinkel radikal geändert, er spricht von einem „inneren Paradigmenwechsel“. Er fragt sich nicht mehr, ob es ethisch vertretbar ist, eine Therapie nicht mehr zu geben. „Die Frage ist: Dürfen wir alles machen, was wir machen können? Ist das ethisch vertretbar?“ An einer radioonkologischen Station wäre er heute kontraproduktiv, meint Zoidl: „Ich würde nicht mehr so oft eine Bestrahlungsindikation stellen, weil ich erkennen muss, dass ich die Lebensqualität nicht verbessern kann und auch das Leben nicht verlängere.“ Seine Kritik an der herrschenden Therapiepraxis ist deshalb so bedeutend, weil er die



andere Seite kennt – und vollstes Verständnis dafür hat. Zoidl unterstellt seinen onkologischen Kollegen nichts Böses. Dass Ärzte immer noch eine Therapie verschreiben, obwohl sie nach menschlichem Ermessen nichts mehr leisten kann, ist für ihn nur natürlich: „Wenn ich als Arzt etwas machen kann, geht es mir gut. Wenn ich nichts mehr machen kann, geht es mir nicht mehr gut. Wie kann ich diesem Menschen, der da vor mir liegt, unter die Augen treten, wenn ich nichts mehr für ihn tun kann?“ Und viele Patienten klammern sich an jeden Strohhalm, wenn ihnen jemand sagt, dass noch etwas getan werden kann: „Sie haben die Vorstellung: Solange ich eine Therapie bekomme, lebe ich. Werde ich nicht mehr therapiert, sterbe ich. Dass sie auch an Nebenwirkungen von Therapien sterben können, was immer wieder passiert, bedenken sie nicht. Es gilt allgemein: Man hat wenigstens alles versucht.“

Aretha Delight Davis formuliert es drastischer. „Wir foltern Menschen, bevor sie sterben“, sagte die US-amerikanische Ärztin kürzlich dem Magazin *The Atlantic*. Gemeinsam mit ihrem Mann Angelo Volantes, Professor an der Harvard Medical School in Boston, arbeitet sie an einem Projekt mit dem Ziel, Patienten objektiv über ihre Möglichkeiten und deren Folgen zu informieren. Denn viel zu oft würden Patienten ihre Ärzte nicht verstehen oder von ihnen nicht restlos aufgeklärt. Volantes und Davis glauben, dass Bilder die Folgen von Therapien besser darstellen, als es Worte je könnten. Im Jahr 2009 informierten sie eine Gruppe von Patienten mündlich darüber, welche Nebenwirkungen eine Behandlung haben würde; einer anderen Gruppe spielten sie ein Video vor, das Krebspatienten nach ihrer Behandlung zeigte, aber dieselben Informationen enthielt. 90 Prozent jener Patienten, die das Video sahen, entschieden sich in der Folge gegen lebensverlängernde Therapien – aber nur 22 Prozent derer, die die Informationen mündlich erhielten.

Viel zu oft werden Patienten aber nicht einmal darüber aufgeklärt, wie ihre Lage wirklich ist. Das Gespräch, um das sich viele Ärzte immer wieder drücken, hat nicht einmal ein deutsches Wort, meist heißt es „End-of-Life-Discussion“. Es meint die Aufklärung darüber, dass die Medizin mit ihrer Weisheit am Ende ist und Patienten sich überlegen müssen, wie sie ihre verbleibende Zeit verbringen wollen. Magdalena P. hörte von ihren Ärzten zunächst nur, ihr Körper sei eine Baustelle, irgendwo müsse man zu reparieren beginnen – und man habe sich zuerst für eine Operation entschieden. Als sie und ihre Familie wissen wollten, wie es wirklich um sie steht, war der zuständige Arzt, der sie zwei Wochen lang betreut hatte, plötzlich verschollen. „Ich hatte schon das Gefühl, der drückt sich einfach, um uns das nicht sagen zu müssen“, sagt ihre Tochter. Dabei ist Klarheit meis-

tens genau das, was Patienten wollen. „Wenn man dieses Gespräch in der richtigen Weise und zum richtigen Zeitpunkt führt, sind die Patienten extrem dankbar. Ich hatte noch nie einen Patienten, der gesagt hat: ‚Was haben Sie mir da angetan?‘“, sagt Herbert Watzke, der die Palliativstation am Wiener Allgemeinen Krankenhaus leitet. Dennoch: Werden unheilbare Krebspatienten auf eine Palliativstation überstellt, würden Onkologen immer noch bei der Formulierung Zuflucht suchen: „Sie sind schon schlecht beisammen, noch eine Chemotherapie wäre zu heikel. Wir werden versuchen, Sie dort wieder aufzupäppeln, und wenn es Ihnen besser geht, versuchen wir vielleicht noch eine Therapie“, sagt Watzke. „Lieber wäre mir, sie sagen: ‚Jetzt geht es nicht mehr, jetzt kommt eine andere Phase in Ihrem Leben.‘“

Grundsätzlich nehmen viele Patienten für ein wenig Hoffnung massive Einbußen ihrer Lebensqualität in Kauf, ist Watzke überzeugt:

„Da ist es ihnen egal, wenn man sagt: ‚Das Medikament zerstört die Nerven, das macht Sie bewegungsunfähig.‘ Studien zeigen, dass sich Patienten auch auf Therapien einlassen, bei denen die Chance auf eine Wirkung des Medikaments lediglich bei fünf Prozent liegt. ‚In der Außenansicht ist man cool und sagt: ‚Das mache ich nicht.‘“, sagt Watzke. „Aber man liest immer wieder von Fällen, wo an Krebs erkrankte Ärzte bis zum letzten Zug an der Chemotherapie gegangen sind – obwohl sie vorher ihre Patienten dabei unterstützt haben, genau das nicht zu tun.“ Johann Zoidl hat hier seine Überzeugung gefunden. Für ihn wäre es die Aufgabe des behandelnden Arztes, den Zeitpunkt festzulegen, von dem an auf neue Therapien verzichtet wird. „Ich als Arzt bin der Experte“, sagt er. „Dass der Patient einen Therapiewunsch hat, um noch zu leben – völlig klar. Aber ich muss die Abschätzung von Wirkung und Nebenwirkung, von Nutzen und Risiko machen. Und das muss ich dem betroffenen Menschen kommunizieren und in Einklang bringen mit seinen Erwartungen.“ Lebensverlängerung allein könne nie der höchste Wert sein: „Zeit als statistischer Erfolgsfaktor ist leere Zeit.“

Pharmafirmen sehen das naturgemäß anders; es ist ihr Geschäftsmodell, möglichst viele Medikamente zu verkaufen. „Für Betroffene zählt jeder Lebensmonat“, steht als Conclusio in einer Broschüre der Pharmafirma Roche mit dem Titel „Wie viel ist das Leben wert?“. Ein weiteres Schlagwort des Konzerns: „Wenn Krebs, dann in Österreich“. Denn Österreich sei „führend in der Anwendung neuester Krebsmedikamente“, und „Patienten haben frühen Zugang zu Studien mit modernsten Wirkstoffen“. Es sind Broschüren wie diese, die falsche Hoffnungen wecken – und Boltzmann-Forscherin Claudia Wild wütend machen. „Kein Mensch redet darüber, wie viele Risiken und Nebenwirkungen verschiedene Hightech-Interventionen in der Medizin haben“, sagt sie. „Es gibt Medikamente, die die Schleimhäute im Mund zerstören, dann können die

*Die amerikanische  
Ärztin Aretha  
Delight Davis wählt  
drastische Worte:  
„Wir foltern Menschen,  
bevor sie sterben.“*



Menschen nur noch durch einen Strohhalm essen. Oder sie lösen chronischen Durchfall aus. Dann sitzt man in den letzten drei Monaten die ganze Zeit am Klo, anstatt mit den Enkeln spazieren zu gehen.“ Vor drei Jahren hat Wild gemeinsam mit ihrer Kollegin Brigitte Piso in dem Buch „Zahlenspiele in der Medizin“ die Versprechen der Pharmaindustrie mit der Realität verglichen. Das populäre Mittel Avastin verzögert demnach das Fortschreiten der Erkrankung bei Nieren- und Brustkrebs um rund fünf Monate – es gibt aber keinen Nachweis dafür, dass auch die Gesamtüberlebenszeit verlängert wird. Unter den sehr häufigen Nebenwirkungen, die bei mindestens einem von zehn Patienten auftreten, listen Wild und Piso Schädigungen der Nerven in den Händen und Füßen, einen Durchbruch des Darminhalts und Arterienverschlüsse durch die Verschleppung eines Blutgerinnsels auf. Tarceva, ein Medikament gegen Bauchspeicheldrüsenkrebs, verlängerte das Leben der Patienten durchschnittlich um gerade einmal 24 Tage. 73 Prozent der behandelten Patienten hatten als Nebenwirkung mit Ermüdungserscheinungen zu kämpfen, 69 Prozent mit Hautausschlägen und 49 Prozent mit Durchfall. Das Medikament kostet rund 24.000 Euro für eine Behandlung.

Österreich gibt sehr viel Geld für Krebsmedikamente wie diese aus. Im Jahr 2012 hat die European Society for Medical Oncology die erste europaweite Studie zur Abschätzung der Kosten von Krebsbehandlungen präsentiert. Die Krankheit kostet die EU demnach pro Jahr rund 124 Milliarden Euro, pro Patient sind die Behandlungskosten in Österreich am vierthöchsten. 26.407 Euro machen sie pro Jahr durchschnittlich aus, 6.000 Euro mehr als im EU-Schnitt und beinahe 15.000 Euro mehr als in Belgien und Dänemark. Das heißt entweder, dass sich Österreich seine Krebspatienten überdurchschnittlich viel kosten lässt, oder dass die Pharmaindustrie hierzulande besonders gut verdient, vielleicht auch beides. Aber darf man überhaupt die Frage stellen, ob wir uns das leisten können – und wollen? Ja, sagt Palliativmediziner Zoidl.

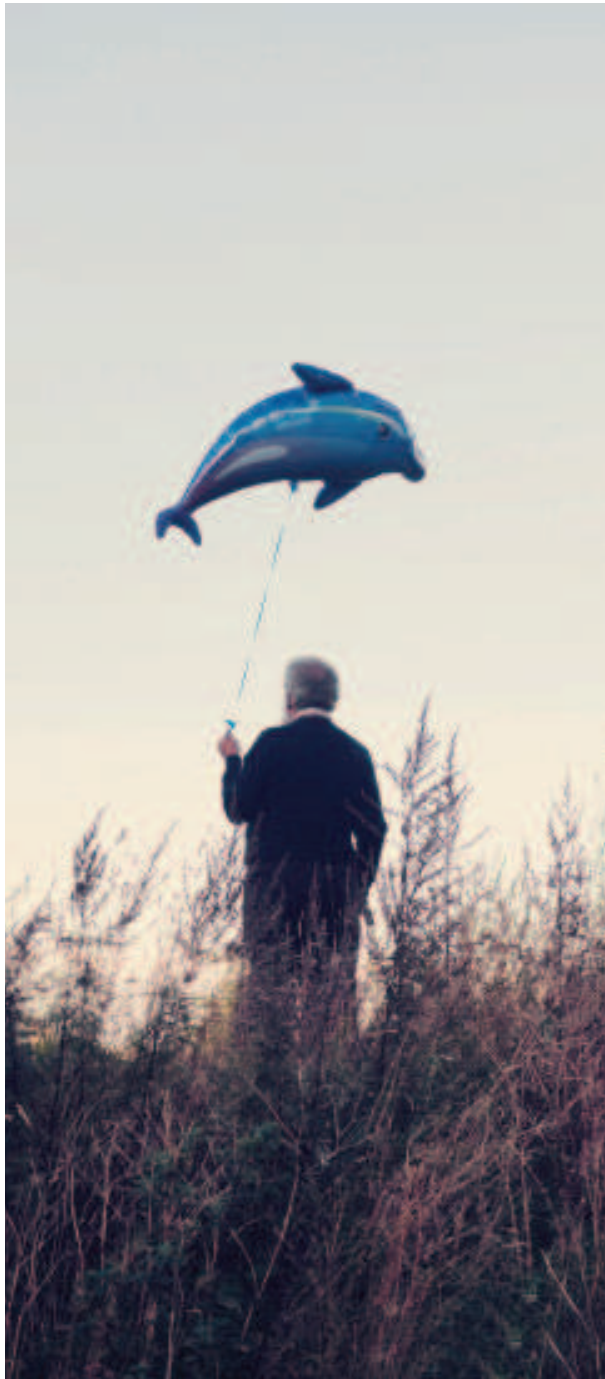


„Weil es um Verteilungsgerechtigkeit geht und man manches wirklich auch gut anders einsetzen könnte.“ Denn es heißt auf jeden Fall, dass hier Geld ausgegeben wird, das woanders fehlt – und an diesem Punkt wird die Debatte plötzlich eine über das gesamte Gesundheitssystem. „Es wird einem schnell vorgeworfen, bei den Ärmsten der Armen zu sparen“, sagt Zoidl. Die Debatte werde aber zu Unrecht moralisierend geführt. „Damit geht man am wahren Wert der Diskussion vorbei. Mein Argument ist immer, dass es nicht nur um das Sparen geht, sondern auch darum, den Patienten etwas zu ersparen.“

Die Frage, wie viel das Leben wert ist, ist zwangsläufig auch eine nach den Kosten, und die Geldmittel im Gesundheitssystem sind endlich. Ihr folgen viele weitere, eine unangenehmer als die andere: Wer bestimmt, wie viel uns ein Monat Leben wert ist? Und ist jeder Monat gleich viel wert, ob er nun in Gesundheit oder in Krankheit verbracht wird? Ob jemand bettlägrig oder voll bewegungsfähig ist? Ist uns ein Lebensmonat eines Kindes mehr wert als der eines 85-Jährigen? Soll ein schwerer Alkoholiker mit Rückfallwahrscheinlichkeit eine Spenderleber bekommen? Gesundheitsminister Alois Stöger möchte sich mit solchen Fragen nicht auseinandersetzen. „Wir können uns alles leisten, wenn wir wollen. Dafür stehe ich als Alois Stöger, Gesundheitsminister der SPÖ“, sagt er. Als im März dieses Jahres ein internes Papier des oberösterreichischen Krankenhausträgers GESPAG an die Öffentlichkeit gelangte, das zur Kostenersparnis vorsah, dass nur fünf Prozent der Hüftprothesen aus der teuren, langlebigen Keramik sein sollen, wurden die Pläne von Orthopäden genauso kritisiert wie vom Gesundheitsminister. „Ich mische mich nicht ein, was da die richtige Versorgung ist, wenn der Arzt einem Patienten gegenüber sitzt – und auch ein 112-Jähriger hat das Recht auf die beste medizinische Versorgung“, sagt Stöger. Für Boltzmann-Forscherin Claudia Wild war die Debatte „das Absurdeste, das ich je erlebt habe“. Hier werde suggeriert, dass das Teuerste immer auch das Beste sei, sagt sie. „In Schweden werden diese Prothesen nur zu einem Prozent verwendet, und das ist sicher kein gesundheitlich unterversorgtes Land.“

Aber hat der Gesundheitsminister am Ende nicht recht? Österreich ist eines der reichsten Länder der Welt, ist es nicht egal, wenn wir ein paar Millionen Euro in Therapien oder Hüftgelenke stecken, die am Ende gar nichts bringen, aber guten Willen beweisen? Sigrid Pilz jedenfalls fordert eine öffentliche Debatte über Priorisierung im Gesundheitssystem, also das Setzen von Schwerpunkten. Ihr Wort hat deshalb Gewicht, weil sie Patientenanwältin ist – es ist ihr Job, das Beste für Patienten zu fordern. Warum will gerade sie eine Diskussion darüber, was wir uns im Gesundheitssystem leisten sollen und was nicht? „Man muss immer Prioritäten setzen“, sagt sie. „Selbst wenn wir Geld drucken könnten, müssten wir uns fragen, was wir zuerst machen.“ Pilz ist der Meinung, dass die Entscheidungen längst getroffen werden. „Wir setzen jetzt schon Prioritäten, die wir nicht verhandelt haben. Dass wir zum Beispiel in die Kinder- und Jugendpsy-





*Österreich lässt sich seine  
Krebspatienten  
überdurchschnittlich viel  
kosten. Aber darf man  
überhaupt die Frage stellen,  
ob wir uns das leisten  
können – und wollen?*

chiarie viel zu wenig Geld stecken. Dass man beim therapeutischen Angebot Wartezeiten von Monaten bis Jahren hat.“ Priorisierung finde in Österreich vor allem versteckt statt; dort, wo sie keine sofort sichtbaren Konsequenzen habe, bei psychischen und chronischen Erkrankungen etwa. „Hochfrequente Psychoanalyse wird zum Beispiel nicht mehr bezahlt, die gilt als lebensbegleitend“, sagt Pilz. „Dort zu sparen, wo sich jemand nicht wehren kann, ist aber immer einfach.“ Ein anderes Beispiel ist Diabetes: Während in Österreich jedes Jahr statistisch gesehen 21,3 von 100.000 Diabetikern sterben, sind es in Schweden nur 11,4. „Wir kümmern uns viel zu schlecht um Menschen, die an Diabetes erkrankt sind“, sagt Pilz. „Nur: Patienten kommen wegen ihrer verkürzten Lebenserwartung nicht zu mir. Niemand fragt: Wieso lebt ein Schwede mit derselben Krankheit viel länger als ich?“

Was die Patientenanwältin sagt, heißt im Grunde: Krebspatienten sind uns mehr wert als Diabetiker. Die öffentliche Debatte darüber bleibt aber aus – weil sich vor allem die Politik nicht traut, sie zu führen. In einem Interview für die Fachzeitschrift *Das österreichische Gesundheitswesen* gab Gesundheitsminister Stöger der Patientenanwältin in verblüffender Offenheit recht: „Es hat keine Debatte gegeben, aber es gibt Priorisierungen.“ Für ihn sei „genau das die Aufgabe von Gesundheitspolitik: Wo setzen wir Schwerpunkte?“ Pilz dagegen will, dass sich das System umkehrt. „Die Bevölkerung sollte in die Priorisierungsdebatte eingebunden sein“, sagt sie. Und sie hat Beispiele dafür: „Im deutschen Lübeck hat man das als Bürgerpartizipation gemacht, da wurde eine Prioritätenliste erarbeitet. Die war nicht schlechter als eine von Experten und Gesundheitsökonomern. Genauso in Schweden und Dänemark.“ Minister Stöger aber hält das für gefährlich: „Die Frage ist, ob die Bürger dafür bereit sind. Es ist bei solchen Debatten leicht zu manipulieren; dann steht die Bevölkerung auf der Seite derer, die das meiste Geld in Werbung stecken.“

Eine solche Debatte aber müsste das gesamte Gesundheitssystem umfassen und nicht erst am Lebensende ansetzen, sagt Claudia Wild. Punkte, wo gespart werden könnte, gebe es jedenfalls viele, auch der Minister will „sinnlose Doppel- und Dreifachuntersuchungen“ abschaffen. Aber, sagt Wild: „Die Ärzte winken immer mit dem Leichtentuch, wenn man etwas nicht tut.“ Sie fordert dagegen eine Diskussion über sinnlose Therapien und ihre Kosten. „Es geht ja oft auch darum, etwas nicht zu tun, wo es überhaupt nicht um Leben und Tod geht. Bei den psychiatrischen Erkrankungen hat man früher viele Dinge Schwermut genannt, heute ist alles eine Depression.“ Ähnlich sei es bei der Grippe. „Wie lang darf ich Grippe haben? Wollen wir wirklich, dass die westlichen Gesellschaften Millionen Euro in den Sand setzen dafür, dass ich 24 Stunden weniger lang krank bin?“ Wir haben verlernt, dass es manchmal besser sein kann, nichts zu tun – das glaubt auch Palliativmediziner Johann Zoidl. „Ich gehe mit leeren Händen auf den Menschen zu und nehme ihn an, wie er ist. Und immer wieder leben dann unsere Patienten auch ohne Therapie länger und besser.“ ■