

## Von der Industrialisierung des Sterbens

Dr. Charlotte Jurk

Günther Anders hat 1979 unter der Überschrift: „Die Antiquiertheit des Sterbens“ geschrieben: „Im Zeitalter des Machens darf es eigentlich keine ungemachten Geschehnisse geben, mindestens keine, die unverwertbar oder nicht mindestens in ein Produktionsgeschehnis integriert wären.“ [\[1\]](#)

Seit dem Jahr 2007 ist die Begleitung Sterbender als Regelleistung in den Leistungskanon deutscher Krankenversicherungen aufgenommen worden. Damit ist das Sterben Teil heutiger Gesundheitsindustrie geworden. 2007 ist der Startschuss für ein beispielloses „Projekt“ des „Sterben machens“ ganz so, wie Günter Anders es damals voraus gesehen hat.

Die Begleitung Sterbender wurde - und das macht die besondere Brisanz dieses Projektes aus - aus den Händen der ehrenamtlich, bürgerschaftlichen Hospizbewegung in die Zuständigkeit bürokratisch-planerischer und an ökonomischen Kennzahlen orientierter Gesundheitspolitik gezwungen.

Das Sterben und der Tod - einst Tabuzonen der menschlichen Existenz, ein Raum der Unerreichbarkeit, vor dem der Arzt nur zurücktreten konnte - sind in den Scheinwerfer verwalteter Planbarkeit gezerrt und damit zu einer letzten Aufgabe der verantworteten Selbststeuerung umdefiniert worden. Sterben und Tod sind als Gegenstand klinisch sauberer medizinisch-pflegerischer Dienstleistung zum beliebten Medienthema avanciert.

Wir sehen die Entwicklung vom Hospizdienst zur Palliativstation. Von der Sorge und dem Da-sein für Sterbende zur Ver-sorgung von „sterbenden Menschen mit besonderen Problemen“ (SAPV). Vom Zuhören am Bett des Sterbenden zum expertengelenkten „Biographiegelgespräch“. Das Sterben des Einzelnen wird buchstäblich zur Ware, die Ware erfordert einen Prozess, einen Ablauf mit festgesetzten Kennzeichnungen. Auf diese Weise verwandelt sich die soziale und kulturelle Wirklichkeit des Sterbens in eine unwirkliche, fast technisch anmutende Sterilität, in eine Leere.

Werfen wir einen genaueren Blick auf dieses Projekt, das tatsächlich streng planerisch (seit etwa 2002) von oben nach unten durchreguliert wurde. In dessen Verlauf SAPV, AAPV, SAPPV und PCT [\[2\]](#) entstanden sind, aber auch Strukturmodule, Palliatives Basisassessment und Palliativnetzwerke. In den Worten der Gesundheitsökonominnen: „Es eröffnet sich die Chance, die Versorgungslandschaft durch überzeugende, multiprofessionell vernetzte Angebote neu zu gestalten.“ [\[3\]](#)

Es lassen sich vier Phasen des Projekts „Sterben machen“ unterscheiden.

*Schritt 1:* Zunächst - und das ist die Phase zwischen etwa 2002 und 2006 - wurde der „Markt“ eruiert: Bedarf, Kennziffern an Personal, durchschnittlicher Durchlauf etc. Akribisch wird definiert, wer eigentlich in den „Genuss“ der Kassenleistung kommen darf: Man einigt sich auf: von 800 000 Verstorbenen in Deutschland jährlich litten 25 % an Krebs. Und von diesen sind 10 % von starken Schmerzen oder anderen „besonderen Problemen“ (Voraussetzung 8 körperliche, 2 besondere pflegerische, 4 psychische, 2 soziale organisatorische Probleme - Versorgungsgebiete mit 30 Minuten Anfahrtszeit etc.) betroffen - macht 20 000 Patienten im Markt Palliativ.

In Ermittlung solcher Kennzahlen hat die Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz leider eine unrühmliche Rolle gespielt. Die erfasst nämlich schon seit 2002 in ihrem Dokumentationssystem

HOPE diverse Daten über Sterbende. Diese Kerndatensätze dienen heute dazu, ein Nationales Hospiz- und Palliativregister aufzubauen. 160 bis 350 € sollen die ambulanten Dienste, Hospize oder Palliativstationen künftig bezahlen, um lückenlos erfasst zu werden. Die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin kündigt stolz an: „Die Daten werden nach ihrer Quelle in Einrichtungsgruppen zusammengestellt und ausgewertet. Es werden Abbildungen erstellt, die die eigenen Daten gegenüber den Gruppen von Einrichtungen als Benchmark darstellen. Darüber hinaus erhalten die teilnehmenden Einrichtungen einmal jährlich einen Bericht.“ <sup>[4]</sup>

Benchmarking - eine betriebswirtschaftliche Methode, die einst bei Xerox entwickelt wurde, um die Konkurrenzvorteile der Anderen zu analysieren - soll heute die Hospize und Palliativteams gegeneinander in Stellung bringen, um sich im „Ranking“ zu behaupten.

Die Arbeit der Ärzte und Pflegenden in Hospizdiensten oder ambulanten Palliativteams wäre dann die Basis groß angelegter Computer-Auswertungen über die letzte Lebensspanne der Menschen: Kurven zur Schmerzentwicklung, Schaubilder zu Angstverläufen – die durchschnittliche Dauer des Sterbens, die durchschnittlichen Kosten (!) des Sterbens könnten ermittelt werden... etc.

*Schritt 2:* Der Kreis der dienstleistenden Konkurrenten wird (2007 - heute) festgelegt (wer darf wo und wie ins Palliativnetzwerk) und damit zugleich

*Schritt 3:* der Expertenstatus durchgesetzt:

Ohne eine 160-Stunden Fachweiterbildung können Pflegekräfte gar nicht zu „Sterbenden mit besonderen Problemen“. Ärzte brauchen ebenfalls eine Fachweiterbildung Palliativmedizin. Hier werden die Antworten entwickelt, was „gutes Sterben“ sei. Auch Ehrenamtliche sollen Expertinnen der fachlichen Begleitung werden. Sie alle bekommen Module an die Hand: mit denen sie das Besondere und Eigentümliche ihres Gegenübers bitte in eine computer-auswertbare Form zu bringen haben, in der das Sterben dann in kleine steuerbare und berechenbare Einheiten zerstückelt werden kann. Auf diese Weise kommt man zum qualitätsgeprüften und evaluierten Sterben. Auch Spiritualität ist Produktionsfaktor des guten Sterbens. Der Fragebogen erfasst „Andachtsraum“, „Rituale“ (Gedenkfeier für das Team, für Angehörige, Kerze für Verstorbene) und Art des Gesprächs - hier wird fein differenziert: „Situationsgespräch, Biographiegespräch, Ressourcengespräch, perimortale Begleitung, Glaubensgespräch“. Einfach ankreuzen.

Das Modul „Prognosescore“ unterscheidet zwischen 3 Wochen und 6 Wochen Überlebenschancen und soll wohl bessere Planbarkeit ermöglichen. Es gibt den Barthel-Index Bogen zur Erfassung der Selbstständigkeit, die Palliative Outcome Score und den Mitarbeiter-Angehörigen Bogen etc. etc. <sup>[5]</sup>

Noch der Sterbende soll sich zur Datenquelle machen: ankreuzen, ob seine Angst heute leicht, mittel oder schwer ist oder Fragen beantworten wie: „Waren Sie in den vergangenen 3 Tagen durch Schmerzen beeinträchtigt? Empfinden Sie in den vergangenen 3 Tagen Ihr Leben als lebenswert? Hatten Sie in den vergangenen 3 Tagen ein positives Selbstwertgefühl?“ (HOPE, POS Selbsteinschätzung)

*Schritt 4:* Es ist eigentlich kaum zu glauben, dass solche Dokumentations- und Standardisierungswut zu überbieten ist. Doch blieb es in Schritt 3 noch den einzelnen Einrichtungen und Hospizdiensten überlassen, ob sie die Modulbögen ausfüllen wollten oder nicht. Mit der

Zuständigkeit der Krankenkassen als Geldgeber für den konstruierten Markt werden deren sog. Qualitätsvorgaben zur Pflicht. Hier nur ein kleiner Auszug aus den Bedingungen, die kürzlich in Rheinland-Pfalz vereinbart worden sind.

„ Die SAPV-Leistungserbringer sind verpflichtet, ein internes Qualitätsmanagement durchzuführen.

Der SAPV-Leistungserbringer erstellt einen jeweils individuellen Hilfeplan, der mit den übrigen an der Versorgung beteiligten Leistungserbringern abzustimmen ist.

Ein geeignetes Dokumentationssystem ist sachgerecht und kontinuierlich zu führen. Es muss patientenbezogene Daten und soweit vorhanden allgemein anerkannte Indikatoren für eine externe Qualitätssicherung enthalten und eine bundesweite Evaluation ermöglichen.“ [6]

*Schritt 5:* steht jetzt an - man wird nach Sterbedienstleistung für alle rufen. Die sog. AAPV. Denn die Erträge lassen sich sehen: SAPV-Teams „erwirtschaften“ bei 15 Patienten täglich jährlich 1,5 Mio €. [7] Eine Palliativstation mit 10 Betten erlöst jährlich ebenso viel. Man wird ein Recht auf AAPV einfordern, um den Verdienst aus diesem neuen Geschäftszweig in die Höhe zu treiben.

Die Hospizbewegung hatte einst dafür gekämpft, das Sterben aus den Krankenhäusern, den Institutionen der Gesundheitsversorgung, wieder nach Hause zu holen. Der Tod auf der Intensivstation oder in kleinen Abstellkammern - allein und unbeachtet - das waren ja die Schreckensbilder der Zeit, als Günter Anders die zitierten Zeilen schrieb. Die Hospizbewegung wollte das Sterben sozusagen re-naturalisieren. Sie wollte eine Kompetenz im Umgang mit dem Tod wieder gewinnen - diese eben nicht an die Institution abgeben. Mit der Forderung nach Geldleistung, nach Bezahlung, nach Anerkennung des Hospizdienstes als fachlicher „Dienstleistung“ ist die Definitionsmacht aber in die Hand derer gewandert, die in ihrer Logik gerade das Gegenteil von dem durchsetzen müssen, was kranke, schwache und sterbende Menschen brauchen.

Wir haben Pflegende und Ehrenamtliche gefragt, was Menschen am Lebensende in erster Linie brauchen und da gab es eine ganz einhellige spontane Antwort: ZEIT. Und wenn man sich anschaut, was unsere Gesprächspartner damit meinten, dann zeigte sich, dass dies Zeit sein sollte von besonderer Qualität: es war die Sehnsucht nach unbewirtschafteter Zeit – nach Zeit, in der man einfach nur Da-sein konnte für diesen sterbenskranken Menschen. Zeit, die an einem Tag lang, am anderen kurz sein kann – Zeit, in der man reden oder schweigen kann, in der man etwas für den Kranken tut oder einfach nur die Hand hält oder schweigend neben ihm sitzt. Unreglementierte Zeit. Zeit in eigener Verfügung sozusagen. Genau die wird im Versorgungssystem Gesundheitswesen systematisch verknappt und verknastet. Minutentakte mit ständigem Rechtfertigungsdruck machen ein solches Da-sein - nicht nur für Sterbende - prinzipiell zunichte.

Kulturell gesehen wird der Tod zu einem sinnentleerten Procedere, das möglichst störungsfrei zu verrichten ist, damit wir uns darin bestätigt sehen, weiter zu machen wie bisher?

---

[1] Günther Anders: Die Antiquiertheit des Menschen. Band 2. München 1992, S. 147

[2] SAPV: Spezialisierte ambulante Palliativversorgung. AAPV: Allgemeine ambulante Palliativversorgung. SAPPV: Spezialisierte ambulante pädiatrische Palliativversorgung. PCT: Palliative Care Team.

[3] Förderverein Gesundheitsökonomie, Fachhochschule Ludwigshafen: [http://web.fh-ludwigshafen.de/fb1/bewerber.nsf/Files/888AC125C7009EFEC1257769005203CB/\\$FILE/Flyer\\_2008.pdf](http://web.fh-ludwigshafen.de/fb1/bewerber.nsf/Files/888AC125C7009EFEC1257769005203CB/$FILE/Flyer_2008.pdf)

[4] Siehe <http://www.hospiz-palliativ-register.de/>

[5] Die Modulfragebögen können auf der Internetseite von HOPE eingesehen werden: <http://www.hope-clara.de/>

[6] Der ganze Vertrag als pdf-Dokument: [http://www.aok.de/assets/media/rheinland-pfalz-saarland/sapv\\_vertrag\\_rp.pdf](http://www.aok.de/assets/media/rheinland-pfalz-saarland/sapv_vertrag_rp.pdf)

[7] Dr. Hans-Herbert Sittig: Was SAPV wirklich kostet. Eine Kostenrechnung auf betriebswirtschaftlicher Grundlage: [http://www.ag-sapv.de/tl\\_files/public/aktuelles/ws2\\_wirtschaftliche-Aspekte\\_Sittig.pdf](http://www.ag-sapv.de/tl_files/public/aktuelles/ws2_wirtschaftliche-Aspekte_Sittig.pdf)