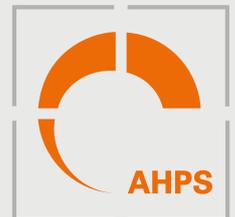


AUGSBURGER HOSPIZ- UND PALLIATIVVERSORGUNG E.V.
AUGSBURGER PALLIATIVVERSORGUNG GEMEINNÜTZIGE GMBH
AUGSBURGER HOSPIZ- UND PALLIATIVSTIFTUNG



Jahresbericht

2014

5 Jahre AHPV –
Erklärung gegen
aktive Lebensverkürzung



Unser diesjähriges **Titelbild** zeigt den Lieblingsstuhl unserer Patientin Frau S. (Name von der Redaktion anonymisiert), die wir 2013/2014 über einen Zeitraum von ca. 5 Monaten begleiteten. Frau S. litt an amyotropher Lateralsklerose (ALS), einer Erkrankung, die mit einem fortschreitenden Muskelschwund aufgrund eines Verlusts der Nervenfunktion einhergeht und die innerhalb einiger Jahre unweigerlich zum Tode führt. Frau S. hatte alle möglichen Hilfsmittel von ihrer Krankenkasse, die ihr den Alltag erleichterten, aber am liebsten saß sie in dem einfachen Gartenklappstuhl eines Baumarkts, den ihr Mann ihr gekauft hatte. Da sie als Folge der ALS im engeren Sinne nicht mehr sprechen konnte, war nur noch eine eingeschränkte Kommunikation möglich. Zu ihrer Erleichterung hatte ihr Mann auf beiden Armlehnen einfache Befehle und Aussagen aufgeklebt, auf die sie zeigen konnte.

Frau S. hatte im Verlauf unserer Begleitung eindeutig und immer wieder eine künstliche Beatmung und Ernährung abgelehnt. Als sie so erschöpft war, dass die eigene Atmung nicht mehr gelang, und die Not trotz Symptomlinderung zu groß wurde, wollte und konnte sie nicht mehr aufstehen. Sie blieb in ihrem Bett und erhielt von uns auf ihre Bitte hin eine palliative Sedierung, wie wir dies schon lange vorher mit ihr und ihrem Mann besprochen und ihr auch versprochen hatten. Zu diesem Zeitpunkt war sie bereits so geschwächt, dass sie innerhalb weniger Tage zuhause unter nun guter Symptomlinderung verstarb.

Unser Titelbild zeigt, was wir in dieser Begleitung erneut lernen durften: Es sind – wie so oft im Leben – meist die kleinen Dinge, die den Unterschied machen. Hierfür steht auch dieser Baumarkt-Gartenstuhl.

VORWORT

LIEBE LESERINNEN UND LESER!

2014 war ein arbeitsreiches und intensives Jahr, in dem wir Vieles geschafft und Neues auf den Weg gebracht haben, in dem wir aber auch auf 5 Jahre AHPV zurückblicken durften.

5 JAHRE AHPV

5 Jahre sind noch kein Alter, aber trotzdem schon ein wichtiger Meilenstein für den AHPV e.V. Wir haben dies zum Anlass genommen, nicht nur innezuhalten und stolz zurückzublicken, sondern auch nach vorne zu blicken und uns über unsere zukünftigen Schwerpunkte und Ziele Gedanken zu machen. Vor allem aber wollten wir ein Zeichen gegen die aktive Lebensverkürzung setzen.

ERKLÄRUNG GEGEN AKTIVE LEBENSVERKÜRZUNG

Mit wachsendem Unbehagen verfolgten wir die aktuelle Debatte zur „Sterbehilfe“ bzw. zum ärztlich assistierten Suizid. Das fünfjährige Bestehen nahmen wir deswegen zum Anlass, unsere Position eindeutig mit unserer „Erklärung gegen aktive Lebensverkürzung“ zum Ausdruck zu bringen. (Seite 34)

ERFREULICHE ENTWICKLUNGEN

Eines der beiden großen Ziele bei Vereinsgründung 2009 war der Aufbau der SAPV für die Region Augsburg. Nach fast fünf Jahren Betrieb kann man die SAPV als „in der Region gut angekommen und angenommen“ bezeichnen – zudem konnten wir Anfang 2014 in Schwabmünchen unseren zweiten SAPV-Standort für den südlichen Landkreis eröffnen. Die anschließenden Monate zeigten, dass dies bereits jetzt eine deutliche Verbesserung darstellt.

Im nördlichen Landkreis entsteht mit Unterstützung der Augsburger Hospiz- und Palliativstiftung endlich wieder eine Hospizgruppe, die wir bis dato schmerzlich vermissten. Hier wünschen wir den Verantwortlichen und Beteiligten alles Gute, hoffen auf ein gutes Miteinander und werden die Hospizgruppe in Meitingen nach Kräften unterstützen.

HERAUSFORDERUNG ALLGEMEINE AMBULANTE PALLIATIVVERSORGUNG

Gleichzeitig sind uns aktiv Tätigen die weiterhin bestehenden Defizite in der allgemeinen Palliativversorgung bewusst. Es fehlt nicht nur an Fachkräften, sondern insbesondere an grundlegenden Definitionen und vor allem an einer angemessenen Finanzierung. Hier etwas zu verbessern, hat sich der AHPV als Netzwerk für die nächsten Jahre als Ziel gesetzt.

Damit dies nicht in pauschalen Willensbekundungen stecken bleibt, haben wir die Vorarbeiten für ein regionales, gemeinsam abgestimmtes Rahmenkonzept fertiggestellt und werden ab Januar 2015 daran arbeiten, den aktuellen Versorgungsstand, die bestehenden Defizite und notwendige Maßnahmen darzustellen. Auf dieser Basis und mit den vielen neuen Erkenntnissen wollen wir dann ab 2016 die Vernetzung und Versorgung mit unseren vielen Mitgliedern und im Einvernehmen aller weiter verbessern.

DANKE

Dass uns diese vielen Aktivitäten überhaupt möglich waren, dafür danke ich von Herzen allen Geldgebern, Förderern und Partnern. Ganz besonders danke ich den vielen Menschen und Organisationen bei uns in der Region, die so viele Patienten und deren Angehörige begleiten. So sehen wir schon heute deutliche Verbesserungen in der Versorgung und hospizlichen Begleitung, die uns zeigen, was im Miteinander alles möglich ist.

Manchmal sind die Begleitungen jedoch so schwer und so viele, dass wir Tätigen an die Grenze unserer Belastbarkeit kommen. Umso wichtiger ist es deswegen, auch die Strukturen regional, überregional und auf Gesetzesebene zu verbessern. Das erfordert Fortbildung, Forschung, Analyse und Diskussion. Und natürlich Engagement von vielen.

PUBLIKATIONEN

So publizierte die Universität Augsburg im Juli 2014 die Ergebnisse einer bayernweiten Studie zur SAPV, an der auch die AHPV beteiligt war. Wir selbst veröffentlichten Ende des Jahres ein Seelsorge-Positionspapier, das die bisherigen Erfahrungen unseres Seelsorgers als Teil des SAPV-Teams beschreibt, zur Diskussion stellt und bereits auf viel positive wie kritische Resonanz gestoßen ist.

Nach 5 Jahren AHPV bin ich zuversichtlich und wünsche uns weiterhin die stets notwendige Offenheit für Diskussionen, den intensiven Austausch von Meinungen und gleichzeitig etwas mehr Verbindlichkeit in der Zusammenarbeit in einem wachsenden Netzwerk. Dann muss uns nicht bange sein vor den Herausforderungen, vor denen wir aktuell stehen.

Ihr



Dr. med. Dr. phil. Eckhard Eichner

INHALT

3	VORWORT
7	1 GRUNDLEGENDES
9	WAS UNS BEWEGT WAS HOSPIZ- UND PALLIATIVVERSORGUNG IST
11	WERTE DER AHPV
12	ORGANIGRAMM
13	ORGANISATIONSZENTRALE UND GESCHÄFTSSTELLEN
14	ÖFFENTLICHKEITSARBEIT
17	2 AUGSBURGER HOSPIZ- UND PALLIATIV- VERSORGUNG E. V.
19	LOGO DER AHPV
20	DIE ZIELE DES AHPV E.V.
22	DIE MITGLIEDER (STAND: 31.12.2014)
24	WAS WIR TUN – DER VEREIN DIE MENSCHEN IM VEREIN
26	FORT- UND WEITERBILDUNGEN
28	AUGSBURGER HOSPIZ- UND PALLIATIVGESPRÄCHE
29	VEREINSFINANZEN
31	3 GEGEN AKTIVE LEBENSVERKÜRZUNG
33	HALTUNG DER AHPV ZU „STERBEHILFE“ UND ASSISTIERTEM SUIZID
34	ERKLÄRUNG DER AHPV GEGEN AKTIVE LEBENSVERKÜRZUNG
35	AKTIVE STERBEHILFE ALS TÖTUNGSAKT – SOZIOLOGISCHE ANMERKUNGEN
40	ZUR UNVERFÜGBARKEIT MENSCHLICHEN LEBENS IN DEUTSCHLAND
45	4 AUGSBURGER PALLIATIVVERSORGUNG GEMEINNÜTZIGE GMBH
47	WIE WIR ARBEITEN
48	WAS SAPV IST
50	SAPV IN AUGSBURG
52	DIE PALLIATIVE-CARE-TEAMS
53	LEISTUNG PATIENTENBETREUUNG LEISTUNGSGESCHEHEN IN ZAHLEN
57	PATIENTENMERKMALE DER AUGSBURGER SAPV-PRAXIS 2010 - 2014
60	DIE FINANZIELLE LAGE DER GMBH RECHTLICHE UND WIRTSCHAFTLICHE GRUNDLAGEN

64	ETHISCHE BERATUNGEN IM AMBULANTEN KONTEXT
66	VORSORGEBROSCHÜRE
67	5 AUGSBURGER HOSPIZ- UND PALLIATIVSTIFTUNG
70	DIE ZIELE DER STIFTUNG
71	DIE ORGANE DER STIFTUNG
72	LOGO DER AHPS
73	PROJEKTE UND AKTUELLE FÖRDERSCHWERPUNKTE DER STIFTUNG
74	DIE FINANZIELLE LAGE DER STIFTUNG
75	6 WEITERE AKTIVITÄTEN
77	BAYERISCHE GESUNDHEITSREGION
78	FORSCHUNGSARBEITEN
81	7 UMGANG MIT FÖRDERMITTELN
83	SELBSTVERPFLICHTUNG ZUM UMGANG MIT FÖRDERMITTELN
85	GEFÖRDERTE PROJEKTE
86	UNS HELFEN HELFEN
87	WO WIR HINWOLLEN
88	IMPRESSUM

1

GRUNDLEGENDES

WAS UNS BEWEGT

WAS HOSPIZ- UND PALLIATIVVERSORGUNG IST

Hospiz- und Palliativversorgung widmet sich schwerstkranken Patienten, die nicht mehr geheilt werden können. Im Zentrum steht die Linderung der Symptome. Dafür ist ein hohes Spezialwissen erforderlich, denn der Organismus eines Schwerkranken reagiert anders. Oft sind mehrere belastende Symptome zeitgleich zu behandeln.

Gleichzeitig wirft das nahende Lebensende soziale, psychische und spirituelle Fragen auf –

nicht nur beim Patienten selbst, sondern auch bei den Angehörigen. Oft hängen alle diese Fragen miteinander zusammen und beeinflussen zudem die körperlichen Symptome. Hospiz- und Palliativversorgung ist deshalb bemüht, den Patienten so zu begleiten, dass sie alle Probleme und Konflikte lindern kann. Deshalb kommen die Helfer im Idealfall aus den verschiedensten Berufen und arbeiten Hand in Hand: ehrenamtliche Hospizhelfer, Ärzte, Krankenschwestern, Apotheker, Seelsorger, Psychologen, Sozialarbeiter, Krankengymnasten, ...

ZUR BEGRIFFLICHKEIT „HOSPIZ“ UND „PALLIATIV“

Hospizarbeit bezeichnet mehr den menschlichen Aspekt der Begleitung, z.B. viele ehrenamtliche Helfer, die da sind, Zeit haben, zuhören, Schweres mittragen. Alle diese Helfer sind hospizlich fortgebildet und die Hospizdienste werden von hauptamtlichen Kräften geleitet.

Ein stationäres Hospiz ist eine Einrichtung, in der totkranke Menschen ihre letzten Tage leben können, wenn es zuhause nicht geht. In einem Hospiz stehen Fachkräfte rund um die Uhr zur Verfügung.

Palliativmedizin und Palliativpflege haben den Schwerpunkt auf der „Palliation“, der Linderung von Symptomen und körperlichen Leiden.

Jeder, der hospizlich oder palliativ arbeitet und hierfür auch über das nötige Fachwissen verfügt, weiß, dass er allein meist nicht genug Linderung bringen kann und bezieht deshalb auch Helfer aller anderen Berufsgruppen mit ein. Der zugegebenermaßen sperrige Begriff Hospiz- und Palliativversorgung ist der Versuch, diesem Miteinander der vielen notwendigen Hilfen einen gemeinsamen Namen zu geben. Im Gebrauch sind auch die englischen Begriffe Hospice Care bzw. Palliative Care. Der Charme von „Care“ ist, dass er „Versorgung“ und „Sorge“ gleichermaßen in sich trägt.

Jenseits jeder Begrifflichkeit: Richtschnur des Handelns in dieser an Herausforderungen so übervollen Zeit muss immer der Wille des Patienten sein: Was will er - noch? Was will er nicht - mehr? Wie will er sterben? Die englische Begründerin der Hospiz- und Palliativbewegung, Dame Cicely Saunders, formulierte es so:

„Nicht dem Leben mehr Tage,
sondern den Tagen mehr Leben geben.“

Seit Cicely Saunders 1967 das St. Christopher's Hospice in London eröffnet hat, hat sich Palliative Care zu einer eigenständigen Fachrichtung am Schnittpunkt zwischen Medizin, Pflege, Sozialwissenschaften und Seelsorge entwickelt.

GEGEN AKTIVE LEBENSVERKÜRZUNG

Der Ruf nach aktiver Lebensverkürzung – sei es nach aktiver Sterbehilfe als Tötungsakt oder als assistierter Suizid – wird in Deutschland und in unserer Region immer lauter, immer öfter werden wir mit entsprechenden Anfragen und Nachfragen konfrontiert. Uns ist bewusst, dass wir nicht jedes Leid lindern können und dass die oft zugrundeliegende psychiatrische Begleiterkrankung einer Depression bei schwerer Krankheit und großer Not die Situation Betroffener noch auswegloser erscheinen lässt. Dabei ist es oft nicht die Realität, sondern es sind die Ängste vor einer ungewissen Zukunft, die dem Wunsch nach Lebensverkürzung zugrunde liegen. Hier können wir definitiv Ängste nehmen, Lösungen anbieten und damit auch dazu beitragen, dass Menschen ihrem Leben kein Ende setzen müssen.



WERTE DER AHPV

Grundsätzlich bekennen sich die Augsburger Hospiz- und Palliativversorgung e.V., die Augsburger Palliativversorgung gemeinnützige GmbH und die Augsburger Hospiz- und Palliativstiftung, alle ihre Mitglieder und Kooperationspartner zu den inzwischen weltweit anerkannten Standards von Palliative Care.

Entscheidend ist neben dem Fachwissen und den Fachfertigkeiten der beteiligten Berufe die für alle verbindliche Grundhaltung:

- Respektierung der Würde des Schwerkranken inklusive der sich aus der Würde ableitenden Selbstzweckhaftigkeit und Selbstbestimmung.
- Zulassen eines „natürlichen“ Verlaufs einer Erkrankung; Begleitung des Schwerkranken ohne künstliche Verlängerung oder Verkürzung des Lebens.
- Unterstützung jedes Patienten, den für ihn richtigen „letzten“ Weg zu finden und mit Tod und Sterben zu rechtzukommen.
- Unterstützung jedes Patienten, diese schwierige Lebenszeit als lebenswert zu empfinden.

Zu dieser Grundhaltung gesellt sich das berufsspezifische Fachwissen. Ärzte wie Pflegekräfte benötigen ein hohes Maß an Wissen in Symptomkontrolle, angepasst an die Fragilität des Sterbenden und die Besonderheiten der letzten Lebensphase. Dies verlangt hohe Sensibilität, gute Kommunikationstechniken sowie Wissen im ethischen und rechtlichen Bereich.

Die absehbare Kürze der verbleibenden Lebensspanne zwingt häufig zu raschem Handeln, vielfach auch zu unkonventionellem Vorgehen, immer aber zu individuellen Lösungen, um Leben noch gestalten zu können. Deshalb ist das Miteinander der verschiedenen Berufsgruppen im Sinne einer ineinander verzahnten Teamarbeit umso wichtiger, je komplexer die Probleme werden und je kürzer die verbleibende Lebenszeit ist.

Folgende konkreten Handlungsgrundsätze hat sich die AHPV selbst gegeben:

- 1. WAHRNEHMUNG DES MENSCHEN ALS BIO-PSYCHO-SOZIO-SPIRITUELLES WESEN**
- 2. SYMPTOMLINDERUNG**
- 3. BETROFFENENSICHT VOR ORGANISATIONELLEM EIGENINTERESSE**
- 4. AMBULANTE VOR STATIONÄRER BETREUUNG**
- 5. MITEINANDER STATT GEGENEINANDER**
- 6. KEINE EXPLIZITE KONKURRENZ (IMPLIZIT UNVERMEIDBAR)**
- 7. RECHTLICHE VERBINDLICHKEIT**
- 8. KLARHEIT, TRANSPARENZ**

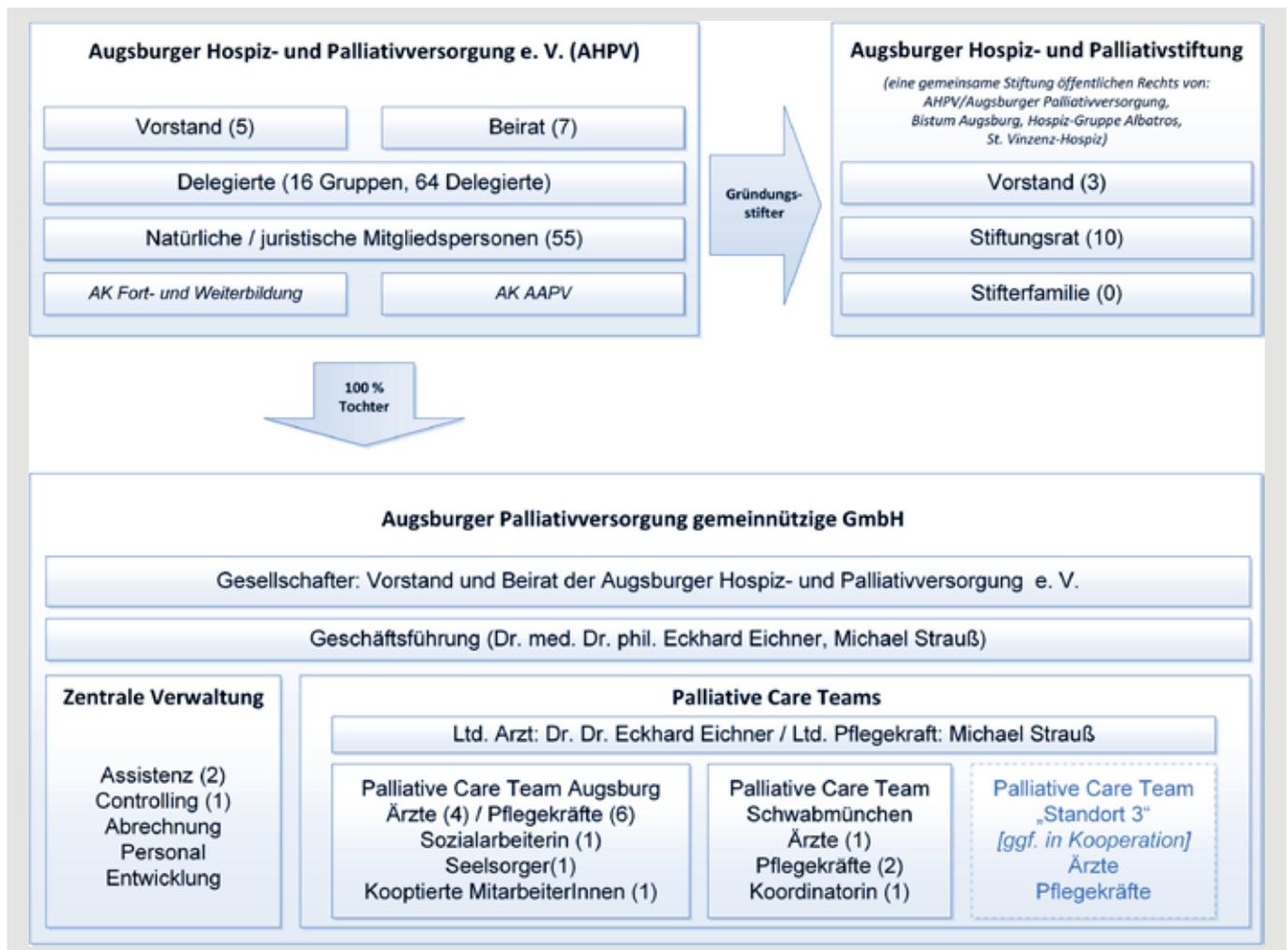
ORGANIGRAMM

Dieser Jahresbericht umfasst den Jahresbericht von drei eigenständigen Organisationen:

- Augsburger Hospiz- und Palliativversorgung e.V. wurde am 9. März 2009 im Sitzungssaal des Landratsamts Augsburg gegründet. Der Verein hat seinen Schwerpunkt in der Vernetzung, Fort- und Weiterbildung und Forschung.
- Augsburger Palliativversorgung gemeinnützige GmbH Die gemeinnützige GmbH ist eine 100-%ige Tochter des Vereins. Sie wurde am 5. Juli 2010 alleine für die

SAPV gegründet, die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung in Stadt und Landkreis Augsburg.

- Augsburger Hospiz- und Palliativstiftung wurde am 28. November 2013 errichtet. Verein und gemeinnützige GmbH waren neben drei weiteren Partnern Gründungsstifter.



ORGANISATIONSZENTRALE UND GESCHÄFTSSTELLEN

Die drei Organisationen AHPV, APV und AHPS haben ihre Geschäftsräume im Pferseer Schloßle. 2014 kam eine Zweigstelle in Schwabmünchen dazu.

AUGSBURG

Im Pferseer Schloßle stehen zwei Etagen zur Verfügung. Den 1. Stock nutzt die Augsburger Palliativversorgung gemeinnützige GmbH mit ihrem laufend wachsenden Palliativteam (SAPV). Im 2. Stock befindet sich der Besprechungsraum, in dem auch Fortbildungen und andere Veranstaltungen stattfinden. Außerdem nutzen der AHPV e.V. und die Augsburger Hospiz- und Palliativstiftung die Räume für Verwaltungsarbeiten und Besprechungen, und das Regionalbüro Süd der Deutschen PalliativStiftung hat dort ebenfalls seinen Sitz.

SCHWABMÜNCHEN

In Schwabmünchen sind wir Gast am Schrankenplatz 3 bei der Pfarrgemeinde St. Michael. Dort nutzen wir gemeinsam mit einer Beratungsstelle der Caritas zwei Räume. Aufgrund der Platzenge haben wir bereits Ende 2014 einen dritten Raum hinzubekommen, den wir Anfang 2015 in Betrieb nehmen werden. Damit stehen dann insgesamt sechs vollwertige Arbeitsplätze zur Verfügung, von denen aus die Palliativversorgung im südlichen Landkreis gut bewältigt werden kann.

Die Augsburger Räumlichkeiten liegen im historischen und grundsanierten Pferseer Schloßle. Der historische Hintergrund des Gebäudes zeigt eine Tradition, in der sich die Hospiz- und Palliativversorgung gut aufgehoben fühlen kann.

PFERSEER SCHLÖSSLE

Der Name des Stadtteils Pfersee (früher ein selbstständiger Ort) geht wahrscheinlich auf das keltisch „perz“ zurück, das so viel wie Pforte, Furt, Übergang bedeutet. Benannt war damit der Übergang über die Wertach auf dem Weg nach Augsburg. Im übertragenen Sinn betreut die AHPV den Übergang vom Leben zum Tod, aber sie hilft auch beim Übergang zwischen verschiedenen Versorgungsorten.

Das Pferseer Schloss lässt sich zurückverfolgen bis ins 12. Jahrhundert. Die Besitzverhältnisse wechselten häufig und die Herrschaft Pfersee war zeitweise unter mehreren Besitzern aufgeteilt. 1882 wurde das Schloss von der Gemeinde Pfersee gekauft und von da an als Krankenhaus genutzt. Als Pfersee 1911 Stadtteil von Augsburg wurde, wurde das Schloßle zu einem Isolier-Krankenhaus für TBC-Patienten umgewandelt.

*Quelle für die historischen Angaben: Hanns-Dieter Stoll:
Das Schloss in Pfersee. Unveröffentlichtes Manuskript.*



Ausschnitt aus: Blick auf Pfersee mit der Wertach um 1760. La-vierte Federzeichnung von Christian Schuhmann.

ÖFFENTLICHKEITSARBEIT

Der AHPV will etwas bewegen – und das auf einem Gebiet, wo noch weitreichende Defizite herrschen, sowohl bei der tatsächlichen Versorgung als auch beim allgemein verbreiteten Wissen über Hospizarbeit und Palliativversorgung. Die Öffentlichkeitsarbeit hat deshalb eine wichtige Funktion. Folgende Materialien wurden erstellt und publiziert.

ERSCHEINUNGSBILD

Der AHPV e.V. und die gemeinnützige GmbH treten mit einem einheitlichen Erscheinungsbild auf, das ist wichtig für die öffentliche Wahrnehmung. Die Gestaltungsprinzipien werden vom Briefpapier über Einladungen und Publikationen bis hin zu Internet und Auto eingehalten. Details zum Logo siehe Seite 19.



FLYER

Unsere Flyer dienen der Information, der Steigerung unseres Bekanntheitsgrades und der Spendenwerbung. Sie werden an Interessenten abgegeben und verschickt, bei Veranstaltungen und Partnern ausgelegt und stehen im Besprechungsraum immer griffbereit. Folgende Flyer wurden hergestellt und publiziert:

2010

ZU HAUSE BLEIBEN KÖNNEN

SAPV

Wir helfen schwerstkranken und sterbenden Menschen in der Region Augsburg

Informationen für Patienten und Angehörige

2011

ZWISCHEN DEN TAGEN ...

WAS TUN, WENN IHR ANGEHÖRIGER ZU HAUSE STIRBT?

Abschied nehmen | Trauern | Organisieren

Hilfen für Angehörige für die Zeit unmittelbar nach dem Tod

2012

SAPV. SPEZIALISIERTE PALLIATIVVERSORGUNG. ERGÄNZUNG, ENTLASTUNG, UNTERSTÜTZUNG. Information für Ärzte

HOSPIZDIENSTE IM ÜBERBLICK

Region Augsburg

2013

VON DER SEELE REDEN...

Seelsorge und Spiritual Care für Patienten und Angehörige

POSTKARTE DES TEAMS

Es wurde eine Postkarte des Augsburgener Palliativteams erstellt und jährlich aktualisiert, die jeder Patient und/oder Angehörige beim ersten Besuch erhält. Zudem wird die Postkarte auf Veranstaltungen verteilt.



Diese Postkarte inklusive der Rückseite mit namentlicher Nennung der Teammitglieder und deren Qualifikationen hat sich als wichtiges Moment der Vertrauensbildung bei Patienten und deren Angehörigen herausgestellt. Insbesondere die Tatsache, dass Mitglieder des Palliative-Care-Teams, die noch nie bei einem Patienten waren und die Rufdienst haben, dem Patienten und seinen Angehörigen vorher per Bild gezeigt werden können, ist gerade für ältere Menschen eine große Beruhigung.

INTERNET: WWW.AHPV.DE

Die Internetseite www.ahpv.de ist seit 2009 online. 2014 wurde sie inhaltlich stark umgebaut, um mit der dynamischen Entwicklung der Augsburgener Hospiz- und Palliativversorgung im Raum Augsburg Schritt zu halten.

Die Internetseite dient allen AHPV-Mitgliedern und ihren Zielgruppen. Sie hat deshalb folgende Inhalte:

Über uns

- Informationen über die AHPV, die APV und die AHPS

Für Betroffene

- Informationen zu Hospiz- und Palliativangeboten im Raum Augsburg für Patienten und Angehörige, mit Kontaktdaten

Für Professionelle

- Fachinformationen für Ärzte und Kooperationspartner

Veranstaltungen

- Termine und Fortbildungen der AHPV und ihrer Mitglieder

Stiften Spenden Fördern

- Formular und Hinweis auf weitere Unterstützungsmöglichkeiten

Über die großen Umbauten in 2014 hinaus wurde und wird die Internetseite auch im Detail ständig aktualisiert und ergänzt.



>>

PRESSEARBEIT

Die AHPV will in der Hospiz- und Palliativversorgung in Augsburg und in der Region etwas bewegen. Deshalb hat die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit einen hohen Stellenwert. Es geht nicht „nur“ darum, eine gute Versorgung aufzubauen. Dafür muss auch der Boden bereitet, Verständnis und Interesse geweckt werden.

Folgende Pressemitteilungen wurden 2014 vorbereitet, mit den jeweiligen Partnern abgestimmt und an die Medien versandt sowie auf unserer eigenen Internetseite publiziert:

22. Januar 2014

Kriminalpolizei unterstützt Aufbau der Hospiz- und Palliativversorgung
Die Augsburger Hospiz- und Palliativversorgung (AHPV) darf sich über eine Spende von 444,50 € freuen.

5. März 2014

Letzte-Hilfe-Kurs am 12. März 2014
Presseinformation und Presseeinladung zum 13. Augsburger Hospiz- und Palliativgespräch.

19. März 2014

Spezialisierte Hilfe für Schwerstkranke und Sterbende zu Hause: jetzt auch von Schwabmünchen aus
Eröffnung der Geschäftsstelle des Palliative-Care-Teams in Schwabmünchen für den südlichen Landkreis.

7. April 2014

Medikamententipps
Buchpublikation mit Informationen für Patienten und Angehörige zu Palliativsymptomen und deren Behandlung mit Schwerpunkt auf stark wirksamen Medikamenten.

9. Juli 2014

Noch 16 Tage – eine Sterbeklinik in London
Presseinformation und Presseeinladung zum 14. Augsburger Hospiz- und Palliativgespräch. Aus Anlass des fünfjährigen Bestehens der AHPV wurde nicht gefeiert, sondern eine kritische Bestandsaufnahme der Palliativversorgung in Deutschland gemacht

10. Juli 2014

Überraschende Spende zum fünfjährigen Bestehen AHPV freut sich über die Geste des Landrats.

21. Juli 2014

Studie zur SAPV in Bayern abgeschlossen
Von April 2012 bis Juni 2014 lief an der Universität Augsburg eine bayernweite Studie zur Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV), auch die AHPV war beteiligt.

3. November 2014

5.000 € für die Augsburger Hospiz- und Palliativstiftung
Spende des Gewinnsparevereins der Raiffeisen- und Volksbanken in Bayern e.V. soll die Versorgung schwerst- und sterbenskranker Menschen verbessern.

10. November 2014

PalliativStiftung schlägt gesetzliche Regelung zur Allgemeinen ambulanten Palliativversorgung vor
Deutsche PalliativStiftung fordert nach Einführung des Leistungsanspruchs auf Spezialisierte ambulante Palliativversorgung im Jahr 2007 nun die Einführung eines Leistungsanspruchs auf Allgemeine ambulante Palliativversorgung.



2

*AUGSBURGER HOSPIZ- UND
PALLIATIVVERSORGUNG E. V.*

AUGSBURGER HOSPIZ- UND PALLIATIVVERSORGUNG E. V.

Der AHPV e.V. wurde am 9. März 2009 im Sitzungssaal des Landratsamts Augsburg gegründet.

Der Verein ist ein Netzwerk aus vielen unterschiedlichen Organisationen (Seite 22). Wesentliches Ziel dieser Vernetzung ist es, die Hospiz- und Palliativversorgung in Stadt und Landkreis Augsburg zu fördern. Dazu veranstaltet der Verein Fortbildungen (Seite 26) und Tagungen (Seite 28) und betreibt aktiv Forschung zur Hospiz- und Palliativversorgung (Seite 78).

Der Verein selbst erbringt keine Versorgungsleistungen. Aber er hat als 100-%ige Tochter die Augsburger Palliativversorgung gemeinnützige GmbH gegründet (Seite 45).

Die vollständige Satzung des AHPV e.V. finden Sie auf www.ahpv.de/ueber-uns/augsburger-hospiz-und-palliativversorgung-ev/satzung-der-ahpv.

LOGO DER AHPV

Das Logo der AHPV symbolisiert stellvertretend für alle weiteren Organisationen die vier Gründungsorganisationen (Klinikum, St. Vinzenz-Hospiz, Hospiz-Gruppe Albatros und Caritasverband der Diözese Augsburg) durch Verwendung von deren Primär- und Sekundärfarben (Farbquadrate bzw. Rahmen der Farbquadrate).

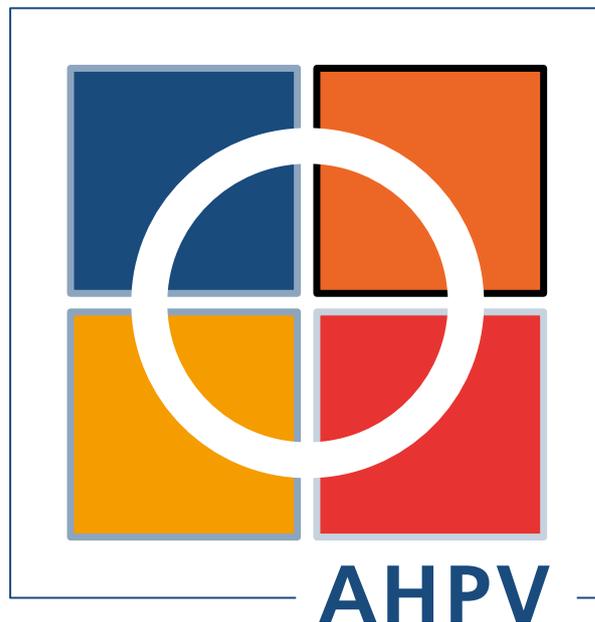
Die klare Aufteilung der Felder symbolisiert die *Eigenständigkeit* aller Mitglieder.

Der Ring durch alle Segmente steht für *Verbundenheit*, der Rahmen um das gesamte Logo für *Zusammengehörigkeit*.

Die klare und durchlässige Gestaltung zeigt *Offenheit*.

Die symmetrische Gestaltung strahlt *Ausgewogenheit* aus.

Alle diese Werte basieren auf gegenseitigem *Vertrauen*.



DIE ZIELE DES AHPV E.V.

Aus unseren Werten (Seite 11) leitet sich selbstredend ab, dass eine gute Betreuung Sterbender nur in guter Kooperation aller Beteiligten zu erbringen ist – und das angesichts der Tatsache, dass die Einrichtungen und Organisationen, die helfen wollen, auch Konkurrenten am Markt sind.

Die AHPV wurde gegründet, um diese gute Kooperation herzustellen. Allen Beteiligten ist bewusst, dass Ko-Operation – zusammen arbeiten – eine große Herausforderung ist. Die AHPV dient dieser Kooperation und erbringt bewusst selbst keine Versorgungsleistung – mit einer einzigen Ausnahme: Die AHPV ist für die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV) verantwortlich. Die SAPV ist eine neue Leistungsform, die es vorher in der Region noch nicht gab, und die es nur ergänzend gibt: nur dann, wenn die vorhandenen Leistungserbringer die Versorgung nicht erbringen können.

Die erste wesentliche Herausforderung für den Aufbau einer sektorenübergreifenden Hospizarbeit und Palliativversorgung ist die Herstellung eines Interessenausgleichs zwischen den unterschiedlich

interessierten Beteiligten in der AHPV. Dieser Interessenausgleich kann sich nicht alleine am Umsatz oder der Größe einer Organisation orientieren, sondern es müssen weitere Bewertungsparameter Verwendung finden.

In der AHPV sind inzwischen über 50 Organisationen und Privatpersonen Mitglied (Stand 12/2014), darunter 5 Krankenhäuser der Region, die großen Wohlfahrtsverbände, die Hospizgruppen, Pflegedienste und Sozialstationen, Alten- und Pflegeheime, die beiden Gebietskörperschaften, der ärztliche Kreisverband, Apotheken, Fort- und Weiterbildungseinrichtungen, die Nachsorgeeinrichtung Der Bunte Kreis und Vertreter von Betroffenen. Damit ist die AHPV eines der größeren Netzwerke in diesem Bereich in Deutschland.

Die AHPV ist mehr als die Summe ihrer Teile, sprich, ihrer Mitglieder. Sie ist ein Netzwerk im besten Sinne des Wortes. Liste der AHPV-Mitglieder, Stand Dezember 2014, siehe Seite 22.



DIE AHPV HAT FOLGENDE WICHTIGE ZIELE IN IHRER SATZUNG FESTGESCHRIEBEN:

- Zweck des Vereins ist es, eine einvernehmliche sektorenübergreifende Vernetzung, also die Vernetzung stationärer und ambulanter hospizlicher und palliativer Versorgungsstrukturen insbesondere in Stadt und Landkreis Augsburg auf Basis der jeweils aktuellen Definition von Palliativversorgung der WHO zu erreichen.

Entscheidend hier ist die Nicht-Einschränkung auf eine Versorgungsform, Organisation oder Versorgungsort, sondern die einvernehmliche sektorenübergreifende Vernetzung auf Basis der jeweils aktuellen Definition von Palliativversorgung. Letzteres ermöglicht problemlos die Weiterentwicklung.

- Ziel ist, eine individuelle Betreuung für Sterbende und deren Familienangehörige zu realisieren. Der Verein lehnt aktive Sterbehilfe ab.

Entscheidend hier ist die Betroffenenorientierung (Sterbende und Angehörige/Zugehörige).

- Die Verwirklichung dieses Zwecks wird u. a. im Bereich der allgemeinen Palliativversorgung durch Vernetzung mit den bestehenden Anbietern realisiert und kann im Bereich der spezialisierten Versorgung (SAPV) als eigene Leistung des Vereins durch ein oder mehrere Palliativversorgungsteams (im Sinne eines Leistungserbringers nach § 132 d SGB V) realisiert werden.

Entscheidend hier ist der Fokus auf die Vernetzung und – als einzige Ausnahme – die Versorgung per SAPV durch den Verein. Da letztere Versorgungsform nicht in der Region vorhanden war, um die bestehenden Angebote zu ergänzen, ergibt dies ein Einvernehmen ohne zu konkurrieren.

Darüber hinaus wird die Verwirklichung dieses Zwecks durch folgende Maßnahmen unterstützt:

- Weiterentwicklung und Erarbeitung von regionalen Standards für die regionale Versorgung
- Durchführung von Aus-, Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen, Tagungen und wissenschaftlichen Kongressen und Hospitationen und deren Publikationen
- Wissenschaftliche Untersuchungen, die sich dem Anliegen der Palliativmedizin widmen
- Fachliche und wissenschaftliche Beratung und Unterstützung von in der Region an der Palliativversorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten, Pflegenden und Vertretern weiterer Berufsgruppen, insbesondere die Vertretung gegenüber öffentlich-rechtlichen Körperschaften, Kostenträgern, Politik und Öffentlichkeit
- Öffentlichkeitsarbeit, um die Ziele des Vereins darzustellen und deren Durchsetzung zu ermöglichen

DIE MITGLIEDER (STAND: 31.12.2014)



HOSPIZVEREINE

Christrose Königsbrunn e.V.
Hospiz-Gruppe „Albatros“ Augsburg e.V.
Hospizgruppe St. Elisabeth Schwabmünchen
Hospizgruppe St. Raphael
Dinkelscherben-Zusmarshausen-Welden
Ökumenische Hospizgruppe Bobingen e.V.
St. Vinzenz-Hospiz Augsburg e.V.

KLINIKEN

Klinikum Augsburg
Evangelische Diakonissenanstalt Augsburg - diako
Klinik Vincentinum Augsburg gemeinnützige GmbH
Wertachkliniken (Bobingen und Schwabmünchen)

PALLIATIVSTATIONEN

Palliativstation am Klinikum Augsburg

ÄRZTE

Ärztlicher Kreisverband (in Vertretung aller Ärzte)

PRIVATE PFLEGEDIENSTE

APO-CARE e.V.
Pflegedienst Deschler GmbH
Pflegezentrum Ederer GbR

WOHLFAHRTSVERBANDLICH ORGANISIERTE SOZIALSTATIONEN

Ambulante Kranken- u. Altenpflege St. Ulrich u. Afra,
St. Canisius e.V.
Caritative Dienste Augsburg Nord-West gGmbH
Diakonie Sozialstation Augsburg-Lechhausen e.V.
Diakonie Sozialstation Augsburg Stadtmitte e.V.
Evangelische Sozialstation Augsburg-West GmbH
Katholisch-Evangelische Sozialstation
Augsburg-Göggingen
Ökumenische Sozialstation
Haunstetten und Univiertel gGmbH
Ökumenische Sozialstation Gersthofen
Ökumenische Sozialstation Meitingen und Umgebung
Ökumenische Sozialstation Schwabmünchen
Sozialstation Augsburg-Mitte e.V.
Sozialstation Augsburg-Lechhausen e.V.
Sozialstation Dinkelscherben/Zusmarshausen/Welden e.V.
Sozialstation Hochzoll und Friedberg-West gGmbH
Sozialstation St. Thaddäus e.V.

WOHLFAHRTSVERBANDLICHE UND KOMMUNALE STATIONÄRE EINRICHTUNGEN

Diako – Das Diakonissenhaus

WOHLFAHRTSVERBÄNDE

AWO Kreisverband Augsburg Stadt e.V.
AWONIA. Gesellschaft für Wohnen und
Pflege im Alter mbH
BRK – Kreisverband Augsburg-Stad
BRK – Kreisverband Augsburg-Land
CAB Caritas Augsburg Betriebsträger gGmbH
Caritasverband der Diözese Augsburg e.V.
Caritasverband Schwabmünchen u. Umgebung e.V.
Diakonisches Werk Augsburg
Malteser Hilfsdienst e.V. für Stadt und Landkreis Augsburg

KOMMUNEN

Gebietskörperschaft Landkreis Augsburg
Gebietskörperschaft Stadt Augsburg

NACHSORGEEINRICHTUNGEN

AWONIA. Gesellschaft für Wohnen und
Pflege im Alter mbH
Krana-Net – das Krankenhausnachsorgenetz
Verein zur Familiennachsorge – Bunter Kreis e.V.

PRIVATE STATIONÄRE EINRICHTUNGEN

Pflegezentrum Ederer GbR

ANGEHÖRIGE, BETROFFENE UND BETREUER/ VORSORGEBEVOLLMÄCHTIGTE

Dr. Monika Emmerling
Bernhard Hannemann
Johanna Ruisinger
Hildegard Schwering

WEITERE MITGLIEDER

Herrenbach-Apotheke
Menschen brauchen Menschen e.V.
Praxis für Physiotherapie Hümmer

FORT- UND WEITERBILDUNGSEINRICHTUNGEN

Hans-Weinberger-Akademie der AWO e.V.
Haus Tobias
Heimerer GmbH

KRANKENKASSEN

Weiterhin keine Mitgliedschaft in Aussicht

WAS WIR TUN – DER VEREIN

Der Verein Augsburger Hospiz- und Palliativversorgung e.V. fördert die Betreuung schwerstkranker und sterbender Patienten. Schwerpunkte sind die Vernetzung aller Leistungserbringer, die Fortbildung von Fachkräften und die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV).

DIE MENSCHEN IM VEREIN

Im Januar 2013 wurde der neue Vorstand gewählt. Er leitet die Geschicke des Vereins. Unter den fünf Vorstandsmitgliedern müssen die Bereiche Pflege, Hospiz und Medizin vertreten sein, um den multidisziplinären Ansatz von Hospizarbeit und Palliativversorgung im Entscheidungsgremium der AHPV zur Verfügung zu haben.

DER VORSTAND (2013 - 2015)

leitet die Geschicke des Vereins.

Dr. Dr. Eckhard Eichner (Vorsitzender)
Ärztlicher Geschäftsführer/Ltd. Arzt, Augsburger Palliativversorgung gemeinnützige GmbH

Domkapitular Armin Zürn (stv. Vorsitzende)
Referent für Krankenhaus und Krankenhausseelsorge der Diözese Augsburg, 1. Vorsitzender des St. Vinzenz-Hospizes Augsburg e.V.

Hr. Eckard Rasehorn (stv. Vorsitzender)
Geschäftsführer, AWO Kreisverband Augsburg Stadt e.V.

Fr. Christine Deschler
Geschäftsführerin, Pflegedienst Deschler GmbH

Dr. Christoph Aulmann
Co-ltd. Arzt, Palliativzentrum, Klinikum Augsburg

DER BEIRAT

ist beratend tätig und besteht aus fachlich versierten Personen, die nicht Mitglied des Vereins sein müssen. Auch sie müssen die drei Bereiche Pflege, Hospiz und Medizin abdecken:

Andreas Claus

Geschäftsführer, Ökumenische Sozialstation Schwabmünchen

Dr. Margarethe Beck

Fachgebietsleitung Hospiz des Caritasverbands der Diözese Augsburg scheid zum 30. April 2014 auf eigenen Wunsch aus dem Beirat aus

Werner Blochum

Geschäftsführer, Kath.-Evang. Sozialstation Augsburg-Göggingen

Renate Flach

Vorstandsvorsitzende, Hospiz-Gruppe "Albatros"

Christoph Hauser

Allgemeinarzt, Ärztlicher Kreisverband

Dr. Carsten Oetzel

Onkologe, Ärztlicher Kreisverband

Ralf Otte

Rechtsanwalt, Geschäftsführer Bunter Kreis

KOOPTIERTE

Zusätzlich können an den Sitzungen des Vorstands auch kooptierte Personen teilnehmen.

DELEGIERTENVERSAMMLUNG DER AHPV

Um eine Relativgewichtung der einzelnen Versorgungsformen untereinander, aber auch die Einbeziehung weiterer Personen und Organisationen zu erreichen, gibt es eine Delegiertenversammlung, die die Versorgungsrealität in der Region widerspiegeln soll. Zudem sollen Vertreter aller Teilregionen (Landkreis Augsburg, Stadt Augsburg) in der Delegiertenversammlung vertreten sein. Details sind in der Satzung festgelegt.

Das Büro des AHPV e.V. wird durch den Vorsitzenden des Vereins ehrenamtlich betreut. Er wird durch Frau Heidi Walter, Frau Nikol Dujmovic und die weiteren Mitarbeiterinnen der gemeinnützigen GmbH unterstützt.

FORT- UND WEITERBILDUNGEN

Die Fort- und Weiterbildung von Fachkräften ist ein wichtiges Anliegen der AHPV. 2014 wurde das Fort- und Weiterbildungsangebot weiter ausgebaut. Ein wichtiger Schritt war zudem die Gewinnung von Susanne Kling als Fort- und Weiterbildungsbeauftragte. Die Pflegekraft betreut und managt ab 1.1.2015 alle Aktivitäten und entwickelt das Programm weiter.

Folgende Kurse wurden 2014 durchgeführt:

5. AUGSBURGER PALLIATIVE CARE BASISMODUL FÜR PFLEGENDES FACHPERSONAL

5 Werktage ab 28. Januar bis 18. Februar 2014. Der Kurs richtete sich an Pflegekräfte, Altenpflegerinnen und Altenpflegehelferinnen in Alten- und Pflegeheimen.

Er vermittelte z.B.:

- Pflegerische Symptomkontrolle
 - Grundsätze der Behandlung belastender Beschwerden
 - Erkennung und Behandlung von Schmerzen
 - Übelkeit, Erbrechen, Verstopfung
 - Atemnot, Husten, Rasselatmung
 - Verwirrtheit
 - Flüssigkeit und Ernährung
- Notfallplan, Dokumentation, Fallbesprechung
- Die letzten Tage und Stunden
- Kommunikation mit Schwerkranken und Angehörigen
- Familie und soziales Umfeld
- Zusammenarbeit mit Hospizen, Vernetzung
- Patientenrecht und Vorsorge; Ethische Fragen

PALLIATIVE CARE UND HOSPIZARBEIT FÜR MEDIZINISCHE FACHANGESTELLTE

Mittwoch, 26. Februar 2014

Zusammen mit der Hausärztlichen Gemeinschaftspraxis Dr. med. Herbert Dorn & Christoph Hauser und der Hospiz-Gruppe „Albatros“ wurde eine 8-Stunden-Einführung für Arzthelferinnen durchgeführt. Sie vermittelt Grundkenntnisse der Hospizarbeit und der Palliativversorgung in der Region. Ziel ist es, medizinische Fachangestellte bei ihren Aufgaben für die Nöte dieser Patienten und deren Angehörigen zu sensibilisieren und sie zu befähigen, hilfreich zu reagieren.

Palliativmedizin für Ärzte – Aufbaumodul 2

Fallseminar Palliativmedizin Modul II

7.-9. März 2014 und 21.-23. März 2014

Gemeinsam mit der Christophorus-Akademie in München wurde erstmalig in der Region der Aufbaukurs 2 für Ärzte angeboten, der Ärzten der Region die volle Zusatzweiterbildung Palliativmedizin ermöglichen wird.

Das Aufbaumodul 2 ist als 40-Stunden-Weiterbildung im Rahmen der Zusatzweiterbildung Palliativmedizin konzipiert. Voraussetzung für die Teilnahme ist ein bereits absolvierte Basiskurs Palliativmedizin (siehe Seite 27). Zusammen mit weiteren 2 Aufbaumodulen (jeweils 40 Stunden) werden die theoretischen Voraussetzungen zum Erwerb der Zusatzbezeichnung „Palliativmedizin“ erreicht, die von Ärzten mit Gebietsbezeichnung erworben werden kann.

1. AUGSBURGER AUFBAUKURS PALLIATIVE CARE FÜR PFLEGENDE (120 STUNDEN)

Im Herbst 2013 begann die AHPV erstmals einen Palliative-Care-Aufbaukurs mit 120 Stunden in 3 Wochenblöcken.

Zusammen mit dem Basiskurs ergibt sich die DGP-Zertifizierung für Palliative Care Fachkräfte:

Kurswoche 1: 23. - 27. September 2013

Kurswoche 2: 17 - 21. März 2014

Kurswoche 3: 7. - 11. Juli 2014

5. AUGSBURGER BASISKURS PALLIATIVMEDIZIN

24. - 26. Oktober 2014 und 7. - 9. November 2014

Gemeinsam mit dem Interdisziplinären Zentrum für palliative Versorgung (IZPV) am Klinikum Augsburg wurde zum 5. Mal der Basiskurs für die Zusatzweiterbildung Palliativmedizin angeboten. Die 40-Stunden-Kursweiterbildung orientiert sich an den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin e. V. und der Bundesärztekammer.

AROMAPFLEGE

Mittwoch, 24. September 2014

Ziel des Grundlagenkurses war die Vermittlung wichtiger Grundlagen für die sichere Auswahl und Anwendung ätherischer Öle, fetter Pflanzenöle und Hydrolate.

Zielgruppe waren Pflegendе aller Fachbereiche, Hospizhelfer, Betreuungskräfte sowie alle Interessierten.



AUGSBURGER HOSPIZ- UND PALLIATIVGESPRÄCHE

Die Augsburger Hospiz- und Palliativgespräche (AHPG) dienen der Verbesserung und dem Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung in Stadt und Landkreis Augsburg. Sie haben drei Hauptziele:

- Fort- und Weiterbildung. Die Teilnehmer erhalten Fortbildungspunkte der Bayerischen Landesärztekammer.
- Persönlicher Austausch zwischen allen an hospizlicher und palliativer Versorgung interessierten Menschen. Verbesserung der Kooperation.
- Steigerung der Bekanntheit der AHPV, Bewusstsein wecken, Mitglieder gewinnen.

2014 wurden zwei Augsburger Hospiz- und Palliativgespräche durchgeführt:

13. Augsburger Hospiz- und Palliativgespräch

Letzte Hilfe Kurs

12. März 2014, Augustanasaal Augsburg

Das 13. AHPG wandte sich zum ersten Mal bewusst an eine breite Öffentlichkeit, nicht nur an Fachkräfte. Es stand unter der Überschrift „Miteinander leben – über das Sterben sprechen“.

Sterben ist eigentlich Teil unserer Leben. Allerdings ist unser Erfahrungswissen über das Sterben und den Umgang mit sterbenden Menschen in den letzten Jahrzehnten verloren gegangen. Behandelt wurden Fragen wie:

- Was geschieht beim Sterben?
- Was bedeutet Abschied-nehmen-müssen für einen Schwerstkranken und seine Familie?
- Welche körperlichen und psychischen Veränderungen treten beim Betroffenen auf? Symptome lindern, Behandlungsentscheidungen treffen, für Krisensituationen vorsorgen.

- Wie können Angehörige den Kranken unterstützen?
- Wie gehen wir mit unserer eigenen Trauer um?

14. Augsburger Hospiz- und Palliativgespräch

Noch 16 Tage - eine Sterbeklinik in London.

5 Jahre AHPV

9. Juli 2014, Augustanasaal, Augsburg

Zum fünfjährigen Bestehen der Augsburger Hospiz- und Palliativversorgung wurde bewusst ein AHPG gestaltet, das den Blick zurückwirft.

1971 erlangte der im ZDF ausgestrahlte Dokumentarfilm „Noch 16 Tage - eine Sterbeklinik in London“ fast traurige Berühmtheit. Der vom Jesuitenpater Reinhold Iblacker gedrehte Film im St. Christopher's Hospiz löste heftige Reaktionen in Deutschland aus: Anstelle einer Auseinandersetzung mit einem anderen Umgang von Sterben und Tod in der modernen Medizin kam es zu großen Missverständnissen und Missdeutungen.

Dabei wollte Iblacker etwas anderes, etwas Positives zeigen: dass es für Menschen, die unheilbar krank sind, gilt, „... die Isolation der Sterbenden, die normalerweise in Kliniken herrscht, zu vermeiden. Ziel der Klinik ist, dem Tod den Schrecken zu nehmen und die Menschen in Würde sterben zu lassen.“

42 Jahre sind seitdem vergangen: Doch obwohl der Ausbau der Palliativversorgung und Hospizarbeit immer weiter voranschreitet, wird der Ruf nach aktiver Sterbehilfe („Tötung“) bzw. ärztlich assistiertem Suizid in Deutschland immer lauter.

5 Jahre AHPV wurden deshalb als Anlass begriffen, hier innezuhalten und anstelle sich zu feiern darüber zu reden, welche Antworten wir auf die Ängste der Betroffenen tatsächlich geben.

Zudem nutzte der AHPV sein 5-jähriges Bestehen, um eine Erklärung gegen aktive Lebensverkürzung abzugeben (Seite 34).

VEREINSFINANZEN

Der Augsburger Hospiz- und Palliativversorgung e.V. steht weiterhin finanziell auf sehr gesunden Füßen. Hier trägt in besonderem Maße bei, dass die Ausgaben des Vereins aufgrund der komplett ehrenamtlichen Tätigkeit aller Vorstände, Beiräte und Delegierten so gut wie keine Kosten aufweisen. Aufgrund der Möglichkeit, in den Räumen der Augsburger Palliativversorgung gemeinnützige GmbH seinen Vereinssitz zu haben, entstehen auch hier keine Kosten.

Aus dem Jahresabschluss 2014 ergeben sich folgende Zahlen:

BILANZ zum 31. Dezember 2014

AKTIVA		
Anlagevermögen		1.913,00 €
Sonstige Vermögensgegenstände	0,00 €	
Anteile an verb. Unternehmen	25.000,00 €	
Kasse, Bank	133.419,21 €	
Umlaufvermögen		158.419,21 €
Gesamtsumme		160.332,21 €

PASSIVA		
Gebundene Rücklagen	115.911,35 €	
Freie Rücklagen	15.051,43 €	
Vereinsvermögen		15.051,43 €
Ergebnisvorträge allgemein ¹		25.000,00 €
Sonstige Rückstellungen		2.327,60 €
Sonstige Verbindlichkeiten		2.041,83 €
Rechnungsabgrenzungsposten		0,00 €
Gesamtsumme		160.332,21 €

¹ Stammeinlage der Augsburger Palliativversorgung gemeinnützige GmbH (100% der Anteile).

Als Verwaltungskosten fallen die Erstattung der Leistungen des Steuerbüros Geyer, das für den Verein den Jahresabschluss erstellt, Porto und wenige Stunden pro Monat für eine 450-€-Kraft an, die die Fort- und Weiterbildungen mit organisiert.

Somit können fast alle Einnahmen des Vereins wie Mitgliedsbeiträge, Veranstaltungsgebühren, Bußgelder oder Spenden vollständig für die Vereinszwecke verwendet werden.

Durch die (teilweise zweckgebundenen) Spenden im Jahr 2014 können nun einige wichtige Projekte der Augsburger Hospiz- und Palliativversorgung e.V. ab 2015 umgesetzt werden.



3

*GEGEN AKTIVE
LEBENSVERKÜRZUNG*

HALTUNG DER AHPV ZU „STERBEHILFE“ UND ASSISTIERTEM SUIZID

EINLEITUNG

Sein 5-jähriges Bestehen „feierte“ der AHPV e.V. im Rahmen des 14. Augsburger Hospiz- und Palliativgesprächs (AHPG). Die Vereinsmitglieder nutzten die Gelegenheit, um innezuhalten, zurückzublicken und Position mit Blick auf die Zukunft zu beziehen.

RÜCKBLICK



Den Auftakt des AHPGs bildete der Film „Noch 16 Tage – eine Sterbeklinik in London“ aus dem Jahr 1971. Darin wird die beispielhafte Arbeit des Christopher’s Hospice in London gezeigt, und dessen Leiterin Cicely Saunders kommt mehrfach zu Wort. Der Film löste damals in Deutschland heftige Reaktionen und Kontroversen aus.

42 Jahre später hat sich auch in Deutschland vieles entwickelt, aber der Film wirkte mit seinen Inhalten und Anliegen immer noch überraschend zutreffend und zeitgemäß.

INNEHALTEN

Vor diesem Hintergrund luden zwei sehr unterschiedliche Referenten die Teilnehmer ein, ihre Betrachtungen zur aktuellen Debatte zur „Sterbehilfe“ zu verfolgen.

Prof. Ruth Rissing-van Saan, ehemalige Vorsitzende Richter am Bundesgerichtshof, war 2010 leitend für das

BGH-Urteil zur Sterbehilfe verantwortlich. Darin wurde klar unterschieden zwischen einer „auf Lebensbeendigung gerichteten Tötung“ und „krankheitsbedingtem Sterbenlassen mit Einwilligung des Betroffenen“. Schon der Titel ihres juristischen Vortrags formulierte ihre Position: „Zur Unverfügbarkeit menschlichen Lebens in Deutschland“.



Prof. Werner Schneider, Soziologe an der Universität Augsburg, referierte aus soziologischer Sicht. Für ihn betrifft das Thema Sterbehilfe nicht nur die Frage des individuellen Leids eines Schwerstkranken, sondern auch die Wertefundamente einer Gesellschaft und ihrer Institutionen. Die Differenz zwischen einem Sterbenlassen und dem Tötungsakt sei vor allem für die Weiterlebenden von entscheidender Bedeutung für die Frage, in welcher Gesellschaft sie weiterleben wollen bzw. müssen.

Die ausgearbeiteten Langtexte der beiden Vorträge finden Sie ab Seite 35.

AUSBLICK

Der AHPV e.V. selbst positionierte sich ganz bewusst gegen den aktuell immer lauterem Ruf nach aktiver Sterbehilfe („Tötung“) und ärztlich assistiertem Suizid. Er veröffentlichte seine Erklärung gegen aktive Lebensverkürzung (siehe S. 34).

Aus Sicht des AHPV e.V. müssen hospizliche Fürsorge und Palliativversorgung weiterentwickelt und gestärkt werden, damit die Menschen in ihrer letzten Lebensphase diese Angebote kennen und nutzen können.

Erklärung der AHPV gegen aktive Lebensverkürzung

Erklärung

(1) Wir, die Unterzeichnenden, erklären, dass wir jegliche Form der aktiven Lebensverkürzung in unserer Funktion als palliativ wie hospizlich Handelnde strikt ablehnen. Dabei verstehen wir unter „aktiver Lebensverkürzung“ sowohl die bewusste Lebensverkürzung in Form der aktiven Sterbehilfe als auch die gewerbsmäßige, geschäftsmäßige und/oder organisierte Beihilfe zur Selbsttötung.

(2) Wir sind fest davon überzeugt, dass der Wunsch eines Menschen nach aktiver Lebensverkürzung im Zusammenhang mit einer schweren Erkrankung in den allermeisten Fällen aus großem körperlichen und seelischen Leid, den damit verbundenen Ängsten und eventuell aus einer ungewollten Bedürftigkeit und Abhängigkeit von Dritten entsteht.

Daraus folgt, dass der Wunsch nach aktiver Lebensverkürzung in aller Regel erlischt, wenn körperliche und seelische Leiden gelindert werden und unter Wahrung der Würde das Selbstbestimmungsrecht von Menschen geachtet wird.

Ebenso erlischt dieser Wunsch regelhaft, wenn kranken Menschen ihre Ängste genommen werden: dass sie anderen zur Last fallen könnten, dass sie wertlos sein könnten oder dass sie hilflos und fremdbestimmt sein werden.

(3) Wir lehnen als Bürgerinnen und Bürger eine Gesellschaft mit aktiver Lebensverkürzung ab. Wir treten gemeinsam dafür ein, die Rahmenbedingungen menschlichen Lebens bei schwerem Leid und begrenzter Lebenszeit zu verbessern und dafür Sorge zu tragen, dass unsere Mitbürgerinnen und Mitbürger trotz ihrer schweren fortschreitenden Erkrankung bis zuletzt an einem menschenwürdigen Leben teilhaben dürfen.

Wir treten den Bestrebungen nach einer Legalisierung aktiver Lebensverkürzung auch deswegen entgegen, weil damit ein zunehmender Druck auf die Betroffenen entsteht: Diese fühlen sich möglicherweise dazu verpflichtet, sich eher töten zu lassen oder selbst zu töten als anderen zur Last zu fallen oder Kosten zu verursachen.

(4) Wir lehnen die aktive Lebensverkürzung als hospizlich Handelnde ab. Stattdessen wollen wir die seit über 30 Jahren geübte hospizliche Sorgeskultur für Kranke und Schwache weiter ausbauen und uns auch weiterhin in unserer Gesellschaft dafür einsetzen, dass ein Mensch allein um seiner selbst willen wertvoll ist - auch wenn er krank und bedürftig ist.

(5) Wir lehnen die aktive Lebensverkürzung als palliativmedizinisch und palliativpflegerisch Tätige ab.

Stattdessen

1. lindern wir Leid, konsequent mit allen uns zur Verfügung stehenden medizinischen, pflegerischen, psychosozialen und seelsorgerischen Möglichkeiten und Mitteln.

2. arbeiten wir daran, dass Palliativmedizin und -pflege in ihren allgemeinen wie spezialisierten Formen weiter ausgebaut werden.

3. setzen wir uns dafür ein, dass auch die finanziellen und gesetzlichen Rahmenbedingungen des deutschen Gesundheitssystems es uns dauerhaft ermöglichen, die oft große Not am Lebensende qualifiziert und umfassend lindern zu können.

(6) Wir lehnen die aktive Lebensverkürzung von Kindern ab, denn das wäre für uns der Verlust gesellschaftlicher Grundwerte. Schwerkranke und sterbende Kinder und Jugendliche und ihre Familien drohen aus unserer Gesellschaft ausgegrenzt zu werden; sie bedürfen hingegen einer besonders personalintensiven und komplexen Betreuung.

(7) Dabei sind wir uns bewusst, dass in Ausnahmefällen menschliches Leid trotz aller hospizlichen, palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Anstrengungen unerträglich bleiben kann und deswegen der Wunsch nach einer raschen Erlösung von diesem Leid bestehen bleibt. Doch auch in diesen Einzelfällen bedarf es einer maximal lindernden Hilfe, die auch dieses Leid begrenzt oder zumindest die Wahrnehmung des Leids reduziert. In solchen Ausnahmefällen stellt eine konsequente palliative Sedierung – auch unter gleichzeitiger Beendigung nicht mehr gewollter, sterbensverlängernder Therapien – eine zulässige Handlungsform dar.

Doch selbst diese Ausnahmen rechtfertigen für uns keine gesetzliche Erlaubnis der gewerbsmäßigen, geschäftsmäßigen und organisierten Beihilfe zur Selbsttötung. Ebenso rechtfertigen diese Ausnahmen keine Legalisierung aktiver Sterbehilfe.

Augsburg, den 9. Juli 2014

Die Unterzeichnenden

AKTIVE STERBEHILFE ALS TÖTUNGSAKT – SOZIOLOGISCHE ANMERKUNGEN

Von Werner Schneider



Manuskript zum Vortrag beim 14. Augsburger Hospiz- und Palliativgespräch
„Noch 16 Tage – eine Sterbeklinik in London“, 9. Juli 2014

Sehr geehrte Damen und Herren,

gestatten Sie mir einige wenige Vorbemerkungen zum Titel. Die Formulierung ist bewusst so gewählt – von Dr. Eichner, denn es soll mir im Folgenden zwar um das Sterben, um die bekannte Debatte rund um Sterbehilfe versus Sterbebegleitung gehen, aber vor allem um das Töten als aktives Handeln, als Tötungsakt – und das aus soziologischer, genauer: aus kultursoziologischer Sicht.

Ich habe für Sie keine Folien, da mir zu meinem Thema weder passende Grafiken, Bilder noch verlässliche, interpretationssichere Statistiken vor Augen stehen. Statt dessen möchte ich Ihnen nur einige unfertige Gedanken vorstellen, da ich – ganz offen gleich zu Beginn bekennd – zugeben muss, dass ich mit dem Thema „Sterbehilfe“ in meinem eigenen Denken keineswegs im Reinen bin. Sie werden von mir also kein flammendes Plädoyer gegen aktive Sterbehilfe hören, sondern eher – deshalb der Untertitel – etwas zwiespältige soziologische Anmerkungen – und am Ende wird, so befürchte ich, niemand schlauer sein, als er jetzt schon ist ...

Ich gehe in 3 Schritten vor. Der erste Schritt adressiert die Frage:

1. STERBEHILFE– WARUM ÜBERHAUPT DIESE DISKUSSION?

Ich beginne bei mir selbst: Ich bin Jahrgang 1960 und damit Angehöriger der sogenannten Baby-Boomer, jener in den frühen 1960ern geborenen Kohorten, die deutlich zahlreicher waren als ihre Vorgänger – und vor allem als alle bisherigen Nachfolger-Kohorten. Ich erwähne dies deshalb, weil wir – diese Jahrgänge – es sind, die als großes Problemszenario erhalten müssen, wenn es um den demographischen Wandel und den bereits jetzt auf uns zukommenden Berg von multimorbiden, pflegebedürftigen Alten geht, den diese Gesellschaft wird stemmen müssen. Wir waren bereits zu Beginn unseres Lebens zu viele – im Kindergarten, in der Schule, bei der Lehrstellen- und Studienplatzsuche. Und wir werden auch am Lebensende, in den Krankenhäusern, Pflegeheimen zu viele sein, ja wir werden uns noch auf den Friedhöfen wechselseitig im Weg liegen, wenn nicht zumindest dort der Wandel der Bestattungskultur, vom großen Sarg zur platzsparenden Urne, für Entlastung sorgt.

Neben diesem „Zahlenproblem“ gibt es aber einen zweiten, wichtigeren Aspekt: Ich behaupte, dass die seit 1960 Geborenen die ersten Generationen waren bzw. sind, die ihr ganzes Leben in einer durch und durch modernisiert-modernen individualistischen Gesellschaft verbracht haben, in der durchgehend über den ganzen Lebensweg hinweg die Bedeutung von Individualität, Autonomie, Selbstbestimmung hoch war bzw. immer höher wurde. Dies gilt natürlich nicht nur für meine Generation, sondern auch und mehr noch, radikaler noch für alle nachfolgenden Generationen.

Auch wenn in den Medien die Sterbehilfe-Debatte immer wieder an mehr oder weniger bekannten Einzelfällen entlang geführt wird – jüngstes Beispiel in Frankreich ist Vincent Lambert, ein 38-Jähriger, der nach einem Unfall seit 6 Jahren im Koma liegt und dessen Angehörige bezüglich der Frage eines Behandlungsabbruchs gerichtlich gegeneinander streiten (es geht also nicht um aktive Sterbehilfe!) ... Auch wenn es also immer wieder solche strittigen Einzelfälle sind, die in den Medien aufgegriffen werden, erscheinen mir die beiden von mir genannten Punkte bedenkenswert zu sein.

Sie adressieren eben nicht (!) medizinisch komplexe und ethisch vielschichtig, differenzierte Einzelfallkonstellationen, sondern gesellschaftliche Entwicklungen, Wertpräferenzen und Generationenprofile. Deshalb – nicht wegen der skandalisierten Einzelfälle, sondern wegen dieser gesamtgesellschaftlichen Entwicklungen – findet das Thema „aktive

Sterbehilfe“ in unserer Gesellschaft eine unhintergehbare Resonanz, die in Zukunft sogar noch deutlich steigen wird. Es wird für immer mehr Menschen immer relevanter werden, wie sie glauben, als durchindividualisierte Generationen zu altern und ihr Leben zu beschließen.

Dies wird allein schon deshalb immer wichtiger, weil wir

1. in einer Gesellschaft leben, deren öffentliche Diskurse uns unentwegt mit dem richtigen Umgang mit Sterben und Tod, mit Sterbenden und Toten vertraut machen (sollen).
2. Weil das Lebensende, das eigene Sterben, die Sorge um den eigenen Tod zu einem „individuellen Projekt“ wird, welches von jedem selbst – selbstbestimmt und vorsorglich – zu gestalten ist.

Und weil sich

3. eine finale, auf das „eigene Lebensende“ hin ausgerichtete „Sorge-Kultur“ entwickelt hat, mit der ein „gutes, durch entsprechende Einrichtungen versorgtes und begleitetes Sterben“ als letzte Lebensphase des Menschen institutionalisiert wird.

Hinzu kommt aber ein weiterer, 4. Aspekt, der den bereits genannten als Fundament unterliegt:

Wenn ich als Soziologe von Individualisierung spreche, meine ich nichts anderes als die gesellschaftliche Vorgabe, dass die Gestaltung des Lebens in jeder Hinsicht unabdingbar dem Individuum zugerechnet wird – bis zum letzten Atemzug. Selbstbestimmung und Autonomie bedeutet die Möglichkeit und die Verpflichtung, für sein eigenes Leben und sein eigenes „gutes Sterben“ Sorge zu tragen, für sich zu gestalten – nicht mehr und nicht weniger.

Für uns als individualisierte Individuen gibt es – dieser gesellschaftlichen Vorgabe gemäß – keine größere Gefährdung, als fremdbestimmt, abhängig, ohne eigenen Willen bzw. ohne Chance ihn umzusetzen, leben und sterben zu müssen.

Und deshalb ist es auch kein (!) Zufall, dass sich in den diskursiven Deutungskämpfen zwischen Sterbehilfe-Befürwortern und Sterbehilfe-Gegnern alle auf dieselben individualistischen Wertebezüge von Autonomie, Selbstbestimmung berufen. Und dazwischen hängt der viel und gerne zitierte Begriff der Würde, den vor allem eines kennzeichnet: man weiß nicht so recht, was damit gemeint ist. Deshalb möchte ich in einem zweiten Schritt bei diesem Begriff kurz innehalten

2. DIE BÜRDE MIT DER WÜRDE UND DAS „STERBEN MACHEN“ IN SEINER SOZIALEN ORGANISATION

Die besondere Problematik des Begriffs Würde besteht darin, dass es sich hier um einen leeren, frei flottierenden und damit beliebig auffüllbaren Signifikanten handelt, der letztlich auf die Garantie all dessen zielt, was Selbstbestimmung und Autonomie ermöglicht und kennzeichnet. Was meine ich damit?

Bei der Würde handelt es sich offenbar um ein Verführungs- und Beruhigungswort, einen Begriffsfetisch, eine „hohle Hyperbel“ – Kennzeichnungen, die man schon bei Schopenhauer oder Nietzsche nachlesen kann. Das habe ich unlängst bei einem Vortrag von einem Philosophen gelernt. Hilfreich mag auch Schiller sein, der sagt: „Bedeckt die Blöße des Menschen, gebt ihm ein Dach und zu essen, dann kommt die Würde ganz von selbst.“

Entscheidend für die Debatte um Sterbehilfe und den dortigen Einsatz dieses Begriffs scheint mir nun zu sein, dass Würde nichts ist, was dem Menschen wesensmäßig innewohnt, ihm unveräußerlich eignet oder als Natur gegeben ist. Man kann solches selbstverständlich glauben, dann handelt es sich aber um Religion, und das wirkt als Legitimation und Sicherung von Würde zumeist recht gut – z.B. der Mensch als solcher als Ebenbild Gottes. Aber man muss es nicht glauben, und nicht jeder glaubt es, und was dann passiert, haben totalitäre Ideologien des 20. Jahrhunderts vom Euthanasie-Programm bis hin zum Völkermord gezeigt.

Würde ist etwas, was vom Kollektiv – der Gesellschaft – zugeschrieben wird: dem Einzelnen, einer Gruppe etc.; was zuerkannt, aber auch aberkannt werden kann. Würde ist – in Anlehnung an Jürgen Habermas – kulturell konstruiert, resultierend aus wechselseitiger Anerkennung in und durch Kommunikation und Interaktion. Würde ist sozial her-

gestellt, gesellschaftlich verliehen und garantiert – und kann somit „umstandslos“ (qua kollektiver Setzung) auch wieder verloren gehen. Es waren keine tiefgründelnden, grundsatz-philosophischen Reflexionen, die zu Artikel 1 im GG geführt haben, sondern die ganz konkreten politischen Erfahrungen mit einem Unrechtsstaat und einer korrumpierbaren Medizin, Justiz, Wissenschaft, Polizei usw.

Soziologisch wichtig ist dabei auch, dass Würde – ähnlich wie Frieden oder Gesundheit – einen „absoluten Positivwert“ darstellt, obwohl oder gerade weil sie inhaltlich nicht bestimmt werden kann: Genauso wenig wie man gegen Frieden oder Gesundheit sein kann, kann man gegen Würde sein. Man kann aber auch nicht im „positiven Sinn“ genau sagen, was Würde ist (ebenso nicht bei Frieden oder Gesundheit). Ex negativo ist die Sache einfacher: Frieden mag die Abwesenheit von Gewalt sein, Gesundheit die Abwesenheit von Krankheit – und ein würdevolles Sterben, ja was wäre das? Sicherlich nicht einfach die Abwesenheit von Schmerz. Aber wir wären uns wahrscheinlich schnell einig, dass ein nicht-würdiges Sterben z.B. damals gegeben war, als Menschen in der Klinik zum Sterben noch vom Stationszimmer ins Bad „abgeschoben“ wurden. Aber ist z.B. ein Sterben, das schmerzbehandelt, begleitet zuhause erfolgt, bereits deshalb (!) würdevoll? Wohl nicht unbedingt ...

Insofern ist also zu fragen, was ein Sterben in Würde heißen soll, wie es zu gestalten wäre, wenn wir uns mit der wohlfeilen Krücke eines allgemeinen Konsenses nicht zufrieden geben wollen, der da lautet, dass für ein würdiges Sterben eben Selbstbestimmung und Autonomie uneingeschränkt zu garantieren und so lange wie möglich aufrecht zu erhalten sind. Um nicht missverstanden zu werden: Dieser Konsens, der in einer individualistischen Gesellschaft als akzeptabler normativer Rahmen nicht verwunderlich ist, erscheint mir deshalb als „Krücke“, weil er für sich genommen bei der konkreten, praktischen Ausgestaltung des Sterbens „vor Ort“ wenig hilfreich ist. Wenig hilfreich erscheint er mir deshalb, weil er sowohl das Sterben Helfen als aktiven Tötungsakt als auch das beim Sterben Begleiten legitimieren kann und letztlich nichts anderes fortschreibt, als jenen vernunftzentrierten Adultismus, der eben immer schon das autonome, selbstbestimmte Individuum, den normalen, vernünftigen-rationalen Erwachsenen voraussetzt – bis hinein in den letzten Atemzug.

Und an dieser Stelle möchte ich meine Argumentation radikal soziologisieren: Autonomie, Selbstbestimmung, Würde, aber auch Intimität, Privatheit im Sterben – alles das ist nichts anderes, ja kann gar nichts anderes sein als der Effekt der sozialen Organisation des Sterbens – des „Sterben Machens“. Würdevolles Sterben ist folglich nichts anderes als ein Interaktionseffekt und somit abhängig von den sozialen Beziehung, von den Institutionen, in denen es erfolgt, von den darin involvierten Beteiligten, von den Normen und Werten, denen sie folgen, und vor allem von Macht, also von Definitions-, Deutungs- und Gestaltungsmacht, von Wissen und Vertrauen.

Das möchte ich in meinem dritten und letzten Schritt kurz etwas genauer erläutern:

3. DIE SOZIALE ORGANISATION DES STERBENS:

DAS STERBEN-MACHEN ALS TÖTEN UND DIE ROLLE DES ARZTES

Soziologisch gesehen ist das gesellschaftliche Problem beim Sterben nicht der Sterbende, denn dieser wird am Ende tot sein (und damit ist er als solcher, als Toter, gesellschaftlich irrelevant). Das gesellschaftliche Problem beim Sterben ist vielmehr das Weiterleben der noch nicht Gestorbenen: Wie organisieren die Weiterlebenden das Sterben eines für sie wichtigen Anderen? Und zwar so, dass sie als Weiterlebende mit diesem erfahrenen Sterben eines Anderen sinnhaft weiterleben können. Das ist die gesellschaftliche Sinnfrage, die die soziale Organisation des Sterben Machens zu bearbeiten und zu beantworten hat!

So betrachtet, gilt es mit Blick auf die Sterbehilfe-Debatte aus meiner Sicht, folgende drei Punkte zu beachten:

Erstens: Wir leben in einer Gesellschaft, die sich als Gesundheitsgesellschaft versteht und in der eine ehemals kurative Medizin immer mehr zur Wunscherfüller-Medizin wird. Krankheit, zumal wenn unheilbar, gar das Sterben, passen nicht in dieses Selbstverständnis. Das umfassende Glücksversprechen, das die moderne Gesellschaft für alle (!) Menschen gegeben hat, gewinnt seine inklusive Kraft für die Menschen gerade dadurch, dass diese Gesellschaft systematisch an der Vermeidung, an der Abschaffung von Leid arbeitet! Die Schmerzbehandlung ist hierfür ein hervorragendes Beispiel: Nach der symbolischen Entzauberung von körperlichem Schmerz, der Auflösung jeglicher kollektiven Sinnverwiesenheit individueller Schmerzerfahrung, kann das nunmehr rein subjektive Schmerzgefühl

als unnötiges, möglichst zu vermeidendes Leiderleben seiner Erfassung – am besten als objektive Messung – und Behandlung zugeführt werden. Spätestens im Kontext von Sterbehilfe gerät diese für uns gemeinhin so positive Schmerzpraxis jedoch an ihre Grenzen: Wie könnte unerträgliches Leid erfasst werden? Nach welchen Kriterien sollte entschieden werden, wann Leid so unerträglich ist, dass ein Entschluss des Leidenden gegen sein Weiter-Leiden so unanfechtbar wäre, dass andere gerechtfertigter Weise zum Tötungsakt schreiten können? Lukas Radbruch hat unlängst darauf hingewiesen, dass bei dem Unterfangen, Leid bis hinein in die Unerträglichkeitszone messen zu wollen, theoretisch, methodologisch und methodisch-praktisch nur Unfug herauskommen kann – im schlimmsten Fall wären das dann Scores zur Messung des Grades an Unerträglichkeit, an deren Validität und Reliabilität wir dann auch noch gerne glauben, um unser Gewissen zu beruhigen ...

Die Flucht hin zur rein subjektiven Wahrnehmung von Unerträglichkeit und dem Akzeptieren einer daraus resultierenden eigenen Willensentscheidung des Leidenden, seinem Leid ein Ende setzen zu wollen, bringt ebenfalls keine Lösung. Denn – soziologisch gesehen – ist die Willensfreiheit des autonomen Subjekts keine (!) prinzipielle Frage von Ja oder Nein, sondern eine empirische Frage des Mehr oder Weniger. Wir alle wissen, dass der freie Wille im Alltag in der Regel durchsetzt ist von Werten, Normen, sozialen Kontrollmechanismen, von Selbst- und Fremdwahrnehmung, von Kommunikation, Interaktion in der jeweiligen Situation usw. usf. ... Was gäbe es nicht für ein Universum allein an ökonomischen Aspekten – wirtschaftliche Interessen von Angehörigen, Ärzten, der Pharmaindustrie –, die in einem Fall eine Verlängerung des Lebens und Leidens, z.B. wegen Rentenzahlungen, im anderen Fall eine Verkürzung desselben wegen Pflegeheim-Kosten, nahelegen würden. Allein die von alten Menschen häufig zu hörende Aussage, dass ihnen am wichtigsten sei, ihren Kindern und Enkelkindern nicht zur Last zu fallen, ist für die Idee des freien Willens, der Selbstbestimmung am Lebensende beunruhigend.

Um es klar zu sagen: Selbstbestimmung ist in diesem Kontext nichts anderes als ein Mythos, der eine „wunscherfüllende“ Sterbebegleitung bis hin zum „Tot Machen“ legitimieren soll. Wer sich gegen die Freigabe von Sterbehilfe wendet, tut dies nicht, weil er sich vor dem Gedanken der Freiheit des Menschen, über sein eigenes Leben und Sterben entscheiden zu wollen, erschrickt. Vielmehr sind es die Bedenken gegenüber jenem modernen Mythos des selbst bestimmten Subjekts, das immer und überall autonom in freiem Willen sein Schicksal in die Hand nimmt und ausgestaltet. Denn es war dieser Mythos, der in der Moderne als „vernunftzentrierter Adultismus“ nicht nur Kindern, sondern auch Alten, Kranken, Sterbenden Selbstverantwortung absprach, um andere – Eltern, Erzieher, Ärzte – für sie verantwortlich machen zu können. Und genau dieser Mythos legitimiert jetzt unsere Vorstellung vom „guten Sterben“ bis hin zum „Tot Machen“, weitet sich also auf Alte, Kranke, Sterbende aus, nicht mehr um sie von Selbstbestimmung auszuschließen, sondern sie darin einzuschließen. Warum? Weil nichts die Gemeinschaft leichter von der Übernahme von Verantwortung für ihre einzelnen Mitglieder enthebt, als die Rede von „Selbstbestimmung“ und „Selbstverantwortung“.

Zweitens: Die moderne Gesellschaft muss die Freiheit des Einzelnen bis zum Sterben und (!) einschließlich des Sterbens garantieren, denn Sterben gehört zum Leben. Das Lebensrecht kann und darf nicht zur Lebenspflicht umgemünzt werden – schon gar nicht vorgegeben durch den säkularen Staat. Man kann daraus folgern, dass er auch nicht verordnen kann, Unerträgliches zu ertragen. Solches funktioniert vielleicht noch in religiösen Glaubensvorstellungen oder in quasi-religiösen politischen Ideologien, aber in nicht in sich als freiheitlich verstehenden individualistischen Gesellschaften.

Dabei zeigt sich allerdings bereits die Verkürzung, die solchen individualistischen Rhetoriken zu eigen ist. Deutlich wird dies bei dem häufig hier ansetzenden Argument: Die Freiheit des Einzelnen endet dort, wo sie die Freiheit des oder der Anderen einschränkt. Doch von welchen Freiheiten welcher Akteure reden wir hier? Von der Freiheit des Einzelnen, der in seinem unerträglichem Leben und Sterben die Freiheit haben möchte, seinem Leben ein Ende zu setzen, auch wenn er selbst dazu nicht mehr fähig ist? Von der Freiheit des Arztes, der nicht entgegen seiner ärztlichen Überzeugung zum Tötungsakt gezwungen werden kann? Von der Freiheit der Angehörigen, die durch das lange Sterben ihres für sie bedeutsamen Anderen eingeschränkt ist? (Wobei Letzteres vielleicht noch am ehesten durch umfassende Hilfe, Unterstützung, Begleitung – wenn sie gewünscht wird – abzufedern wäre.)

Deutlich wird: Das Thema Sterbehilfe betrifft eben nicht (!) nur die Frage des individuellen Leidens im Sterben eines Schwerstkranken und was ihm zugemutet werden kann, darf, muss oder nicht, sondern auch und vor allem die Wertefundamente einer Gesellschaft und ihrer Institutionen. Die Differenz zwischen einem Sterbenlassen und einem medizinisch angeleiteten bzw. von Medizinerinnen durchgeführten Tötungsakt ist vor allem für die Weiterlebenden – die

Angehörigen, die Ärzte, all die anderen involvierten „Sterbearbeiter“ – von entscheidender Bedeutung für die Frage, in welcher Gesellschaft sie weiterleben wollen bzw. müssen.

Drittens: Eine strukturelle Folge davon wäre wahrscheinlich, dass der Tötungsakt am Lebensende sich zunehmend als alternativlos entwickeln könnte und andere Begleitungs-, Betreuungs- und Versorgungsmaßnahmen wenn nicht verhindern, so doch erschweren würde. Noch fataler wären aber m.E. wohl die kulturellen Folgen.

Friedemann Nauck formulierte in einem Vortrag die Frage: Was kann der Arzt? Die Antwort: Heilen manchmal, lindern häufig, trösten immer. Aber: Töten, wenn der Patient es will – das sollte er nie können dürfen! Ich finde diese Position nachvollziehbar, komme aber ins Grübeln. Der Schweizer Altphilologe und Religionshistoriker Walter Burkert beschreibt in seinem Werk „Homo Necans“ – der tötende, schärfer noch: der schlachtende Mensch –, wie der Mensch durch das Erlernen des Tötens erst zum Menschen wird. Das Töten des gejagten Tiers, die symbolische Bearbeitung der Tötung als Akt des Opfers eines „Anderen Lebens“ für das eigene Leben, also das Jagen/Töten, Opfern, Essen (Fleischverzehr) im Kontext von Glauben (als Praxis von Fasten, von Tabus) und der Unterscheidung von Heiligem und Profanem – all das garantiert die Existenz des Menschen, indem er als Einzelner in der Gemeinschaft aufgehen kann, die ihm den Schutz gewährt, den er zum Überleben braucht. Die herausragende Eigenschaft, die den Menschen vom Tier, vom Raubtier, das auch tötet, unterscheidet, ist genau diese Fähigkeit: Das soziale Organisieren des Tötens, des „Tot Machens“, und erst auf dieser Basis kann dann Empathie, Perspektivenübernahme etc. entstehen.

Was kann man aus dieser Einsicht für die heutige Zeit lernen? Wir reden ja nicht von der Tierjagd und entsprechenden Opferritualen. Gerade wenn man Töten als symbolische Praxis im Sinne einer kulturellen Leistung des Menschen im Burkertschen Sinn betrachtet, erkennt man, dass der entscheidende Faktor bei diesem Töten nicht der oder das zu Tötende, sondern der oder die Tötenden sind. Die kulturelle Folge einer Legalisierung der Sterbehilfe als Tötungsakt wäre aus meiner Sicht die Auflösung jeglichen Vertrauens in Institutionen, in organisationale Prozeduren und vor allem auch in Personen, die das Lebensende organisieren, also Sterben Machen – und das in einer Gesellschaft, in der das Sterben immer riskanter wird und deshalb immer mehr Vertrauen erfordert.

Der Arzt als Tötender, damit wäre eine völlige Überhöhung und Überforderung der Arztrolle verbunden. Der Arzt, aktive Sterbehilfe als Tötungsakt vollziehend in einer nicht mehr vorhandenen Kultur des kollektiven Opfers, sondern in einer individualistischen Selbstbestimmungs-Kultur, wäre nicht mehr nur Herr über das Leben, sondern auch über den Tod – und wir alle wären als Mitglieder eines demokratischen Rechtsstaats seine Tötungshelfer. Ich meine, es lebt sich schlecht in einer solchen Gesellschaft, eine Gesellschaft der Tötungshelfer kann keine gute Gesellschaft sein.

ZUM SCHLUSS

Ich werde statistisch gesehen irgendwann und irgendwie – ziemlich wahrscheinlich multimorbid, dement und nach einem längeren Krankheitsprozess – zwischen 2035 und 2040 sterben. Ich würde mir wünschen, dass dieses Sterben in einer Gesellschaft erfolgt, die mir nicht immer massiver die selbstbestimmte, eigenverantwortliche vorsorgliche Formierung und Sicherung meines eigenen Sterbens abverlangt, sondern die mir zusichert, dass ich sterben kann, ohne dabei allein bleiben zu müssen, wenn ich und/oder meine Angehörigen dabei nicht allein bleiben wollen. Wichtig dabei wäre ein Balance-Akt des Sterbens zwischen aktiv unterstützter, dadurch erst ermöglichter Selbstbestimmung und angebotener Begleitung mit Verantwortungsübernahme durch Andere, dort wo sie gewünscht wird. Offen gesagt: Die Schönrede, wer aktiv seinem Leben ein Ende setzen will, will dies nicht mehr, wenn er nur genügend palliativ-hospizlich versorgt und begleitet wird, beruhigt mich nicht wirklich. Ich hätte vielleicht schon gerne Menschen um mich, vor allem auch einen Arzt, denen ich soweit vertrauen könnte, dass sie die richtigen Entscheidungen für mich treffen, wenn ich dazu nicht mehr in der Lage sein werde. Eine Legalisierung der aktiven Sterbehilfe gehört nicht dazu, palliative Sedierung schon ...

VIELEN DANK!

ZUR UNVERFÜGBARKEIT MENSCHLICHEN LEBENS IN DEUTSCHLAND

Von Dr. Ruth Rissing-van Saan VRiBGH a.D.



Manuskript zum Vortrag beim 14. Augsburger Hospiz- und Palliativgespräch „Noch 16 Tage – eine Sterbeklinik in London“, 9. Juli 2014

EINLEITUNG

DIE ROLLE DER MEDIZIN IN DER GEGENWART

Medizinischer Fortschritt, der vielen Menschen das Leben retten kann, ist einerseits ein Segen, andererseits kann er aber auch ein Fluch sein, wenn er Menschen zu einem Weiterleben zwingt, das nicht mehr von Lebensqualität, sondern von unerträglichen Schmerzen, Angst und Hilflosigkeit bestimmt ist. Eine gute Medizin ist aber nur die Medizin, die bewirkt, dass es dem Patienten besser geht. Auch bei der Möglichkeit, Lebenszeit für den Patienten zu gewinnen, stellt sich stets zugleich die Frage, ob die gewonnene Zeit für ihn auch lebenswert ist. Damit begeben wir uns aber auf ein Gebiet, bei dem sich bei uns allen Unbehagen einstellt, weil zumindest indirekt über Leben oder Tod des betroffenen Menschen zu entscheiden ist. Heute gilt der Satz: „Der Tod geschieht nicht mehr. Er verlangt Entscheidungen, deren ethische Tragweiten nicht abzusehen sind.“²

Das Thema bewegt die Menschen. Eine von der Krankenkasse DAK in Auftrag gegebene Forsa-Umfrage, die Anfang 2014 in allen Medien veröffentlicht wurde, kommt zu dem Ergebnis, dass 70 % der deutschen Bevölkerung für eine aktive Sterbehilfe sind oder sich vorstellen können, ärztliche Hilfe bei der Selbsttötung in Anspruch zu nehmen. Aktive Sterbehilfe ist nach § 216 StGB, dem Straftatbestand, der eine Tötung auf Verlangen des Getöteten unter Strafe stellt, in Deutschland allerdings verboten.

WAS IST ETHISCH GEBOTEN?

Letztes Jahr im Frühsommer stand ein Artikel in der Westdeutschen Allgemeinen Zeitung (WAZ), in dem über den ersten Jahresbericht der mobilen Sterbehilfeklinik „Levensindeklinik“ in den Niederlanden berichtet wurde. Dem Artikel mit der Überschrift „Warteliste für den Tod“ war zu entnehmen, dass diese mobile Sterbeklinik, die mit reisenden „Sterbehilfe-Teams“ arbeitet, so viele Anfragen hat, dass sie Wartelisten führen muss. Laut Aussage der leitenden Ärztin der zuständigen Aufsichtsbehörde sei die Euthanasie-Praxis sehr sorgfältig, es werde nicht leichtfertig gehandelt. Den Euthanasie-Service könnten nur Menschen erhalten, die unheilbar krank sind und einen festen Todeswunsch haben, das werde von zwei Ärzten untersucht, die unabhängig voneinander dem Sterbewunsch zustimmen müssten. Allerdings können auch Alzheimer-Patienten, wenn sie den Sterbewunsch in einer in gesundem Zustand verfassten Patientenverfügung festgelegt haben, den mobilen Euthanasie-Service in Anspruch nehmen. Durch jüngere gesetzgeberische Aktivitäten in Belgien ist dort auch bei schwer kranken Kindern und Jugendlichen auf deren Verlangen, wenn auch unter engen Voraussetzungen, aktive Sterbehilfe erlaubt.

Das zu hören oder zu lesen macht betroffen. Kann in einer modernen Gesellschaft tatsächlich mit einer gewissen Selbstverständlichkeit von einer – wenn auch nur in gewissen Grenzen zugelassenen – Verfügbarkeit über Menschenleben ausgegangen werden? Die Frage ist, ob wir in Deutschland eine solche Entwicklung hin zu mehr lebensbeendenden Maßnahmen als Dienstleistung übernehmen, oder ob wir eine solche Entwicklung durch Gegenkonzepte verhindern wollen und können. Ist es ethisch zu verantworten, und vielleicht sogar geboten, dem Wunsch eines Patienten nachzugeben, von seinen Leiden durch „Sterbehilfe“ erlöst zu werden?

Gegenwärtig wird das Vorhaben der Bundesregierung, die organisierte Sterbehilfe unter Strafe zu stellen, heftig und

2 Cornelia Schmergal, Der moderne Tod, Artikel in „Der Spiegel“, Ausgabe Februar 2014, S. 30 – 36.

kontrovers diskutiert. Es werden Stimmen lauter, die mit Blick auf unsere Nachbarn Niederlande, Belgien und Luxemburg auch in Deutschland ein „Recht auf Sterbehilfe“ einfordern, wobei in der Regel eine Hilfe bei der Selbsttötung, vor allem der ärztlich assistierte Suizid gemeint ist. Akzeptiert unsere Gesellschaft eine Normalisierung des Suizids als eine, wenn auch letzte „Behandlungsmethode“ unheilbarer körperlicher Krankheiten oder depressiver Dauerzustände, die selbstverständlich nach den Regeln der ärztlichen Kunst durchgeführt werden sollte?

DIE SITUATION IN DEUTSCHLAND

In Deutschland ist bisher ein anderer Weg gewählt worden. Hier sind die Hospizbetreuung und die Palliativmedizin, als ganzheitliche und vor allem auf Linderung von Krankheitssymptomen und Verbesserung der Lebensqualität des Patienten gerichtete Behandlungen, verstärkt in das öffentliche Interesse gerückt. Denn fachgerecht angewandte Palliativmedizin gilt in medizinischen Kreisen – zu Recht – als ein gewichtiges Gegenmittel gegen die mit Blick ins benachbarte Ausland auch bei uns lauter werdenden Rufe nach einer Legalisierung des ärztlich assistierten Suizids. Medizinische Indikationen und die Patientenautonomie bzw. der Patientenwille bilden hier nicht nur medizinisch, sondern auch rechtlich die maßgeblichen Fixpunkte, an denen sich die Entscheidungen am Lebensende zu orientieren haben. Entscheidungen in diesem Kontext sind zwar primär medizinische und ethische Entscheidungen. Es ist aber richtig und wichtig, auch die rechtlichen Rahmenbedingungen im Blick zu behalten, die Gesetz und Rechtsprechung für diesen Bereich geschaffen haben, und innerhalb derer ärztliche Entscheidungen getroffen werden und rechtmäßiges ärztliches Handeln stattfindet.

Wichtige Klärung in Streitfragen ist in den letzten Jahren erfolgt, und zwar durch

- das sog. Patientenverfügungsgesetz (§§ 1901a ff. BGB) vom 29. Juli 2009³ (BGBl. I S. 2286),
- und
- das Urteil des BGH vom 25.6.2010 – 2 StR 454/09 (BGHSt. 55, 191 ff.) zur sog. Sterbehilfe.

ALLGEMEINE VORAUSSETZUNGEN FÜR RECHTLICH UND ETHISCH ZULÄSSIGE ENTSCHEIDUNGEN

In der medizinischen und rechtswissenschaftlichen Diskussion sind schon seit vielen Jahren zwei Grundsätze anerkannt und eigentlich unstrittig:

- Zum einen, dass eine vom Arzt durchgeführte lebenserhaltende Behandlung medizinisch indiziert sein muss.
- Zum anderen, dass die grundgesetzlich geschützte Autonomie des Patienten diesem das Recht gibt, sich für oder gegen eine, auch gegen eine medizinisch indizierte Behandlung zu entscheiden.

DIE INDIKATION FÜR EINE MEDIZINISCHE BEHANDLUNG

Eine Behandlung muss durch die medizinische Indikation für ihre Vornahme legitimiert sein. Nur dann sollte der Arzt sie anbieten und kann sie, wenn überhaupt, rechtlich vom Patienten bei einem bestehenden Behandlungsvertrag eingefordert werden.

Die Indikationsstellung ist also rechtlich ein Privileg und eine wesentliche Aufgabe des Arztes, wie sie seit jeher von der Rechtsprechung anerkannt wurde und seit September 2009 auch in das Gesetz Eingang gefunden hat, nämlich in § 1901b Abs. 1 Satz 1 BGB, der als eine der Neuregelungen des sog. Patientenverfügungsgesetzes für die Behandlung einwilligungsunfähiger Patienten bestimmt:

„Der behandelnde Arzt prüft, welche ärztliche Maßnahme im Hinblick auf den Gesamtzustand und die Prognose des Patienten indiziert ist.“

Das heißt, allein der Arzt/die Ärztin prüft und entscheidet, was an medizinischen Maßnahmen für diesen Patienten noch sinnvoll ist. Ein sehr wichtiger Einschnitt für die Zulässigkeit der weiteren Behandlung.

§ 1901b BGB ist, obwohl er „nur“ für das Betreuungsrecht vom Gesetzgeber formuliert wurde, z.B. auch für das

³ Bundesgesetzblatt (BGBl.) I S. 2286

Strafrecht sehr wichtig, weil das Strafrecht nur in § 216 StGB mit dem Verbot der Tötung auf Verlangen eine Norm geschaffen hat, die für die Frage der Therapiebegrenzung bei Schwerkranken eine Rolle spielen kann. Im Übrigen muss das sonstige normierte Recht zu Rate gezogen werden, denn die Rechtsordnung ist auch in ihren einzelnen Verzweigungen als Einheit zu betrachten, da z.B. das Zivilrecht nicht etwas vorschreiben kann, was das Strafrecht verbietet.

Was ist aber unter einer solchen „Indikation“ zu verstehen? Auch der Jurist muss sich über die Bedeutung der Indikationsstellung für die Rechtmäßigkeit einer medizinischen Behandlung im Klaren sein. Die Indikation, also das Angezeigt-Sein einer medizinischen Maßnahme, ist eine Schlussfolgerung des Arztes auf der Grundlage von naturwissenschaftlich-empirischem Erfahrungswissen und eigener Erfahrung und beinhaltet die Einschätzung bzw. Bewertung der individuellen Situation des Patienten, ob nämlich die wissenschaftlich-theoretisch angezeigte Behandlung auch für diesen Patienten in seiner konkreten gesundheitlichen und persönlichen Situation mehr Nutzen als Schaden verspricht.

Das ist vor allem bei Patienten, die sich vielleicht noch nicht in der terminalen Phase einer lebensbedrohlichen Erkrankung befinden, aber in absehbarer Zeit sterben werden, keine einfache Entscheidung. Jedoch darf bzw. muss der Arzt, wenn für die Fortsetzung einer lebenserhaltenden Maßnahme aus einer ärztlichen Sicht keine Indikation mehr besteht, diese durch ausschließlich palliative Maßnahmen ersetzen, also das Therapieziel ändern. Das entspricht – rechtlich – der objektiven Begrenzung seines Heilauftrags.

Dies, also die Indikationsstellung, ist zunächst einmal ein vom Patientenwillen unabhängiger, allein in die ärztliche Verantwortung fallender Vorgang. Rechtlich zulässig bzw. geboten ist aber ebenso das dem Patientenwillen entsprechende Unterlassen oder Beenden einer lebenserhaltenden Maßnahme, selbst wenn die Sterbephase noch weit entfernt und die Behandlungsmaßnahme aus ärztlicher Sicht durchaus noch sinnvoll erscheint.

DIE EINWILLIGUNG DES PATIENTEN

Rechtlich wird nämlich jede medizinische Behandlung oder ein ärztlicher Eingriff, der mit einer auch nur vorübergehenden Beeinträchtigung des körperlichen Wohlbefindens oder der körperlichen Unversehrtheit des Betroffenen verbunden ist, als tatbestandsmäßige und rechtswidrige Körperverletzung (§ 223 StGB) behandelt.

Die ärztliche Behandlung benötigt deshalb neben einer medizinischen Rechtfertigung für ihre Durchführung auch eine rechtliche Legitimation, damit sie vorgenommen werden darf. Ihre Rechtmäßigkeit folgt nicht schon von selbst aus der medizinischen Indikation für den Eingriff oder die Behandlung, sondern ergibt sich nach der Rechtsprechung des BGH erst aus der Einwilligung des Patienten. Das ist unabhängig davon, wie gravierend die Erkrankung und wie tüchtig der Arzt oder wie modern die Therapie ist.

Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten ist zu respektieren, selbst dann, wenn der Patient es ablehnt, einen lebensrettenden Eingriff zu dulden. Ungeachtet der Möglichkeit, ihn über die Chancen und Vorteile einer vom Arzt beabsichtigten und aus dessen Sicht medizinisch indizierten Behandlung aufzuklären und so unter Umständen einen Sinneswandel herbeizuführen, ist letztlich der Wunsch bzw. Wille des Patienten maßgeblich. Darauf, was aus ärztlicher, pflegerischer oder persönlicher Sicht nahestehender Personen sinnvoll oder erforderlich wäre, kommt es für sich genommen nicht an.

Der Patientenwille geht demnach selbst dem medizinischen Heilauftrag des Arztes vor. Auch aus medizinischer Sicht „unvernünftig“ erscheinende Entscheidungen gegen eine Behandlung müssen akzeptiert werden, selbst dann, wenn das Unterlassen der abgelehnten Maßnahme den Tod des Patienten zur Folge hat (BGHZ 163, 197 f.).

Das hat selbstverständlich Konsequenzen für die Frage, ob eine lebenserhaltende medizinische Behandlung durchgeführt werden kann bzw. darf oder nicht. Wird eine Behandlungsmaßnahme vom Patienten für sich abgelehnt, muss der Arzt sich daran halten, alles andere wäre Körperverletzung (§ 223 StGB). Denn unser Recht kennt keine Zwangsbehandlung ohne oder gar gegen den Willen des Patienten. Es gilt deshalb das strikte Verbot der ärztlichen Eigenmacht!

GRENZZIEHUNGEN

STRAFBARE TÖTUNG AUF VERLANGEN

Wie eben schon angesprochen, setzt unser Recht auch dem Selbstbestimmungsrecht des einzelnen Menschen Grenzen. Jeder kann sich zwar ohne strafrechtliche Konsequenzen selbst das Leben nehmen oder dies versuchen. Die Selbsttötung erfüllt nach deutschem Recht keinen Straftatbestand. Denn Totschlag und Mord (§§ 212, 216 und § 211 StGB) setzen als strafbare vorsätzliche Tötungsdelikte voraus, dass ein *anderer* Mensch getötet wird. Es erlaubt also nicht, einen anderen Menschen, auch nicht auf dessen Verlangen hin zu töten. Das verbietet § 216 StGB. Strikt von solchem strafbarem Verhalten zu unterscheiden ist aber die rechtlich erlaubte Sterbehilfe durch Unterlassen oder Beenden einer von dem Patienten nicht gewollten medizinischen Behandlung.

ERLAUBTER BEHANDLUNGSABBRUCH

Mit einem solchen Fall hatte sich der BGH im Jahr 2010 in dem bereits erwähnten Urteil vom 25.6.2010 zu befassen. Es hatte einen Fall der Sterbehilfe durch aktives Handeln mittels Durchschneiden einer PEG-Sonde zum Gegenstand, und zwar bei einer Wachkomapatientin, die seit längerer Zeit entgegen ihrem früher geäußerten Willen auf diese Weise künstlich ernährt worden war. Dieses Urteil hat neue Kriterien für die Unterscheidung von erlaubtem und verbotenem Handeln formuliert und seine wesentlichen Aussagen in folgenden Leitsätzen zusammengefasst:

1. Sterbehilfe durch Unterlassen, Begrenzen oder Beenden einer begonnenen medizinischen Behandlung (Behandlungsabbruch) ist gerechtfertigt, wenn dies dem tatsächlichen oder mutmaßlichen Patientenwillen entspricht (§ 1901 a BGB) und dazu dient, einem ohne Behandlung zum Tode führenden Krankheitsprozess seinen Lauf zu lassen.
2. Ein Behandlungsabbruch kann sowohl durch Unterlassen als auch durch aktives Tun vorgenommen werden.
3. Gezielte Eingriffe in das Leben eines Menschen, die nicht im Zusammenhang mit dem Abbruch einer medizinischen Behandlung stehen, sind einer Rechtfertigung durch Einwilligung nicht zugänglich.

Früher standen bei der Diskussion über die Zulässigkeit der Sterbehilfe strafrechtliche Entscheidungen des BGH im Vordergrund, die zunächst eine auf dem Willen des Patienten beruhende Einstellung lebenserhaltender Maßnahmen – die sog. passive Sterbehilfe – für zulässig erklärten. Ebenso wurde die medizinisch gebotene und mit dem erklärten oder mutmaßlichen Willen des Patienten erfolgte Medikation zur Schmerzlinderung bei einem Sterbenden, die als nicht gewollte, aber als unvermeidlich in Kauf genommene Nebenfolge das Leben des Patienten verkürzen kann, die sog. indirekte Sterbehilfe, als rechtmäßig anerkannt. Der Begriff der „passiven Sterbehilfe“ war allerdings auch schon früher verfehlt bzw. irreführend, weil nicht die generelle Passivität des Arztes beim Sterben eines Menschen gemeint war oder gar verlangt wurde; gemeint war lediglich eine Passivität im Hinblick auf das Grundleiden, das Beenden kurativer Tätigkeiten.

Nach Auffassung des 2. Strafsenats des BGH lässt sich die Grenze zwischen erlaubter und nicht erlaubter Sterbehilfe nicht sinnvoll mit Hilfe einer Unterscheidung von aktivem und passivem Handeln bestimmen oder hinreichend deutlich machen, die sich an äußeren Geschehensabläufen orientiert. Denn ein „Behandlungsabbruch“, also das Beenden einer lebenserhaltenden medizinischen Maßnahme, umfasst stets einen Gesamtkomplex verschiedenster Handlungen und erschöpft sich nach seinem natürlichen und sozialen Sinngehalt nicht in bloßer Untätigkeit. Er beinhaltet regelmäßig eine Vielzahl von aktiven und passiven Verhaltensweisen, auch pflegerischen und palliativmedizinischen Maßnahmen, die alle notwendig sind, um den Patienten nicht unnötigen Leiden auszusetzen. Nicht nur aus medizinischer, sondern auch aus rechtlicher Sicht kommt es deshalb entscheidend darauf an, was in der konkreten Situation gemessen am Zustand des Patient sinnvoll und notwendig ist, wie auf die medizinische Situation sinnvoll reagiert werden kann und ob diese Maßnahmen dem Willen des Patienten entsprechen oder nicht. Nach einem solchen Verständnis des legalen Behandlungsabbruchs fallen *alle*, aber auch *nur* solche Handlungen, die mit der Beendigung oder Begrenzung einer ärztlichen Behandlung im Zusammenhang stehen, unter den Begriff des rechtmäßigen Behandlungsabbruchs. Darauf, ob etwas getan oder unterlassen wird, kommt es nicht mehr an.

WODURCH UNTERSCHIEDET SICH EIN SOLCHER „BEHANDLUNGSABBRUCH“ VON EINER STRAFBAREN TÖTUNG AUF VERLANGEN ODER EINER BEIHILFE ZUM SUIZID?

Bei einem „Behandlungs- oder Therapieabbruch“, oder vielleicht besser einer „Behandlungsbegrenzung“ oder „Therapiezieländerung“ im genannten Sinne, wird einem lebensbedrohlichen Krankheitsprozess sein Lauf gelassen und dem letztlich tödlichen Ende kein Heilungsversuch mehr entgegengesetzt. Der natürliche, krankheitsbedingte Sterbeprozess wird also zugelassen, was selbstverständlich nicht heißt, dass pflegerische und palliativmedizinische Maßnahmen nicht mehr stattfinden dürfen. Denn in jeder Lebensphase gilt die Verpflichtung, Schmerzen und andere körperliche oder seelische Leiden eines Patienten zu beheben oder aber zumindest soweit wie möglich zu lindern.

Hingegen sind und bleiben aktive Eingriffe in den Lebensprozess eines Menschen, die der gezielten Lebensverkürzung dienen, rechtlich verboten und strafbare Tötungshandlungen, wie etwa die Verabreichung einer mit einer tödlich wirkenden Substanz versehenen Spritze oder andere mit der Absicht der Herbeiführung oder Beschleunigung des Todeseintritts vorgenommene Handlungen.

Wie ist das Verhältnis von Behandlungsabbruch zum Suizid und zur Beihilfe dazu zu sehen? Zwar sind Suizid und die diesen lediglich unterstützenden Handlungen in Deutschland nicht strafbar. Aber zwischen strafloser Beihilfe zum Suizid und strafbarer aktiver Sterbehilfe verläuft immer nur ein schmaler Grat, wie das jüngst von der Staatsanwaltschaft Hamburg gegen den ehemaligen Hamburger Justizsenator Kusch und seine Helfer eingeleitete Strafverfahren zeigt. Das wird in der ganzen Diskussion um die Legalisierung oder Pönalisierung des ärztlich assistierten Suizids gerne vergessen.

Der Wille bzw. Wunsch des Patienten, eine lebenserhaltende medizinische Behandlung zu beenden, hat letztlich zur Folge, dass der Patient stirbt: Ist das nicht Beihilfe zum Suizid? Ich meine nein, denn der gesundheitliche Zustand des Patienten und die Motivation der Beteiligten machen den Unterschied aus: Es soll nicht gezielt das Leben verkürzt – gleichsam der Lebensfaden abgeschnitten – werden, sondern nur nicht mehr versucht werden, den krankheitsbedingten, zum Tode führenden biologisch-physischen Ablauf weiter aufzuhalten

SCHLUSSBEMERKUNG

Das Urteil des 2. Strafsenats ist zwar speziell im Fall einer Wachkomapatientin ergangen, gilt aber – mit Blick auf die gesetzlichen Regelungen der §§ 1901 a ff. BGB – auch für alle anderen Erkrankungsformen. Das legt § 1901a Abs. 3 BGB heute ausdrücklich fest, weil danach Patientenverfügung und Behandlungswünsche unabhängig von „Art und Stadium einer Erkrankung“ beachtet werden müssen. Es ist hoffentlich müßig darauf hinzuweisen, dass dies erst recht für Menschen gilt, die nicht unter Betreuung stehen, also nach Rechtslage noch selbst in der Lage sind – wenn auch vielleicht nur eingeschränkt – in eine Behandlung wirksam einzuwilligen oder nicht einzuwilligen!



4

*AUGSBURGER
PALLIATIVVERSORGUNG
GEMEINNÜTZIGE GMBH*

AUGSBURGER PALLIATIVVERSORGUNG GEMEINNÜTZIGE GMBH



WIE WIR ARBEITEN

Die Augsburgener Palliativversorgung gemeinnützige GmbH ist eine 100-%ige Tochter des AHPV e.V. Sie wurde am 5. Juli 2010 alleine dafür gegründet, die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV) in Stadt und Landkreis Augsburg zu erbringen. Ein wesentlicher Grund für die separate Gründung der gemeinnützigen GmbH war das Investitionsvolumen von ca. 250.000 € für den Aufbau des Augsburgener Palliative-Care-Teams. Auch der weitere Betrieb der SAPV mit Raumbedarf, Fahrzeugen und Personal stellt ein wirtschaftliches Risiko dar, mit dem der e.V. nicht belastet werden sollte, und das deshalb in eine Tochtergesellschaft mit beschränkter Haftung ausgelagert wurde.

Dank der Tatsache, dass die SAPV in Augsburg durch eine 100-%-Tochter des AHPV-Netzwerks erbracht wird, haben indirekt alle relevanten Leistungserbringer, die sich in der Versorgung von oder Fürsorge für sterbende Menschen betätigen, Anteile an der SAPV, sofern sie Mitglieder im AHPV e.V. sind.

Über die Gesellschafterversammlung der gemeinnützigen GmbH, die sich aus Vorstand und Beirat des Vereins zusammensetzt, erfolgt die Kontrolle des Leistungsgeschehens SAPV als ergänzendem Angebot.

WAS SAPV IST

Die Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) ist eine neue Versorgungsform, die 2007 im Rahmen der Gesundheitsreform in das Sozialgesetzbuch V aufgenommen wurde. Jeder gesetzlich Krankenversicherte in Deutschland hat Anspruch auf die SAPV. Sie hat das Ziel, auch Patienten mit komplexem Symptomgeschehen zuhause zu versorgen und Notarzteinsätze und Klinikeinweisungen zu reduzieren.

Die wichtigsten Kennzeichen:

- SAPV richtet sich an Patienten mit einer fortgeschrittenen und fortschreitenden Erkrankung, bei denen das Krankheitsgeschehen und die Bedürfnisse so komplex und schwierig sind, dass die herkömmliche Versorgung, z.B. Hausarzt, Facharzt, Pflegedienst und Hospizdienst, nicht ausreicht und eine Einweisung in die Klinik erforderlich wäre.
- SAPV ist nicht Bestandteil der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung, sondern geht darüber hinaus. Das bedeutet, dass SAPV nicht in Konkurrenz zu ärztlichen Leistungen auftritt, sondern ergänzend und unterstützend tätig wird, damit die Versorgung zuhause auch möglich ist, wenn es aufwendig (z.B. 24 Stunden Bereitschaft) oder kompliziert (z.B. Medikamentenpumpen) wird.
- SAPV wird als vertragliche Vereinbarung direkt zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen vereinbart. Auf den Patienten kommen keine Kosten zu. Die Budgets der Ärzte werden nicht belastet, z.B. durch die Verordnung spezieller Medikamente oder Behandlungen.
- SAPV erbringt ein multiprofessionelles Palliative-Care-Team – alle erforderlichen Kompetenzen müssen im Team zur Verfügung stehen. SAPV ist nicht als Einzelleistung operationalisierbar.
- SAPV enthält regelhaft keine Leistungen der Primärversorgung (Grund- und Behandlungspflege), das heißt:

SAPV darf nicht angefordert werden, wenn es dafür zum Beispiel einen Pflegedienst oder Therapeuten gibt, der diese Leistung erbringt.

- SAPV muss von einem Vertragsarzt oder Krankenhausarzt verschrieben werden.

Aus all dem geht hervor, dass SAPV ausdrücklich eine ergänzende Leistung ist, die nur bei Bedarf die bereits vorhandene allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV) unterstützt. Die AAPV wird von Hospizgruppen, Pflegediensten und Ärzten erbracht, die Kurse in Palliative Care absolviert haben.

Die gesetzliche Grundlage für die SAPV ist der § 132 d SGB V in Verbindung mit § 37 b SGB V. Die Details sind ausgeführt in der RL-SAPV (Richtlinie) und Rahmenempfehlung des Spitzenverbandes Krankenkassen.

ORIGINAL-GESETZESTEXT

§ 37 b SGB V Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

- (1) Versicherte mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, die eine besonders aufwändige Versorgung benötigen, haben Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung. Die Leistung ist von einem Vertragsarzt oder Krankenhausarzt zu verordnen. Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung umfasst ärztliche und pflegerische Leistungen einschließlich ihrer Koordination insbesondere zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle und zielt darauf ab, die Betreuung der Versicherten nach Satz 1 in der vertrauten Umgebung des häuslichen oder familiären Bereichs zu ermöglichen; hierzu zählen beispielsweise Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen und der Kinder- und Jugendhilfe. Versicherte in stationären Hospizen haben einen Anspruch auf die Teilleistung der erforderlichen ärztlichen Versorgung im Rahmen

der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung. Dies gilt nur, wenn und soweit nicht andere Leistungsträger zur Leistung verpflichtet sind. Dabei sind die besonderen Belange von Kindern zu berücksichtigen.

(2) Versicherte in stationären Pflegeeinrichtungen im Sinne von § 72 Abs. 1 des Elften Buches haben in entsprechender Anwendung des Absatzes 1 einen Anspruch auf spezialisierte Palliativversorgung. Die Verträge nach § 132 d Abs. 1 regeln, ob die Leistung nach Absatz 1 durch Vertragspartner der Krankenkassen in der Pflegeeinrichtung oder durch Personal der Pflegeeinrichtung erbracht wird; § 132 d Abs. 2 gilt entsprechend.

(3) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 das Nähere über die Leistungen, insbesondere

1. die Anforderungen an die Erkrankungen nach Absatz 1 Satz 1 sowie an den besonderen Versorgungsbedarf der Versicherten,
2. Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung einschließlich von deren Verhältnis zur ambulanten Versorgung und der Zusammenarbeit der Leistungserbringer mit den bestehenden ambulanten Hospizdiensten und stationären Hospizen (integrativer Ansatz); die gewachsenen Versorgungsstrukturen sind zu berücksichtigen,
3. Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des verordnenden Arztes mit dem Leistungserbringer.



SAPV IN AUGSBURG

Leitlinie bestehender Hospizarbeit und Palliativversorgung in der Region Augsburg war immer schon der Grundsatz ambulant vor stationär, d.h.: Es wird von den bestehenden ambulanten Diensten alles getan, dass ein Mensch gut unterstützt zuhause sterben kann, so wie es sich die meisten Menschen auch wünschen. Erst wenn die Pflege, die komplexe Bedürfnislage des Schwerstkranken oder die familiäre Situation für die ambulante Betreuung zu schwierig werden und keine Krankenhauseinweisung nötig ist, findet eine Aufnahme ins stationäre Hospiz statt.

Ziel der SAPV ist es, noch mehr Menschen als bisher zu ermöglichen zuhause, also in ihren eigenen vier Wänden, qualitativ und rund um die Uhr gut versorgt und unterstützt ihren Lebensweg zu Ende zu gehen. Es bleibt weiterhin die Aufgabe des stationären Hospizes, dann zur Verfügung zu stehen, wenn trotz allen Bemühens die sehr komplexe Situation ambulant – auch durch SAPV – nicht mehr in guter Qualität stabilisiert werden kann und aus Sicht der Behandler eine stationäre Aufnahme in ein Krankenhaus nicht indiziert ist.

Zum anderen ist es Ziel der SAPV, dass alte und oft multimorbide Menschen in ihrem „Daheim“ im Pflegeheim bis zum Ende ihres Lebens bleiben können und Einweisungen ins Krankenhaus am Lebensende möglichst vermieden werden. Hierzu dient vor allem die Beratungstätigkeit bei Palliativpatienten, die mit weniger komplexem Symptomgeschehen, aber zumeist hohem Pflegebedarf, bei oft eher sozial schwieriger Situation vom Krankenhaus ins Pflegeheim aufgenommen werden.

Ebenfalls wichtig ist die Anleitung und fachliche Unterstützung der Primärversorgenden (Hausärzte/Altenpflegekräfte) im Pflegeheim bei komplexerem Pflegebedarf und bei Symptomen am Lebensende.

Anmeldung von Patienten

SAPV wird in Augsburg seit 1. Dezember 2010 angeboten. Der aktuelle Versorgungsvertrag läuft bis 31. Dezember 2015. Noch immer konnten nicht alle Patienten, bei denen SAPV verordnet wurde und auch indiziert war, auch in die Versorgung aufgenommen werden. Weiterhin sind die Kapazitäten noch zu gering. Der Standort in Schwabmünchen hat zwar hier bereits eine deutliche Verbesserung gebracht, doch ganz offensichtlich ist der Bedarf an SAPV immer noch deutlich höher als Versorgungen geleistet werden können. Deswegen müssen auch in 2015 die Kapazitäten noch weiter ausgebaut werden, damit die Sicherstellung zum 31.12.2015 auch wirklich erreicht werden kann.

Wenn eine SAPV-Versorgung oder -Beratung geplant ist, wird ein Patient dem Palliative-Care-Team normalerweise vorab angemeldet. Nur so kann sichergestellt werden, dass die Menschen, die eine spezialisierte Versorgung am dringendsten brauchen, diese auch bekommen können.

Um die Anmeldung eines Patienten zu erleichtern und schnell die wichtigsten Informationen zu erhalten, gibt es ein Formular, das online zum Download zur Verfügung steht.

WERKTAGS ERREICHBAR

AUGSBURG 0821 455 55 0-0

SCHWABMÜNCHEN 08232 808 54-0

Anfragen von Angehörigen, Krankenhäusern, Hausärzten, Hospizdiensten oder anderen Interessenten werden während der Bürozeiten von 8.30 – 14 Uhr entgegengenommen und normalerweise am selben Werktag bearbeitet.

Nur in Ausnahmefällen können Mitarbeiter sofort zu einem Patienten fahren – eine Notfallfunktion wie beim Notarzt wird nicht angeboten.

Ob noch am selben Tag eine Aufnahme erfolgen kann, hängt von der Arbeitsbelastung der Mitarbeiterinnen und

– in seltenen Fällen – davon ab, ob bereits eine Warteliste besteht. Manchmal – insbesondere wenn Patienten sehr aufwändig zu versorgen sind oder in kurzer Zeit sehr viele Neuaufnahmen kamen – können Patienten nicht sofort versorgt werden, obwohl sie eine SAPV benötigen würden.

In solchen Fällen versuchen die Palliative-Care-Teams durch Vermittlung anderer Hilfen wie einem Hospizdienst, einem Palliativpflegedienst oder der Palliativstation zu helfen. Manchmal können auch eine Beratung des Hausarztes und telefonische Unterstützung die Zeit überbrücken, bis ein Palliative-Care-Team wieder aufnahmefähig ist.

24 STUNDEN – 7 TAGE DIE WOCHE ERREICHBAR

Von zentraler Bedeutung ist die 24-Stunden-Notruf-Nummer, die alle versorgten Patienten und deren Angehörige bekommen: Dies vermittelt allen Betroffenen große Sicherheit und Vertrauen, denn sie wissen, dass sie jederzeit anrufen können und eine kompetente Fachkraft erreichen, die auch jederzeit vor Ort kommt, wenn es nötig ist.

KOOPERATIONEN

Kooperation ist einer der Grundpfeiler der AHPV, das gilt auch für die Palliativteams. Sie kooperieren bei der Betreuung der Patienten mit allen beteiligten Diensten und sind stets um Neutralität bemüht. Weitere Kooperationen sind angedacht.

PRIVAT KRANKENVERSICHERTE PATIENTEN

Inakzeptabel ist nach wie vor die Situation von Patienten mit privater Krankenversicherung. Während Krankenkassenpatienten einen Anspruch auf SAPV haben, müssen Privatversicherte - abhängig von der jeweiligen Versicherung - einen Teil der Kosten selbst tragen. Diese Situation ist nicht nur in Augsburg so, sondern praktisch überall in Deutschland, wo es bereits SAPV gibt. Ende 2013 wurde deswegen allen privaten Krankenversicherungen ein Rahmenvertrag angeboten. Ziel ist, auch Privatpatienten zu identischen Rahmenbedingungen wie Kassenpatienten versorgen zu können und damit die bestehende Nachrangigkeit, die sich aus dem Sicherstellungsauftrag für gesetzlich Versicherte ergibt, zu beseitigen. Leider konnte mit keiner einzigen privaten Krankenversicherung eine solche Rahmenvereinbarung geschlossen werden, so dass auch weiterhin die SAPV vonseiten der privaten Versicherungsunternehmen auf Basis von Einzelfallentscheidungen und aus Kulanz bezahlt wird.

FORSCHUNG

Die SAPV ist eine ganz junge Versorgungsform in Deutschland. Jenseits der großen Anerkennung durch Patienten und Angehörige legt die Augsburger Palliativversorgung auch großen Wert auf Dokumentation und Auswertung und beteiligt sich deshalb an Forschungsvorhaben zu Struktur- und Prozesseffekten in der SAPV. Details siehe Seite 78.



DIE PALLIATIVE-CARE-TEAMS

Seit Anfang 2014 kann die SAPV mit zwei Palliative-Care-Teams arbeiten. In den Teams in Augsburg und Schwabmünchen arbeiten Palliativärzte, Pflegefachkräfte für Palliative Care, eine Sozialarbeiterin, Seelsorger sowie weitere Berufsgruppen zusammen, um gemeinsam zu ermöglichen, dass Palliativpatienten zuhause bleiben können. Alle Mitarbeiter haben mehrjährige Erfahrung in der Begleitung und Behandlung von schwerstkranken und sterbenden Menschen und sind auch speziell dafür ausgebildet:

- Die Fachärzte haben die Zusatzqualifikation „Palliativmedizin“.
- Die Pflegekräfte und die Sozialarbeiterin haben die Zusatzqualifikationen „Palliative Care“ und zum Teil „Schmerzmanagement“ und „Wundmanagement“.

Die Arbeit im Team wird bewusst gepflegt, denn bei schwersten Erkrankungen müssen alle zusammenwirken, damit ein würdiges Sterben zuhause gelingt. Regelmäßige Fallkonferenzen, Tagesbesprechungen, Teambesprechungen, Qualitätszirkel und Supervisionen stellen dies sicher. Handlungsgrundlage ist immer ein gemeinsam erstellter Therapie- und Hilfeplan – gemeinsam heißt: unter Einbeziehung des Patienten, seiner Angehörigen und aller, die den Patienten pflegen, behandeln, betreuen und unterstützen.



Im Bild von links nach rechts (Stand: 09/2014):

Vorne sitzend:

Beate Ergenz, Fachkrankenschwester Palliative Care, Wundmanagerin
Dr. Dr. Eckhard Eichner, Anästhesist, Palliativmediziner, ltd. Arzt (mit Hündin Emma)

Dr. theol. Franz Schregle, Pastoralreferent

Hinten stehend:

Dr. Josef Fischer, Anästhesist, Palliativmediziner, stv. ltd. Arzt
Sabine Bayer, Sozialarbeiterin, Dipl.-Sozialpädagogin, Case Managerin
Dr. Michael Meier, Anästhesist, Palliativmediziner

Dr. Alexandra Nowak, Anästhesistin, Palliativmedizinerin

Iris Pfister, Fachkrankenschwester Palliative Care, Pain Nurse

Michael Strauß, Altenpfleger, Theologe, Palliative Care Fachkraft, ltd. Pflegekraft

Sabine Neumair, Fachkrankenschwester Palliative Care

Hella Wagner, Fachkrankenschwester Palliative Care, Wundmanagerin

Michaela Erhart, Fachkrankenschwester Palliative Care

Stefanie Eichner, Fachkrankenschwester Palliative Care, 39a-Koordinatorin

Maximiliane Kruger, Fachkrankenschwester Palliative Care

Alexandra Steinle, Verwaltungskraft,
Koordinatorin des Standorts Schwabmünchen

Nicht im Bild:

Claudia Gottstein, Fachkrankenschwester Palliative Care, Pain Nurse

LEISTUNG PATIENTENBETREUUNG

LEISTUNGSGESCHEHEN IN ZAHLEN

BETREUUNGSDAUER

Für das Leistungsgeschehen 2014 (Vergleichszeitraum: 2013) liegen zwei unterschiedliche Datensätze vor - je nachdem, ob die Zahlen auf Basis der mit den Krankenkassen vereinbarten 60-Tage-Vergütungsfrist oder in toto erhoben werden.

Die folgende Tabelle zeigt beide Angaben:

	2014		2013	
	60-Tage	komplettes Leistungsgeschehen	60-Tage	komplettes Leistungsgeschehen
Anzahl Patienten ⁴	341	341	k.A. ⁵	k.A.
Anzahl Begleitungen ⁶	357	357	288	288
Mittelwert	15,0	18,28	15,56	20,33
Median	9,0	9,5	10,0	10,0
maximale Betreuungsdauer	60	225	60	531

Tabelle 1: Leistungsgeschehen 2014 der Augsburger Palliativversorgung

In der Kostenkalkulation, die der Vergütungsregelung mit den bayerischen Krankenkassen für die Jahre 2013 – 2015 zugrunde liegt, wurde von einer mittleren Behandlungsdauer von 15 Tagen ausgegangen. Diese ist bei einer Vergütungsbegrenzung auf 60 Tagessätze um 0,0 Tage überschritten worden (Vorjahr: 0,56 Tage). Dies kann als Hinweis für die Richtigkeit der der Kostenkalkulation zugrunde liegenden Annahmen gelten.

In den Jahren 2013/2014 gab es 23 Patienten (Vorjahr: 17 Patienten), die länger als 60 Tage versorgt werden mussten. Die bisher längste, nach Einschätzung der Augsburger Palliativversorgung korrekt indizierte SAPV-Versorgung dauerte 531 Tage, von denen gemäß Vertrag 60 Tage vergütet wurden. Insgesamt lässt sich im Jahr 2014 ein leichter Anstieg erkennen, was darauf hin deutet, dass die Akzeptanz der SAPV in der Region Augsburg weiter zunimmt und immer früher Patienten mit komplexen Symptomen und aufwändiger Versorgung angemeldet werden. Dies bestätigt auch die Tatsache, dass 14 Patienten zweimal und ein Patient dreimal durch unser Palliativteam versorgt werden mussten.

Um in Stadt und Landkreis Augsburg vollständig die SAPV-Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen, wären bei 520.000 Einwohnern ca. 520 Betreuungen (entsprechend 10% der Sterbenden) notwendig. Die Sicherstellungsquote

⁴ Es werden nur diejenigen Patienten gezählt, die zwischen 01.01.2014 und 31.12.2014 in die SAPV aufgenommen wurden. Zusätzlich wurden noch weitere 10 Patienten, die im Jahr 2013 aufgenommen wurden, in 2014 weiterversorgt.

⁵ Die Differenzierung nach Patienten und Begleitungen wurde erstmals in 2014 berechnet.

⁶ Bei 15 Patienten fanden mehr als eine Begleitung statt: beispielsweise zunächst eine Beratung und im weiteren Verlauf der Erkrankung dann eine Teilversorgung.

in 2014 betrug somit 65,6 %⁷ (2013: 56,5%).

Somit konnte die Augsburger Palliativversorgung 2014 erneut deutlich mehr Patienten und Begleitungen realisieren als im Vorjahr. Durch die weitere Erweiterung des Personals inkl. dessen Einarbeitung in 2014 und die Eröffnung des zweiten Standorts in Schwabmünchen wird die Sicherstellung der SAPV-Versorgung für die Bevölkerung in der Region Augsburg voraussichtlich zum 31.12.2015 erreicht werden.

WARTELISTE

Aufgrund der noch nicht erreichten Sicherstellung können auch weiterhin nicht alle Anfragen zeitnah so bearbeitet werden, dass Patienten rechtzeitig in die spezialisierte ambulante Palliativversorgung aufgenommen werden.

Um dieses Problem auch quantitativ zu erfassen, werden seit 01.07.2014 auch alle Anmeldungen von Patienten bei der Augsburger Palliativversorgung systematisch erfasst. Insgesamt 95 Patienten wurden nicht von der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung versorgt, obwohl diese angemeldet worden waren; 43 der 95 Patienten (45%) verstarben vor Aufnahme in die SAPV.

Diese Zahlen deuten darauf hin, dass in den nächsten beiden Jahren große Anstrengungen erfolgen müssen, damit zukünftig alle Menschen, die einen Bedarf an spezialisierter ambulanter Palliativversorgung haben, auch zeitnah eine entsprechende Unterstützung erhalten können.

Outcome der Patienten

Outcome der Patienten ⁸	2014		2013	
	n	%	n	%
Zwischen 01.01. und 31.12. aufgenommene Patienten	351	100		
davon verstorben ⁹	230	65,5	177	59,2
Mitversorgung im/ Verlegung ins stat. Hospiz	16	4,6	6	2,0
Stabilisierung/Intermittierungen	101	28,8	65	21,7
Mehrfachversorgungen	14	4,0	k.A.	k.A.
Davon am 31.12. noch laufend / nicht abgeschlossen / in Intermittierung	20	5,7	14	4,7
Beratung, Outcome unbekannt ¹⁰	43	12,3	16	5,4
Koordinationen, Outcome unbekannt	22	6,3	21	7,0

Tabelle 2: Outcome der Patienten 2013/2014

Mit der Begrenzung auf 60 Abrechnungstage ist aus Sicht der Augsburger Palliativversorgung ein sehr guter Kompromiss gelungen zwischen dem berechtigten Interesse der bayerischen Krankenkassen, die Kosten zu begrenzen, um Missbrauch zu vermeiden, und den Herausforderungen der SAPV, denen sich die Augsburger Palliativversorgung stellen muss, um Menschen in ihrer letzten Lebensphase adäquat versorgen zu können. Hier ist insbesondere die Prognoseunsicherheit zu nennen, die es ex ante unmöglich erscheinen lässt, korrekt die verbleibende Lebenszeit von Patienten zu bestimmen. Gerade die Erfahrung, dass eine gute palliativmedizinische und -pflegerische Versorgung inklusive der Vermeidung unnötiger

7 Bezogen auf 520 Patienten entsprechend ca. 10% der Sterbenden

8 Eine teilweise doppelte Zählung aufgrund der Datenerfassung kann nicht ausgeschlossen werden

9 Angabe inklusive der Überlieger aus 2013

10 Sowohl bei Beratungen als auch Koordinationen erfolgte in 14 Fällen eine weitere Versorgung

Krankenhausaufenthalte und nebenwirkungsträchtiger scheinbar kurativer Therapien auch lebensverlängernd und nicht nur lebensqualitätsverbessernd zu sein scheint, erschwert zusätzlich die Prognose.

Ebenfalls eindeutig erkennbar ist die Tatsache, dass die SAPV in der Region Augsburg zunehmend intermittierend im Sinne eines spezifischen Auftrags – beispielsweise der Schmerztherapie – eingesetzt wird und dann auch wieder beendet werden kann. Dies ist auch daran erkennbar, dass die Einsätze früher im Krankheitsverlauf stattfinden und die Patienten dann im Rahmen der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung eine gute Weiterversorgung erhalten.

Gerade hier zeigt sich auch, dass die SAPV als ergänzendes Angebot immer besser von den Hausärzten akzeptiert und im Sinne der genannten definierten Auftragsleistung angefordert wird. Insofern wird diese Veränderung in den Leistungszahlen als Ausdruck einer besseren Integration von SAPV in die AAPV verstanden und soll auch zukünftig weiter in diese Richtung entwickelt werden.

In diesem Zusammenhang muss jedoch auch erwähnt werden, dass es Patienten gibt, die einerseits noch nicht die Kriterien der SAPV erfüllen, andererseits aber bereits zu aufwendig oder komplex für die allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV) sind und deswegen weder durch die Regelversorgung noch durch unser Palliative-Care-Team versorgt werden (Übergangszone in Abb.).

Solche „Grenzfälle“ bereiten uns erhebliche Sorgen, weil diese in einer echten ambulanten Versorgungslücke nicht so versorgt werden können wie es notwendig wäre. Im Ergebnis sind unnötige Krankenhausaufenthalte unumgänglich. Hier sind wir alle, also spezialisierte Versorger ebenso wie in der Regelversorgung tätige Hausärzte und Pflegedienste gefordert, bessere Lösungen zu finden und angemessene Finanzierung einzufordern.

TEAMKENNZAHLEN

Gemäß den SAPV-Vorgaben soll ein Palliative-Care-Team eine Region mit 250.000 Einwohnern und etwa 10 % der Sterbenden versorgen. Dies entspricht bei einer Sterbequote von einem Prozent der Bevölkerung pro Jahr etwa 250 Fällen pro Jahr. Hierfür sollen ca. 8 Vollkräfte plus Verwaltung zur Verfügung stehen.

Hinweis: Für die Region Augsburg werden zwei solcher Palliative-Care-Teams benötigt.

VOLLKRÄFTE FÜR EIN PCT – SOLL

Ärzte	01.01.2014 – 31.12.2014	2,0 VK (3-4 Ärzte)
Pflegefachkräfte	01.01.2014 – 31.12.2014	5,0 VK (6-8 Pflegefachkräfte)
Koordinationskräfte	01.10.2014 – 31.12.2014	1,0 VK (1-2 Soz.-Päd.)
Bürokräfte	01.01.2014 – 31.12.2014	1,0 VK (2 Fachkräfte)
Summe		9,0 VK (inkl. Büro)

Tabelle 3: Vollkräfte für ein PCT – SOLL

Auch weiterhin ist es schwierig, qualifiziertes Personal für die SAPV zu rekrutieren. Ebenfalls weiterhin werden alle Rufdienste und Bereitschaftsdienststunden zusätzlich als Mehrarbeitsstunden ausbezahlt, da sonst der Dienst angesichts der wachsenden Patientenzahlen nicht hätte aufrecht erhalten werden können.

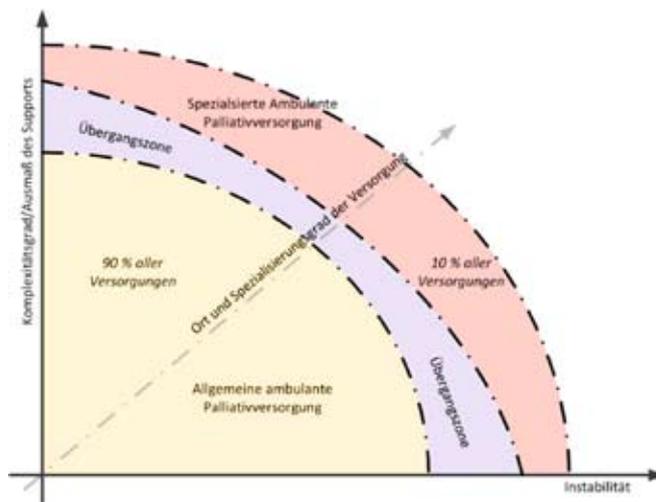


Abbildung: Übergangszone zwischen allgemeiner und spezialisierter Palliativversorgung

VOLLKRÄFTE (VK) DER AUGSBURGER PALLIATIVVERSORGUNG IM JAHR 2014 – IST

Ärzte	01.01.2014 – 15.04.2014	3,9 VK (5 Ärzte)
	15.04.2014 – 31.12.2014	2,9 VK (4 Ärzte)
Pflegefachkräfte	01.01.2014 – 28.02.2014	5,25 VK (7 Pflegefachkräfte)
	28.02.2014 – 31.12.2014	6,0 VK (8 Pflegefachkräfte)
Koordinationskräfte	01.01.2014 – 31.12.2014	1,15 VK
Bürokräfte	01.01.2014 – 31.12.2014	1,125 VK
Summe	01.01.2014	11,425 VK (inkl. Büro)
Summe	31.12.2014	11,175 VK (inkl. Büro)

Tabelle 4: Team Vollkräfte (VK) – IST der Augsburger Palliativversorgung

Belastung je Mitarbeiter

Es zeigt sich, dass unter den Veränderungen des letzten Jahres die Belastung der Ärzte zugenommen hat, wobei dies im Wesentlichen auf den Weggang einer ärztlichen Kollegin zurückzuführen ist.

Auf Basis der Maßnahmen im Jahr 2013 konnten sowohl die Belastungen für die Pflegekräfte als auch der Koordinationskräfte reduziert werden.

Berufsgruppe	VK	Arbeitstage/ Jahr	Pat.- tage	Kalkulation	IST-Belastung (zeit- gleiche Pat./VK) ¹¹	IST-Belastung Anteil VK/ Patient
Ärzte	2,90	220	5725	0,1 – 0,2 VK pro SAPV-Fall	8,97 ¹² (2013: 7,76)	0,11 (2013: 0,13)
Pflegefachkräfte	6,00	220	5725	0,25 – 0,35 VK pro SAPV-Fall	4,34 (2013: 5,86)	0,23 (2013: 0,17)
Koordinationskräfte	0,65	220	5725	0,05 – 0,1 VK pro SAPV-Fall	22,63 (2013: 40,6)	0,04 (2013: 0,02)

Tabelle 5: Belastung je Mitarbeiter in der Augsburger Palliativversorgung

PROGNOSTIZIERTES LEISTUNGSGESCHEHEN 2015

Zum 1. Januar 2015 konnte wieder eine weitere ärztliche Vollkraft gewonnen werden. Damit werden die ärztlichen Kapazitäten voraussichtlich ausreichen, um knapp 500 Patienten pro Jahr versorgen zu können. Zudem liegt die Genehmigung des Gesellschafters für die Anstellung von drei weiteren Palliative-Care-Pflegekräften vor. Damit sind dann auch die pflegerischen Kapazitäten ausreichend für ca. 500 Begleitungen.

Im Jahr 2015 soll die mittlere Fallzahl bei ca. 17,5 Patienten liegen. Insgesamt sollen 400-470 Patienten entsprechend einer Sicherstellungsquote von 75-90 % versorgt werden. Ab 2016 wird dann die Sicherstellung erreicht sein. Eine weitere Ausweitung der Kapazitäten ist nicht vorgesehen.

¹¹ Die IST-Belastung (zeitgleiche Pat./VK) ergibt sich aus der Anzahl der Patiententage geteilt durch die Arbeitstage geteilt durch die Anzahl der Vollkräfte.

¹² Ohne Weggang einer ärztlichen Kollegin wäre die durchschnittliche Belastung bei 6,67 gleichzeitigen Versorgungen oder 0,15 VK/Patient gelegen.

PATIENTENMERKMALE DER AUGSBURGER SAPV-PRAXIS

2010-2014

GRUNDERKRANKUNGEN DER PATIENTINNEN

69,7 % aller PatientInnen hatten eine Tumorerkrankung. Bei den Nicht-Tumorerkrankungen sind 29,6 % Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, der Rest verteilt sich auf unterschiedlichste Erkrankungen. Die SAPV in Augsburg ist damit mit einer Vielzahl unterschiedlicher Erkrankungen befasst.

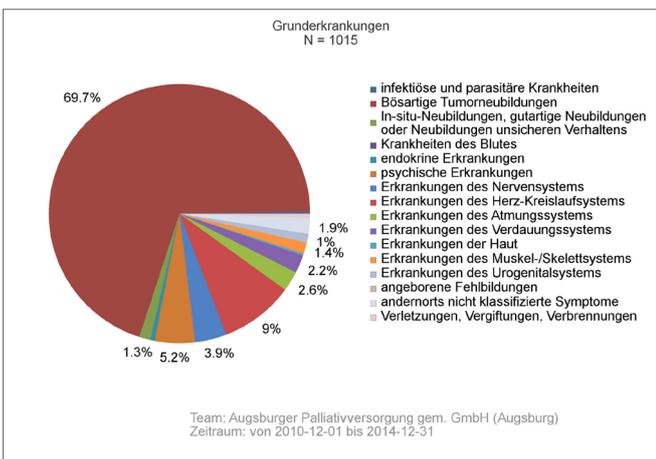


Abbildung 1: Verteilung der Grunderkrankungen der Patienten 2010-2014

ALTER UND GESCHLECHT DER PATIENTINNEN

Das mittlere Alter unserer PatientInnen betrug 65,7 Jahre, der bisher jüngste Patient war 18, die bisher älteste Patientin 106 Jahre alt. In der Altersverteilung zeigt sich, dass ca. jeder fünfte Patient unter 60 Jahre alt war. In der Verteilung zwischen Männern und Frauen überwiegen Frauen mit 53,6 % der Betreuungen.

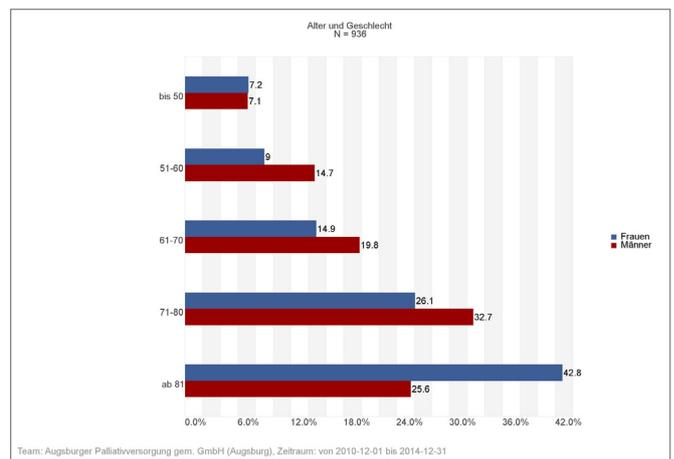


Abbildung 3a

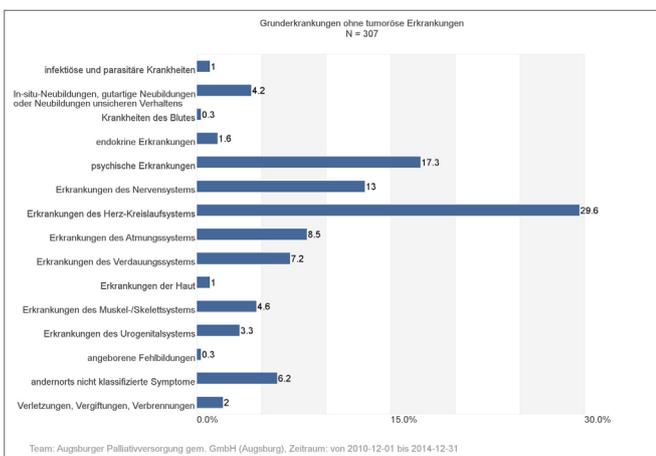


Abbildung 2: Nicht-tumorbedingte Erkrankungen der Patienten 2010-2014

Alter und Geschlecht (Statistik)	
Altersstatistik	N=65
Mittelwert	65.7
Median	66
Std.abw.	19.4
Min./Max.	27/100
Geschlecht	N=936
Männer	46.4%
Frauen	53.6%

Team: Augsburg Palliativversorgung gem. GmbH
Zeitraum: von 2010-12-01 bis 2014-12-31

Abbildung 3b

Abbildung 3a + 3b: Verteilung von Alter und Geschlecht der Patienten 2010-2014

WOHNSITUATION UND GESCHLECHT

29,7 % der Patienten wurden in einer Pflegeeinrichtung betreut, alle weiteren Patienten im häuslichen Umfeld. Die Begleitungen im stationären Hospiz betragen deutlich unter ein Prozent.

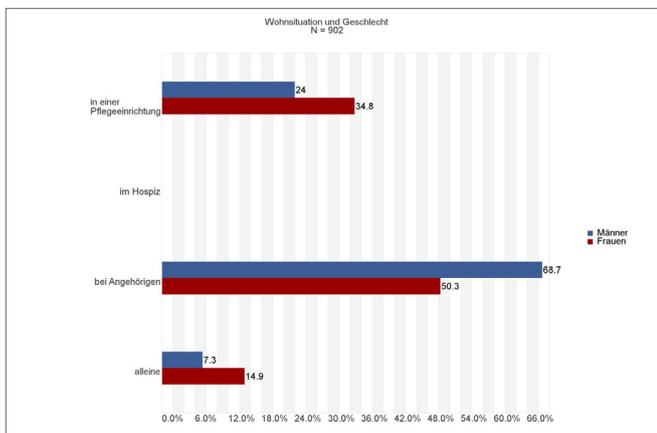


Abbildung 4: Wohnsituation und Geschlecht der Patienten 2010-2014

KOMPLEXES SYMPTOMGESCHEHEN

80,3 % unserer Patienten litten unter Schmerzen, gefolgt von neurologischem/psychiatrischem Symptomgeschehen (60,2 %), gastrointestinalen (53,0 %) und respiratorischen/kardialen (43,9 %) Beschwerden. Wunden und urogenitales Symptomgeschehen waren jeweils mit ca. 16 % hier selten.

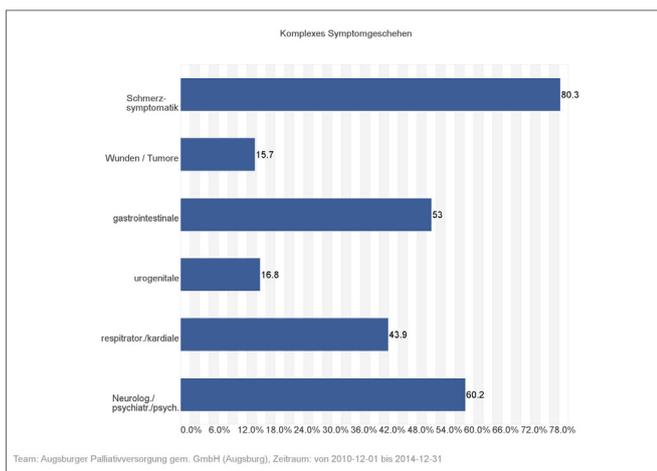


Abbildung 5: Häufigkeit des komplexen Symptomgeschehens der PatientInnen 2010-2014

GRÜNDE DER BEENDIGUNG VON SAPV

Am häufigsten beendet wurde die SAPV aufgrund des Versterbens des Patienten (65,8 %). Bei mehr als jedem sechsten Patienten wurde die SAPV wegen Stabilisierung, kausalem Therapieansatz oder Auslaufenlassen der Verordnung beendet. Gerade hier zeigt sich, dass SAPV ergänzend zu den weiteren Versorgern agiert.

4,0 % wurden aus der SAPV in eine andere Versorgungsform (Krankenhaus, Hospiz, Kurzzeitpflege) verlegt. Diese Zahlen belegen die hohe Qualität der Palliativversorgung durch das Augsburg Palliativteam und sind Ausdruck des konsequenten Teamansatzes, der dieser Qualität zugrundeliegt.

STERBEORTE DER PATIENTINNEN

2010-2014

Ca. 86 % der durch das Augsburg Palliativteam betreuten PatientInnen verstarben an ihrem letzten Lebensort (im Heim 39,4 %, Zuhause 46,8 %). Es gibt jedoch einige wenige PatientInnen, die aus unterschiedlichen Gründen in Palliativstation (2,9 %), im stationären St. Vinzenz-Hospiz (2,9 %) oder im Krankenhaus (7,9 %) verstarben. In einem erheblichen Umfang waren diese Einweisungen aufgrund des Willens des Patienten oder aufgrund der Überforderungen des sozialen Umfelds notwendig. Es gibt jedoch auch komplexe Symptomgeschehen, die das Verbleiben im häuslichen Umfeld unmöglich werden lassen.

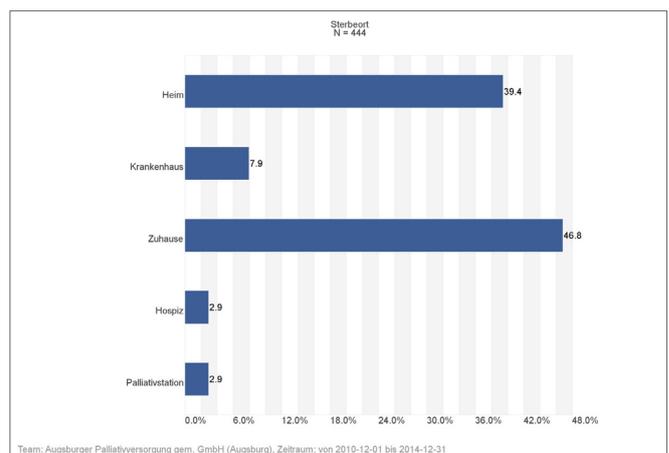


Abbildung 6: Sterbeorte der Patienten 2010-2014

STERBEORT NACH WUNSCH

Eine wichtige Frage stellt dar, ob Menschen wirklich auch an dem Ort sterben können, an dem sie gerne sterben wollen. Dies ist zwar oft nicht feststellbar (z.B. bei Demenz), andererseits stellt dies aber durchaus einen Qualitätsindikator dar.

So konnten 95,6% der Verstorbenen, die zuhause sterben wollten, auch zuhause sterben.

Es ist aber auch erkennbar, dass der Sterbeort Krankenhaus für einige Patienten dem Wunschsterbeort entspricht; ebenso sind auch das Pflegeheim oder die Palliativstation für Menschen „Wunsch-Sterbeorte“. Dies widerspricht nur scheinbar den Umfrageergebnissen, nach denen die meisten Menschen zuhause versterben wollen.

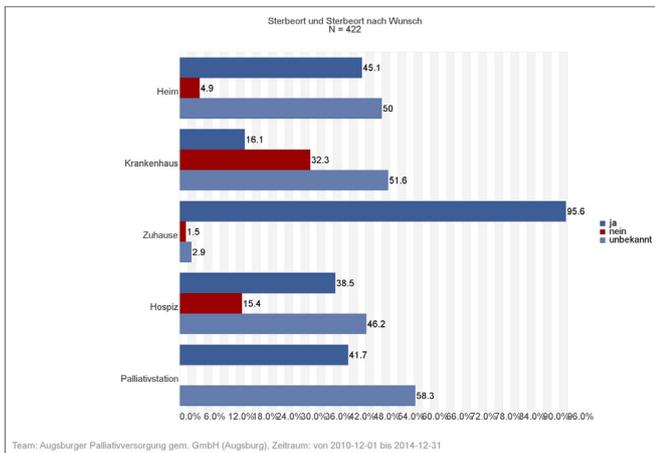


Abbildung 7: Sterbeorte nach Wunsch 2010-2014



DIE FINANZIELLE LAGE DER GMBH

RECHTLICHE UND WIRTSCHAFTLICHE GRUNDLAGEN

RECHTLICHE VERHÄLTNISSE

Firma:	Augsburger Palliativversorgung gemeinnützige GmbH
Rechtsform:	Gemeinnützige GmbH
Gründung am:	05.07.2010
Sitz:	Augsburg
Anschrift:	Stadtberger Straße 21, 86157 Augsburg
Registereintrag:	Handelsregister
Registergericht:	Augsburg
Registergerichtsnummer:	HRB 25406
Gesellschaftsvertrag:	Gültig in der Fassung vom 03.08.2010
Geschäftsjahr:	1. Januar bis 31. Dezember
Gegenstand des Unternehmens:	Betreuung für Schwerstkranke und Sterbende
Gezeichnetes Kapital:	25.000,00 €
Gesellschafter/-in:	Augsburger Hospiz- und Palliativversorgung e.V. mit 100,00 % am Stammkapital
Geschäftsführung, Vertretung:	Dr. med. Eckhard Eichner und Herr Michael Strauß Befreiung vom § 181 BGB wurde nicht erteilt
Gesellschafterversammlungen:	26.03.2014 und 05.11.2014
Gesellschafterbeschlüsse:	Feststellung Jahresabschluss 2013, Haushaltsplanung 2015
Vorgeschlagene Ergebnisverwendung:	Rücklageneinstellung
Ergebnisverwendungsbeschluss aus Vorjahr:	wurde vollzogen im Berichtsjahr
Entlastung Geschäftsführung für Vorjahr:	wurde erteilt
Wesentliche Änderungen der rechtlichen Verhältnisse nach dem Abschlussstichtag:	lagen nicht vor

Die Augsburger Palliativversorgung gemeinnützige GmbH steht auch im vierten Jahr ihres Bestehens auf stabilen finanziellen Füßen. Dazu trägt vor allem die kostendeckende Finanzierung dieses Komplexdienstes durch die Krankenkassen bei. Aber auch die zusätzlichen Spenden und Bußgelder, die vor allem für Investitionen und diejenigen Kosten verwendet werden, die nicht über die Krankenkassen finanziert werden dürfen, helfen der Augsburger

Palliativversorgung, ihre Arbeiten gut zu leisten und ihre Ziele – eine möglichst gute Palliativversorgung im häuslichen Kontext zu erreichen – zu verwirklichen.

Nach den in § 267 HGB angegebenen Größenklassen ist die Augsburger Palliativversorgung eine kleine Kapitalgesellschaft.

Betrag in €	2014	2013	2012
Bilanzsumme	623.259,93	537.531,93	456.481,93
Umsatzerlöse	1.361.790,40	1.119.166,85	960.614,00
Anzahl der Arbeitnehmer	16	16	11

STEUERLICHE VERHÄLTNISSE

Zuständiges Finanzamt: Augsburg-Stadt
 Steuernummer: 103/147/01319
 Steuererklärungen/-bescheide: 2012

Das Unternehmen ist nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 KStG von der Körperschaftsteuer befreit, da es ausschließlich und unmittelbar mildtätigen Zwecken im Sinne §§ 51 ff AO dient. Die Bescheinigung hierüber ist als Anlage dem Körperschaftsteuerbescheid 2012 vom 19.03.2014 beigefügt.

Das Unternehmen unterliegt als Kleinunternehmer der Besteuerung gemäß den § 19 des UStG.

Die letzte Betriebsprüfung der Deutschen Rentenversicherung Bund wurde am 17.09.2014 für die Zeit vom 01.10.2010 bis 31.12.2013 durchgeführt. Die Ergebnisse sind im Bericht der Deutschen Rentenversicherung Bund vom 23.09.2014 enthalten. Es ergaben sich Änderungen.

Die Steuererklärungen wurden bis einschließlich 2013 beim Finanzamt eingereicht. Die Bescheide sind nach § 165 Abs. 1 Satz 2 AO teilweise vorläufig.



VERMÖGENSLAGE

Die aus der Bilanz zum 31. Dezember 2014 abgeleitete Darstellung der Vermögenslage der Gesellschaft lässt sich im Vergleich zum vorherigen Bilanzstichtag folgendermaßen darstellen:

	Bilanz zum 31.12.2014		Bilanz zum 31.12.2013		Änderung ggü. d. Vorjahr	
	in T€	%	in T€	%	in T€	%
AKTIVA						
Immaterielles Anlagevermögen	9,1	1,5	0,0	0,0	9,1	
Sachanlagen	192,6	30,9	179,7	33,4	12,9	7,2
Vorräte	0,0	0,0	1,1	0,2	-1,1	-100,0
Forderungen	201,3	32,3	112,5	20,9	88,8	78,9
Sonstige Vermögensgegenstände	0,5	0,1	0,5	0,1	0,0	0,0
Flüssige Mittel/Wertpapiere	219,8	35,3	243,6	45,3	-23,8	-9,8
Rechnungsabgrenzungsposten	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	-100,0
Summe Aktiva	623,3	100,0	537,5	100,0	85,8	16,0

	Bilanz zum 31.12.2014		Bilanz zum 31.12.2013		Änderung ggü. d. Vorjahr	
	in T€	%	in T€	%	in T€	%
PASSIVA						
Eigenkapital	415,0	66,6	343,7	63,9	71,8	20,9
Rückstellungen	145,8	23,4	131,7	24,5	14,1	10,7
Lieferverbindlichkeiten	43,6	7,0	39,4	7,3	3,7	9,4
Sonstige Verbindlichkeiten	18,8	3,0	22,7	4,2	-3,9	-17,2
Summe Passiva	623,3	100,0	537,5	100,0	85,8	16,0

Die guten Bilanzzahlen dürfen jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass die GmbH auch die nächsten Jahre vor erheblichen Herausforderungen steht; insbesondere die mit den Krankenkassen vereinbarte Sicherstellung ab 31.12.2015 bedeutet noch erhebliche Investitionen, die aus dem laufenden Betrieb und durch Spenden finanziert werden müssen.

ERTRAGSLAGE

Die Ertragslage hat sich im Vergleich zum Vorjahr wie folgt entwickelt:

	01.01. bis 31.12.2014		01.01. bis 31.12.2013		Änderung ggü. d. Vorjahr	
	in T€	%	in T€	%	in T€	%
Umsatzerlöse	1.361,8	100,0	1.119,2	100,0	242,6	21,7
+ sonst.betriebl.Erträge	75,2	5,5	59,8	5,3	15,4	25,8
- Materialaufwand	151,6	11,1	168,1	15,0	-16,5	-9,8
- Personalaufwand	848,5	62,3	693,3	61,9	155,2	22,4
- Abschreibungen	50,9	3,7	38,2	3,4	12,7	33,2
- sonst.betriebl.Aufwand	314,5	23,1	211,2	18,9	102,8	48,7
+ Finanzerträge	0,4	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0
- Finanzaufwand	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
Ergebnis der gewöhnlichen Geschäftstätigkeit	71,7	5,3	68,4	6,1	3,9	5,7
- sonstige Steuern	0,5	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0
Jahresergebnis	71,2	5,2	67,9	6,1	3,9	5,7

Die Gesellschaft schloss das Geschäftsjahr 2014 mit einem Jahresergebnis von 71.252,90 € (Vorjahr: 67.869,06 €) ab.

Die Löhne und Gehälter 2014 betragen 699.804,93 € gegenüber 578.928,13 € im Vergleichszeitraum 2013. Dies entspricht einer Steigerungsrate von 20,9 % und einem absoluten Anstieg von 120.876,80 €. Unter Berücksichtigung der Personalgestellungen (Klinikum Augsburg, Bistum Augsburg) in Höhe von 144.331,23 € ergeben sich Personalkosten von insgesamt 992.791,64 € oder 72,9% der Umsatzerlöse.

Als Ergebnis der gewöhnlichen Geschäftstätigkeit wurden in 2014 71.741,23 € erzielt. Im Vorjahr 2013 wurde dem gegenüber ein Betrag von 68.395,06 € ausgewiesen. Die Steigerungsrate gegenüber 2013 beträgt 4,9 %.

Die Umsatzrentabilität betrug 5,2 %. Im Vorjahr 2013 lag dieser Wert bei 6,1 %.

ETHISCHE BERATUNGEN IM AMBULANTEN KONTEXT

Wachsende Bedeutung in der Arbeit des SAPV-Teams hat die Ethische Beratung. Der Bedarf bei den betroffenen Familien ist groß und die Beratung wird immer mehr nachgefragt.

Wichtiger Aspekt Therapiezieländerung

Daraus ergeben sich häufig Unsicherheiten. Kern ist häufig die Frage nach einer Therapiezieländerung: Ob und wenn ja, wann darf man eine Behandlung unterlassen? Darf man die Ernährung und/oder die Flüssigkeitsgabe einstellen? Wozu sind Heime und Ärzte verpflichtet? Was dürfen oder müssen sie unterlassen, um sich nicht strafbar zu machen? Was möchte der Patient? Wo stehen die Angehörigen?

Meist werden die Ärzte des Palliative-Care-Teams beratend oder konsiliarisch hinzugezogen, wenn es Konflikte gibt: seien es unterschiedliche Auffassungen der Angehörigen untereinander oder mit dem behandelnden Arzt oder auch unterschiedliche Vorstellungen zwischen den beteiligten Diensten wie Pflegeheim und Hausarzt. Die Klärung von Konflikten am Lebensende ist unerlässlich, um dem Patienten das Sterben zu ermöglichen, das er sich wünscht oder in Form einer Patientenverfügung als seinen Willen festgelegt hat.

Ethisches Basisassessment

Die ethische Beratung endet aber nicht mit der Besprechung, sondern die Ergebnisse werden schriftlich festgehalten. Im Augsburger ethisch-rechtlichen Basis-Assessment werden systematisch die Einwilligungsfähigkeit des Patienten und dessen Willensäußerungen und Erwartungen erfasst. Zudem erfolgt die Begründung für die Unterlassung von Maßnahmen, eine Feststellung nicht mehr indizierter/gewollter Therapien, die Datierung der Aufklärungsgespräch(e) inkl. Unterschriften der Beteiligten und ob Konsens bzw. weitere relevante Informationen vorliegen (siehe Abbildung auf der Folgeseite).

Die Erfahrung zeigt, dass die Beratung und das entsprechende Formular ein einfaches, schnell und unkompliziert einzusetzendes Instrument sind, um auch die ethischen und rechtlichen Aspekte für eine Palliativversorgung zu erfassen und zu dokumentieren. Das Assessment ist auch geeignet, bei einfacheren Problemkonstellationen anstelle ethischer Fallbesprechungen eine fundierte Entscheidungsfindung zu unterstützen und so Rechtssicherheit und Transparenz bei allen Beteiligten herzustellen.

Das Assessment kann allerdings eine ethische Fallbesprechung nicht ersetzen, wenn fortdauernd unterschiedliche Vorstellungen oder Konflikte vorliegen. In der Praxis hat sich aber gezeigt, dass solche Fälle selten sind, weil sich häufig ein Konsens herstellen und dokumentieren lässt.

Die Beschreibung dieses Vorgehens wurde in der Zeitschrift Ethik in der Medizin 2012 24 (1), S. 67–76 publiziert.

Zudem wird großer Wert darauf gelegt, dass Patienten – sofern diese noch einwilligungsfähig sind und sofern diese Dokumente noch nicht vorliegen – ihren Willen in Form einer Patientenverfügung niederlegen und in einer Vorsorgevollmacht einen Bevollmächtigten benennen. Damit ist sichergestellt, dass der Wille auch bei fortschreitender Erkrankung berücksichtigt werden kann.

Die AHPV hat hierfür einen Sonderdruck der bayerischen Vorsorgebroschüre mit den Formularen des bayerischen Justizministeriums in Lizenz beim Verlag C.H.Beck erworben, die hierfür zur Verfügung gestellt werden können (Abbildung S. 66).

Ethisches Assessment bei Palliativpatienten



Patient: _____, geb.: ____ . ____ . ____

I. Einschätzung zur Einwilligungsfähigkeit des Patienten/der Patientin

- Ist zu Person / Zeit / Ort orientiert
- Kann eigene Situation erfassen, kann die Folgen einer Therapiezieländerung verstehen
- Kann eigene Situation nicht erfassen, Vorsorgevollmacht bzw. Betreuungsverfügung liegt vor oder Betreuer ist bestellt
- Kann eigene Situation nicht erfassen, Vorsorgevollmacht oder Betreuungsverfügung liegt nicht vor, Betreuung notwendig

II. Vorliegende Willensäußerungen

- Patient ist einwilligungsfähig: Einverständnis Patient für Therapiezieländerung liegt vor
- Patient ist nicht einwilligungsfähig: Patientenverfügung vom : ____ . ____ . ____ liegt vor (§1901a BGB), geprüft durch: _____
- Patientenverfügung trifft auf Situation zu, weil: _____

- Es liegen keine Hinweise auf Willensänderung vor
- Patient ist nicht einwilligungsfähig, es liegt keine Patientenverfügung vor, gemäß mutmaßlichem Willen (§1901b BGB) ist eine Therapiezieländerung möglich.
- Patient ist nicht einwilligungsfähig, es liegt keine Patientenverfügung vor, mutmaßlicher Wille nicht eruiert, es gelten allgemeingültige Werte

III. Begründung für die Unterlassung von Maßnahmen

- Medizinische Indikation nicht gegeben
- Wille des Patienten
- Sterbeprozess hat unumkehrbar begonnen

IV. Nicht mehr indizierte oder gewollte Maßnahmen

- Herz-Lungen-Wiederbelebung (Reanimation)
- Intensivmedizinische Therapie
- Künstliche Ernährung
- Künstliche Flüssigkeitsgabe
- Antibiotische Behandlung eines Infekts (z.B. einer Lungenentzündung)
- _____

VI. Aufklärungsgespräch erfolgt

- am ____ . ____ . ____ mit Patient
- am ____ . ____ . ____ mit Betreuer /
Vorsorgevollmächtigtem
- am ____ . ____ . ____ mit Angehörigen
(Familie, Lebenspartner, Freunden)
- am ____ . ____ . ____ mit anderen Diensten
(Hausarzt, Facharzt, Hospiz et al.)

V. Erwartungen des Patienten

- Zu Hause bleiben können / Kein Krankenhaus / Autonomie
- Leidenslinderung / Symptomlinderung
- Palliative Rehabilitation („mehr Kraft“, „wieder aufstehen können“, „noch eine Reise“)
- In Ruhe gelassen werden
- Expliziter Wunsch: _____
- Keine Angabe
- Frage nach aktiver Sterbehilfe / Lebensbeendigung

VII. Konsens

- Palliative-Care-Team
- Hausarzt / Facharzt
- amb. / stat. Pflege
- amb. / stat. Hospiz
- Ethikberatung erfolgt
- Angehörige / Zugehörige
- Es liegt kein Konsens vor

VIII. Weitere relevante Informationen zum Entscheidungsprozess und/oder weiteren Verlauf

(Datum / Unterschrift des Palliativmediziners)

(Datum / Unterschrift des Patienten / Bevollmächtigten)

(Datum / Unterschrift des Hausarztes / Facharztes)

VORSORGEBROSCHÜRE

Augsburger Hospiz- und Palliativversorgung e.V.
Augsburger Palliativversorgung gemeinnützige GmbH
Augsburger Hospiz- und Palliativstiftung



VORSORGE

für Unfall, Krankheit und Alter

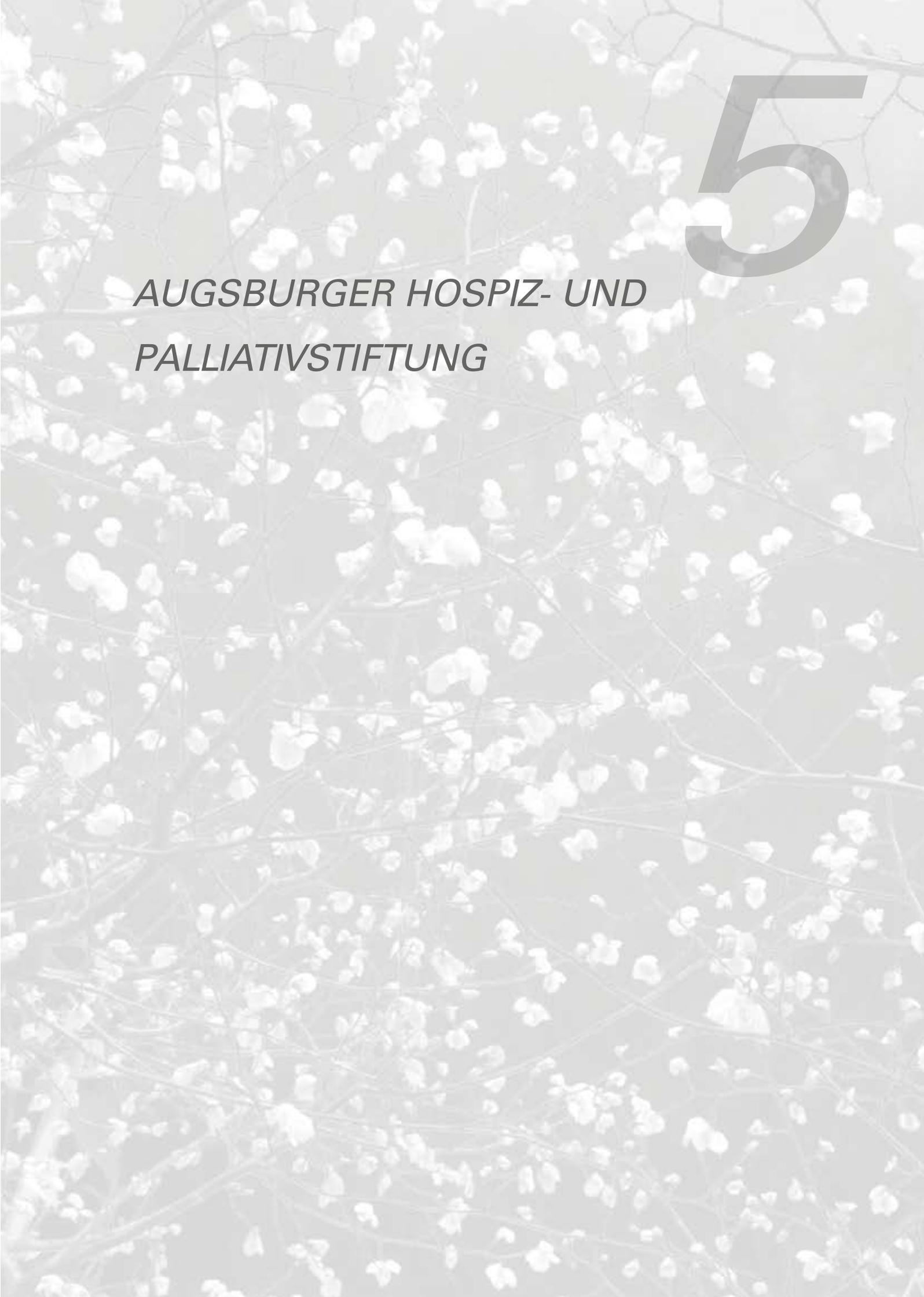
VOLLMACHT
BETREUUNGSVERFÜGUNG
PATIENTENVERFÜGUNG

Auszug aus: „Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter“ des Bayerischen Staatsministeriums der Justiz (15. Auflage, Stand Januar 2014); Verlag C.H.Beck, 4,90 Euro, ISBN 978-3-406-66321-5, im Buchhandel oder bei Verlag C.H.Beck zu beziehen.

In der Broschüre „Vorsorge für Unfall, Krankheit und Alter“ erhalten Sie zusätzlich viele hilfreiche Hinweise zu diesen Themen.

Formblätter

Die Vorsorgebroschüre kann kostenlos in unserer Geschäftsstelle abgeholt werden.
Wir danken den Lions Damen Augsburg für die Beteiligung an den Druckkosten.



5

*AUGSBURGER HOSPIZ- UND
PALLIATIVSTIFTUNG*

AUGSBURGER HOSPIZ- UND PALLIATIVSTIFTUNG

GEGRÜNDET AM 28. NOVEMBER 2013

Die Idee gibt es schon lange, Ende 2013 wurde sie Realität: am 28. November wurde die „Augsburger Hospiz- und Palliativstiftung“ errichtet. Der schwäbische Regierungspräsident Karl Michael Scheufele übergab den Vertretern der fünf Gründungstifter die offizielle Stiftungsurkunde.

Regierungspräsident Scheufele betonte bei der offiziellen Übergabe der Stiftungsurkunde: „Es ist etwas Besonderes in der Region, dass so viele Einrichtungen einvernehmlich zusammenarbeiten und sich mit der Errichtung einer Stiftung des bürgerlichen Rechts auch langfristig verpflichten, die Versorgung und Fürsorge für Sterbende in der Region zu verbessern.“



Der schwäbische Regierungspräsident Karl Michael Scheufele (links) übergab am 28. November die offizielle Stiftungsurkunde an Dr. Dr. Eckhard Eichner, Vorstand der Augsburger Hospiz- und Palliativstiftung. Im Bild zudem von rechts Dr. Margarethe Beck, stv. Vorsitzende des St. Vinzenz-Hospiz Augsburg e.V., Renate Flach, Vorsitzende der Hospiz-Gruppe „Albatros“ e.V. und stv. Stiftungsvorsitzende, Ralf Otte, Geschäftsführer des Bunten Kreises e.V. und Schatzmeister der Stiftung, Michael Strauß, Geschäftsführer der Augsburger Palliativversorgung gemeinnützige GmbH.

DIE ZIELE DER STIFTUNG

Anliegen ist, dass die Idee von Hospice und Palliative Care in der Region unabhängig vom eng geregelten Krankenkassenrecht und seinen Finanzierungshürden realisiert werden kann. Denn die Erfahrung in der Hospiz- und Palliativversorgung zeigt täglich, dass noch viele Lücken bestehen. Nicht selten hängt es vom Wohnort oder der Versicherung ab, ob ein Mensch in Würde sterben kann oder ob ihn in der letzten Zeit zum Beispiel Schmerzen, seelische Not oder Einsamkeit begleiten. Weitere aktuelle Herausforderungen sind die wachsende Zahl schwerstkranker Menschen, der Aufbau einer Hospizkultur in den Heimen und der Wunsch vieler Menschen, trotz schwerster Krankheiten zuhause bleiben und dort auch sterben zu dürfen.

Das große Ziel ist deshalb, dass für alle Sterbenden in Stadt und Landkreis Augsburg die letzte Lebensphase auch Lebenszeit ist, nicht Leidenszeit.

DIE AHPS HAT FOLGENDE WICHTIGE ZIELE IN IHRER SATZUNG FESTGESCHRIEBEN:

Zweck der Stiftung ist die Förderung der Hospizarbeit und Palliativversorgung in der Region Augsburg.

Die Stiftungszwecke werden verwirklicht durch die Förderung bestehender und im Aufbau befindlicher Angebote und Einrichtungen.

Dies erfolgt durch:

- (a) Förderung der Verbreitung der Ziele der Hospizarbeit und Palliativversorgung durch Unterstützung der regionalen Öffentlichkeitsarbeit, von Veranstaltungen, von Veröffentlichungen und bei allen Maßnahmen, die geeignet sind, darüber aufzuklären.
- (b) Förderung und Unterstützung beim Aufbau von Organisationen der Hospizarbeit und Palliativversorgung, hier insbesondere der ambulanten wie stationären Hospize und Einrichtungen der allgemeinen wie spezialisierten Palliativversorgung.

- (c) Förderung der Qualifizierung und Schulung von Mitarbeitern in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen.
- (d) Förderung der Organisation und Unterstützung der Aus-, Fort- und Weiterbildung durch Veranstaltungen von regionalen Schulungen, Tagungen und Kongressen als Zweckbetriebe (§ 65 Abgabenordnung).
- (e) Förderung von Maßnahmen für Erkrankte und deren Angehörige/Zugehörige durch Vermittlung bestehender Einrichtungen.
- (f) Finanzielle Unterstützung bei Einzelfällen mit besonderen Notlagen. Eine solche Förderung erfolgt ausschließlich auf Anfrage einer im Bereich der Hospizarbeit oder Palliativversorgung tätigen Organisation.
- (g) Förderung wissenschaftlicher Vorhaben durch die Beschaffung und Weitergabe von Mitteln zur Verwirklichung von Forschungsprojekten durch andere steuerbegünstigte Körperschaften oder durch Körperschaften des öffentlichen Rechts (§ 58 Nr. 1 der Abgabenordnung) auf den Gebieten der Hospizarbeit und Palliativversorgung.

Die Stiftungszwecke können hier insbesondere verwirklicht werden durch

- die Vergabe von Forschungsaufträgen
- Förderung von Datensammlungen und -dokumentationen

- (h) Vergabe von Hospitationen, Stipendien und Förderpreisen für hervorragende Arbeiten auf dem Gebiet der Hospizarbeit und Palliativversorgung.
- (i) Ehrung von Persönlichkeiten und Einrichtungen, die sich um die Hospizarbeit und Palliativversorgung in der Region besonders verdient gemacht haben.

DIE ORGANE DER STIFTUNG

DIE GRÜNDUNGSSTIFTER

Das Stiftungskapital wurde von fünf Augsburger Organisationen aufgebracht:

- Hospiz-Gruppe „Albatros“ e.V.: Ambulantes Hospiz für die Betreuung und Begleitung schwerstkranker Menschen und ihrer Angehörigen zuhause und in Heimen, sehr viele ehrenamtlich Engagierte.
- St. Vinzenz-Hospiz Augsburg e.V.: Ambulantes Hospiz für die Betreuung und Begleitung schwerstkranker Menschen und ihrer Angehörigen zuhause und in Heimen, sehr viele ehrenamtlich Engagierte; zudem stationäres Hospiz in Augsburg für die letzten Lebenstage, wenn die Versorgung zuhause nicht mehr möglich ist.
- Bistum Augsburg: Seelsorgeangebote für Kranke und deren Angehörige auch im hospizlichen und palliativen Umfeld.
- Augsburger Hospiz-und Palliativversorgung e.V.
- Augsburger Palliativversorgung gemeinnützige GmbH.

RECHTSFÄHIG UND MILDTÄTIG

Die Stiftung ist eine rechtsfähige Stiftung des bürgerlichen Rechts gemäß §§ 80 und 81 BGB. Die neue Stiftung ist vom Finanzamt bereits als mildtätig anerkannt, bei der Errichtung hatte sie ein Gründungskapital von knapp 100.000 €. Verwaltet wird das Vermögen kostenlos vom Stiftungsmanagement der Kreissparkasse Augsburg.

DER VORSTAND

Dr. Dr. Eckhard Eichner (Vorstandsvorsitzender)
Renate Flach (stv. Vorstandsvorsitzende)
Ralf Otte (Schatzmeister)

DER STIFTUNGSRAT

Folgende Stiftungsräte wurden durch die Gründungstifter benannt:

Domkapitular Armin Zürn (Stiftungsratsvorsitzender)
Dr. Margarethe Beck (Stv. Stiftungsratsvorsitzende)
Dr. Christoph Aulmann
Hr. Werner Blochum
Fr. Daniela Boecker-Franz (Vertreterin der Hospiz-Gruppe „Albatros“ e.V.)
Hr. Andreas Claus
Fr. Christine Deschler
Dr. Carsten Oetzel
Hr. Eckard Rasehorn
Hr. Michael Strauß
(Vertreter der Augsburger Palliativversorgung)

LOGO DER AHPS



Das Logo der Stiftung soll die Offenheit, Entwicklung und stetig wachsende Vernetzung und Erweiterung der Leistungen symbolisieren. Der zum Kreis gerundete Pfeil stellt dabei auch die Gemeinschaft und das Miteinander der Mitglieder dar, welcher sich gleichmäßig im Uhrzeigersinn zu bewegen scheint. Die Unterbrechungen zeigen dabei die Entwicklungsetappen zur Stiftung auf.

Die Farbsymbolik des AHPV-Logos wurde bewusst aufgehoben. Als neue Hauptfarbe des Logos wurde Orange gewählt. Orange ist in Augsburg die Farbe der Hospizbewegung.

Der haltgebende Rahmen beschreibt die Offenheit und Neutralität. Er erinnert an die ursprünglichen vier Gründungsmitglieder der AHPV. Dadurch wird auch die Beziehung zum Verein verdeutlicht. Für den Rahmen wurde ein dezentes Grau gewählt, um eine Ausgewogenheit zwischen Anregungspotenzial im Orange und Beruhigungsmerkmalen durch das neutrale Grau zu schaffen.

PROJEKTE UND AKTUELLE FÖRDERSCHWERPUNKTE DER STIFTUNG

AUFBAU DER STIFTUNGSPROZESSE

Die Stiftungsanerkennung Ende 2013 war ein erster Schritt, 2014 ging es darum, die Stiftung „funktionsfähig“ zu machen. Das bedeutete vor allem viel Kommunikations- und Organisationsarbeit:

Im Internet wurde die Stiftung unter dem Gesamtauftritt des AHPV e.V. sichtbar gemacht. Ein eigener Internetauftritt ist nicht vorgesehen.

Konzepte, Design und Texte für eine Stiftungsbroschüre, einen Flyer und eine Dankeskarte wurden entwickelt. Sie werden 2015 in Druck gehen.

Die internen Prozesse einer Stiftung wurden entwickelt.

Grundsätzlich geht es der Stiftung immer um nachhaltige Verbesserungen: Deshalb verfolgt die Stiftung auch Ziele wie die Fortbildung von Fachkräften in hospizlichen und palliativen Fragen oder die Unterstützung von Forschungs- und Modellprojekten sowie der Entwicklung nachhaltiger Konzeptionen. Nur so kann langfristig beurteilt werden, welche Angebote Sterbenden und ihren Angehörigen wirklich helfen.

UNTERSTÜTZUNG DER HOSPIZBEWEGUNG IN DER REGION AUGSBURG

Im Jahr 2014 wurde der Aufbau einer Hospizgruppe im nördlichen Landkreis Augsburg erfolgreich unterstützt. Die hierfür bereitgestellten Mittel wurden (interessanterweise) nicht abgerufen, sodass es sich um eine ideale Förderung handelte. Umso erfreulicher ist, dass nun eine weitere Hospizgruppe auf dem Weg der Weiterentwicklung finanziell unterstützt werden kann.

Als Förderung stehen hier Mittel in Höhe von bis zu 5.000.- € auf Basis der nachgewiesenen Ausgaben zur Verfügung.

FÖRDERSCHWERPUNKT RAHMENKONZEPT

Um die Hospiz- und Palliativversorgung in Stadt und Landkreis Augsburg insgesamt zu verbessern und um bestehende Defizite zu identifizieren, fördert die Stiftung die Erstellung eines abgestimmten Rahmenkonzepts für Hospizarbeit und Palliativversorgung in der Region Augsburg. Dieses Projekt wurde von der Augsburger Hospiz- und Palliativversorgung e.V. initiiert und wird in 2015/2016 durchgeführt werden.

Als Förderung werden ein Teil der Entwicklungs- und Druckkosten in Höhe von bis zu 10.000.- € auf Basis der nachgewiesenen Ausgaben übernommen.

2015/2016 wird dies einer von zwei Förderschwerpunkten sein.

FÖRDERSCHWERPUNKT FORT- UND WEITERBILDUNG

Als zweiter Förderschwerpunkt wurde vom Stiftungsrat die Förderung der Fort- und Weiterbildungen festgelegt. Hierunter fallen sowohl die Förderung einzelner Fortbildungsmaßnahmen als auch die Förderung des gemeinsamen Fort- und WeiterbildungsKalenders in der Region Augsburg. Letzterer steht sowohl online als auch in gedruckter Form zur Verfügung.

Als Förderung werden Kosten in Höhe von bis zu 10.000.- € auf Basis der nachgewiesenen Ausgaben übernommen.

DIE FINANZIELLE LAGE DER STIFTUNG

Im Jahr 2014 konnte das Stiftungskapital auf 105.129,54 € aufgestockt werden.

Die Vermögenswerte zum 31.12.2014 stellen sich wie folgt dar:

Grundstockvermögen		Vorjahreswerte
davon		
- Erstaussstattung (bei Gründung)	93.833,53 €	93.815,53 € ¹³
- Zustiftungen	11.131,28 €	0,00 €
Summe	104.964,81 €	93.815,53 €
Rücklagen¹⁴ :		
davon		
- Werterhalt	165,63 €	18,00 € ¹⁵
- Zweckgebunden	27.604,00 €	1.895,10 €
- Umschichtung	0,00 €	0,00 €
Summe	27.769,63 €	1.913,10 €
Mittelvortrag	27.769,63 €	1.913,10 €
Gesamtsumme	132.734,44 €	95.728,63 €

Dabei sind sich die Gründungstifter bewusst, dass es bei der derzeitigen Zinsentwicklung so gut wie keine Erlöse aus dem Stiftungskapital gibt und die Augsburger Hospiz- und Palliativstiftung deswegen auf Spenden angewiesen ist, um ihre Ziele zu verwirklichen.

Zudem wird die Augsburger Palliativversorgung gemeinnützige GmbH die Stiftung auch im Jahr 2015 mit 5.000 € zur unmittelbaren Verfügung unterstützen, damit Projekte gefördert werden können.

Mittelfristig erhoffen sich aber natürlich die Stiftungsgründer eine positive Entwicklung mit den sich daraus ergebenden Möglichkeiten, die Stiftungsziele zu verfolgen. Hierfür wird derzeit eine Stiftungsbroschüre erstellt, die Anfang 2015 zur Verfügung stehen wird.

13 Laut Stiftungssatzung vom 6. September 2013

14 Zuführung (+)/ Auflösung (-)

15 Hier sollten jährlich Rücklagen gebildet werden, um den Werterhalt des Kapitalvermögens (oder ggf. des Immobilienvermögens) zu gewährleisten (z.B. orientiert an der Höhe der Entwicklung des Verbraucherpreisindex des Statistischen Bundesamts; steuerrechtlich ist die Bildung einer freien Rücklage im Rahmen von § 58 Nr. 7 a AO möglich)



6

WEITERE AKTIVITÄTEN

BAYERISCHE GESUNDHEITSREGION



Die „Augsburger Hospiz- und Palliativversorgung“ (AHPV) ist 2012 durch das bayerische Gesundheitsministerium zur bayerischen Gesundheitsregion ernannt worden. Der AHPV e.V. agiert als Koordinator und zentrale Anlaufstelle der Gesundheitsregion in Stadt und Landkreis Augsburg.

Die Gesundheitsregion hat das Ziel, kurz-, mittel- und langfristig die Hospizarbeit und Palliativversorgung für die Patienten in der Region sicherzustellen. Die Grundlage für die Modellregion bilden das bereits vorhandene Netzwerk aus über 50 regionalen Akteuren im Gesundheitswesen. Dazu kommen große Forschungseinrichtungen, die bessere Versorgungsmöglichkeiten für Schwerstkranke und Sterbende erforschen, sowie verschiedene Maßnahmen gegen den drohenden Fachkräftemangel im Pflegebereich, z.B. durch verstärkte Fort- und Weiterbildungen.

Die Gesundheitsregion AHPV rückt folgende Patientengruppen in den Mittelpunkt:

- Patienten mit weit fortgeschrittenen, fortschreitenden und in absehbarer Zeit zum Tode führenden Erkrankungen
- Patienten mit chronischen Erkrankungen, bei denen zwar der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist, deren Erkrankung jedoch aufgrund der Versorgungskomplexität und/oder des regelhaft zum Tode führenden Verlaufs auch schon früher im Krankheitsverlauf eine palliative Versorgung und hospizliche Begleitung erfordert

Als bayerische Gesundheitsregion besteht die große Chance, im Sinne einer Modellregion die Versorgung aller Menschen, die Palliativversorgung und/oder hospizliche Fürsorge benötigen, in absehbarer Zeit realisieren zu können.

Ein Schwerpunkt der Aktivitäten in der Gesundheitsregion sollen Forschungsarbeiten und wissenschaftlich begleitete Modellprojekte werden, mit deren Hilfe die Versorgung aufgebaut, ausgebaut und verbessert werden soll. 2013 wurde ein Antrag für die Weiterentwicklung der bayerischen Gesundheitsregion bei der Bayerischen Gesundheitsagentur gestellt, der 2014 leider abgelehnt wurde.

FORSCHUNGSARBEITEN

Die AHPV beteiligt sich aktiv an Studien zur Palliativversorgung und forscht auch selbstständig. Hintergrund ist, dass die Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen und ihrer Angehörigen in Deutschland noch ein sehr junges Fachgebiet ist, zu dem erst wenige Erkenntnisse vorliegen. Insbesondere neue Versorgungsformen wie die SAPV erfordern es, die Erfahrungen auch auszuwerten, um die Versorgung weiter zu verbessern.

„STRUKTUR- UND PROZESSEFFEKTE DER SAPV IN BAYERN“

Von April 2012 bis Juni 2014 lief an der Universität Augsburg die zweite bayernweite Studie zur Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV), an der auch die AHPV beteiligt war. Die Ergebnisse wurden im Juli publiziert.

Der Titel der Studie lautet „Struktur- und Prozesseffekte der SAPV in Bayern - Evaluation/Qualitätssicherung und (Aus-)Wirkungen der SAPV auf die AAPV (unter besonderer Berücksichtigung des ländlichen Raums)“. Die Projektleitung hatten Prof. Dr. Werner Schneider von der Uni und Dr. Dr. Eckhard Eichner, Vorsitzender der AHPV. Im Zentrum der Studie stand die Auswirkung der SAPV auf die Allgemeine Ambulante Palliativversorgung (AAPV). Dabei, so das Fazit, spielt die Unterscheidung zwischen AAPV und SAPV aus Patientensicht keine Rolle, wichtig ist das Ziel: eine bedarfsgerechte und bedürfnisorientierte Versorgung.

Wie viel SAPV vor Ort erforderlich ist, hängt laut Studie von der Infrastruktur, von der Fachlichkeit der Versorgenden und von deren Vernetzung ab. Dazu kommen regionalkulturelle Gegebenheiten. Für die Zukunft postuliert die Studie: Je mehr die AAPV vor Ort gestärkt wird, umso mehr wird die SAPV sich einerseits auf präventiv wirksame Beratung und Koordination sowie andererseits als wichtiges Glied in der Versorgungskette auf jene Teil-/Vollversorgungen konzentrieren können, die ohne sie nicht ambulant versorgbar wären.

Den Download des Ergebnisberichts (8,4 MB) finden Sie im Internet unter www.ahpv.de/ueber-uns/bayerische-gesundheitsregion/wissenschaft.html.

STUDIE DBK UND BAYERN: SEELSORGE IN DER SAPV

In der Abschlussphase befand sich 2014 das Projekt der Deutschen Bischofskonferenz „Seelsorge in Spezialisierter Ambulanter Palliativversorgung (SAPV)“. Es startete im Herbst 2012 mit 18 Bistümern und beteiligten 25 Projektstellen, darunter die AHPV mit Begleitforschung. Erforscht wird, ob hauptamtliche Seelsorge in den SAPV-Teams sinnvoll und notwendig ist und wie sie sich zukunftsfähig verorten und entwickeln kann.

Eng damit verknüpft ist eine bayerische Initiative, durch die das deutschlandweite Forschungsprojekt der DBK ökumenisch erweitert und durch qualitative Studien, die in eine Dissertation münden, vertieft wird.

Die SAPV-Seelsorge der Diözese Augsburg mit ihrem im SAPV-Team integrierten Seelsorger beteiligt sich an beiden Vorhaben. 2013 lief die Befragung und Dokumentation. Nach Abschluss der wissenschaftlichen Forschungsarbeit und deren Auswertung im Herbst 2014 soll von der DBK eine Empfehlung an die Diözesen gehen, die dann selbstständig entscheiden, ob, in welcher Weise und in welchem Umfang das kirchliche Engagement in der SAPV-Seelsorge weitergeht.

POSITIONSPAPIER DER AHPV: EIN „ANDERSORT“ DER SEELSORGE

„Ein ‚Andersort‘ der Seelsorge“ ist ein gemeinsames Positionspapier der Augsburger Palliativversorgung gemeinnützige GmbH und des Bistums Augsburg zur Seelsorge in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV-Seelsorge).

2014 erarbeiteten Dr. Franz Schregle, Dr. Dr. Eckhard Eichner, Michael Strauß und Armin Zürn ein Positionspapier zur Seelsorge in der SAPV. Ausgewertet wurden hierfür sowohl die ersten praktischen Erfahrungen der SAPV-Seelsorge in Augsburg, wo der Seelsorger ins SAPV-Team integriert ist, als auch Fachliteratur.

Das Buch wurde bewusst als Positionspapier erstellt: Es versteht sich als Bestandsaufnahme einer aktuellen Position, formuliert Fragen, benennt Herausforderungen und Chancen. Rückmeldungen zu den Positionen sind ausdrücklich erwünscht.



Das Positionspapier steht kostenlos zum Download zur Verfügung unter www.ahpv.de/fuer-professionelle/positionspapier-seelsorge.html. In gedruckter Form kann es für 5.- € zzgl. Porto und Versand erworben werden.

KÜNFTIGES STUDIENPROJEKT

Die folgenden Forschungsprojekte bzw. die Beteiligung an Forschungsprojekten sind vorgesehen.

STERBEORTE-ANALYSE

Analyse der Sterbeorte in der Region

Es liegen so gut wie keine Daten in Deutschland zu den Sterbeorten vor, obwohl diese stets als Qualitätskriterium für ein „gutes“ Sterben erwähnt werden. Diese Daten sind aber auch notwendig, um die zukünftige Versorgung besser planen und gestalten zu können.

FIS.NET-PROJEKT DES BMBF

FIS.net steht für „Flexible, individualisierte Service-Netzwerke“ und umfasst vier Modellvorhaben für präventive Gesundheitsdienstleistungen in der Region Augsburg/Schwaben. Mit FIS.net hat sich eine Gruppe von Wissenschaftlern um Forschungsgelder des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) beworben. Unter 78 Anträgen gehörte das FIS.net Augsburg/Schwaben 2013 zu den zwölf Siegerregionen, die 50.000 € für die detaillierte Ausarbeitung ihrer Konzeptidee erhielten. 2014 wurde FIS.net schließlich als eine der fünf Förderregionen mit einem Gesamtvolumen von mehr als 5 Mio. € ausgewählt. Die Förderung läuft über vier Jahre.

Die AHPV erwartet sich vom FIS.net-Projekt vor allem Erkenntnisse zum Thema Vernetzung und individualisierte Dienstleistungserbringung, die wiederum Rückschlüsse auf eine gute Palliativversorgung am Lebensende liefern dürften. Inwieweit und in welcher Form hier eine Beteiligung möglich sein wird, ist jedoch weiterhin offen.



UMGANG MIT FÖRDERMITTELN

SELBSTVERPFLICHTUNG ZUM UMGANG MIT FÖRDERMITTELN

Augsburger Hospiz- und Palliativversorgung e.V., Augsburger Palliativversorgung gemeinnützige GmbH und Augsburger Hospiz- und Palliativstiftung möchten ihren Umgang mit Spenden und Fördermitteln offenlegen, um zu zeigen, dass diese gemäß der jeweils erteilten Mildtätigkeit eingesetzt werden und dass verantwortungsbewusst mit den zur Verfügung gestellten Geldern umgegangen wird.

Alle drei Organisationen sehen in den Spenden, Bußgeldern und anderen Förderungen ein großes Vertrauen in ihre jeweilige Arbeit und danken an dieser Stelle ausdrücklich für diese Unterstützung, ohne die viele Maßnahmen nicht hätten geleistet werden können.

- Die *Augsburger Hospiz und Palliativversorgung e.V.* ist wegen der **Förderung mildtätiger Zwecke** vom Finanzamt Augsburg Stadt, gemäß Freistellungsbescheid für 2010 bis 2012 zur Körperschaftsteuer und Gewerbesteuer vom 20.12.2013, Steuernummer 103/107/11883, befreit und berechtigt, Zuwendungsbescheinigungen auszustellen. Die Einhaltung der satzungsmäßigen Voraussetzungen nach den §§ 51, 59, 60 und 61 AO wurde vom Finanzamt Augsburg-Stadt, Steuernummer 103/107/11883 mit Bescheid vom 10.12.2013 nach § 60a AO gesondert festgestellt. Die Augsburger Hospiz- und Palliativversorgung e.V. fördert nach ihrer Satzung mildtätige Zwecke.
- Die *Augsburger Palliativversorgung gemeinnützige GmbH* ist wegen der **Förderung mildtätiger Zwecke** vom Finanzamt Augsburg Stadt, gemäß Bescheid vom 19.03.2014, Steuernummer 103/147/01319, nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 des Körperschaftsteuergesetzes von der Körperschaftsteuer und nach § 3 Nr. 6 des Gewerbesteuergesetzes von der Gewerbesteuer befreit und berechtigt, Zuwendungsbescheinigungen auszustellen.
- Die *Augsburger Hospiz und Palliativstiftung* ist wegen der **Förderung mildtätiger Zwecke** vom Finanzamt Augsburg Stadt, gemäß Bescheid vom 08.10.2013, Steuernummer 103/147/13287, nach § 60a Abs. 1 AO über die gesonderte Feststellung der Einhaltung der satzungsmäßigen Voraussetzungen nach den §§ 51, 59, 60 und 61 AO befreit und berechtigt, Zuwendungsbescheinigungen auszustellen.

FÜR MEHR TRANSPARENZ UND SICHERHEIT GEBEN ALLE DREI ORGANISATIONEN FOLGENDE SELBSTVERPFLICHTUNGSERKLÄRUNG AB. ÜBER DIE EINHALTUNG DES GELTENDEN RECHTS HINAUS SIND FOLGENDE REGELN FÜR UNS VERPFLICHTEND:

1. Wir betreiben keine Mitglieder- und Spendenwerbung mit Geschenken, Vergünstigungen oder dem Versprechen bzw. der Gewährung von sonstigen Vorteilen, die nicht in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Satzungszweck stehen oder unverhältnismäßig teuer sind.
2. Wir arbeiten mit geringen Verwaltungskosten, so dass die erhaltenen Mitgliedsbeiträge, Spenden, Bußgelder und Zustiftungen weitgehend in die gemeinnützigen

Aufgaben und Zielsetzungen fließen können. Sämtliche Ausgaben unterliegen dem strengen Prinzip, den gemeinnützigen Satzungszielen gerecht zu werden.

3. Unsere Werbung verstößt nicht gegen die guten Sitten und anständigen Gepflogenheiten.
4. Wir beachten allgemein zugängliche Sperrlisten und Richtlinien zum Verbraucherschutz.
5. Der Verkauf, die Vermietung oder der Tausch von Mitglieder- oder Spenderadressen ist ausgeschlossen.
6. Die Erstellung der Buchführung, des Jahresabschlusses sowie unserer Einnahmen-Ausgaben-Rechnung erfolgt durch steuerberatende Berufe unter Beachtung

der handels- und steuerrechtlichen Vorschriften und der jeweiligen Satzungsregelungen. Soweit notwendig, wird die Offenlegung des Jahresabschlusses im elektronischen Bundesanzeiger veröffentlicht. Über die Erstellung werden jährliche Abschlussberichte angefertigt und über das Ergebnis berichtet.

7. Wir zahlen keine Provisionen oder Erfolgsbeteiligungen.
8. Wir leiten keine Spenden an andere Organisationen weiter.
9. Wir verpflichten uns, bei Interesse Einsicht in die jährlichen Jahresabschlussberichte des Steuerberaters sowie die Prüfungsprotokolle des Kassenprüfers in den Räumlichkeiten der Einrichtungen zu gewähren.

Im Jahr 2014 erhielten wir Spenden und Bußgelder in folgender Höhe:

1. Spenden:

▪ Augsburgener Hospiz- und Palliativversorgung e.V.	116.369,50 €
▪ Augsburgener Palliativversorgung gem. GmbH	42.359,00 €
▪ Augsburgener Hospiz- und Palliativstiftung	27.604,00 €

2. Mitgliedsbeiträge in der Augsburgener Hospiz- und Palliativversorgung

▪ Augsburgener Hospiz- und Palliativversorgung e.V.	4.700,00 €
▪ Augsburgener Palliativversorgung gem. GmbH	0,00 €
▪ Augsburgener Hospiz- und Palliativstiftung	0,00 €

3. Bußgelder

▪ Augsburgener Hospiz- und Palliativversorgung e.V.	17.300,00 €
▪ Augsburgener Palliativversorgung gem. GmbH	8.150,00 €
▪ Augsburgener Hospiz- und Palliativstiftung	0,00 €

4. Stiftungen/Zustiftungen

▪ Augsburgener Hospiz- und Palliativversorgung e.V.	0,00 €
▪ Augsburgener Palliativversorgung gem. GmbH	0,00 €
▪ Augsburgener Hospiz- und Palliativstiftung	11.131,28 €

5. Zuschüsse

▪ Augsburgener Hospiz- und Palliativversorgung e.V.	2.500,00 €
▪ Augsburgener Palliativversorgung gem. GmbH	0,00 €
▪ Augsburgener Hospiz- und Palliativstiftung	0,00 €

GEFÖRDERTE PROJEKTE

Mit den Fördermitteln wurden folgende Projekte unterstützt:

1. AUGSBURGER PALLIATIVVERSORGUNG GEMEINNÜTZIGE GMBH

Die Spenden und Bußgelder, die die Augsburger Palliativversorgung gemeinnützige GmbH erhielt, wurden für folgende zwei Großprojekte eingesetzt:

a. Co-Finanzierung des Seelsorgers des Palliativteams:

Die Augsburger Palliativversorgung gemeinnützige GmbH ist das einzige Palliativteam in Deutschland, das einen Seelsorger mit 30 Wochenstunden als festes Teammitglied in seinen Reihen hat. 20 Wochenstunden stellt das Bistum Augsburg im Rahmen eines Projekts der Deutschen Bischofskonferenz, 10 Wochenstunden übernimmt die Augsburger Palliativversorgung gemeinnützige GmbH. Diese Ausgaben müssen vollständig aus Spendenmitteln finanziert werden, weil Seelsorge nicht Teil der kassenfinanzierten spezialisierten ambulanten Palliativversorgung ist.

b. Aufbau des zweiten Standorts in Schwabmünchen

Im Jahr 2013 wurde der zweite Standort in Schwabmünchen konzipiert und realisiert. Betriebsaufnahme war der 1. Januar 2014. Die Augsburger Palliativversorgung gemeinnützige GmbH musste hier in erhebliche Vorleistungen gehen, bspw. für die Büroausstattung, 2 Twingos als Fahrzeuge, Anstellen von Personal und Einarbeitung am Standort Augsburg etc. Insgesamt wurden für den Standort Schwabmünchen (inkl. Personalkosten) über 100.000 € investiert. Ohne die vielen Fördermittel hätte der Standort nicht in der Kürze der Zeit und mit der benötigten Ausstattung realisiert werden können.

2. AUGSBURGER HOSPIZ UND PALLIATIVVERSORGUNG E.V.

Die Spenden, Mitgliedsbeiträge und Bußgelder der Augsburger Hospiz- und Palliativversorgung e.V. werden für die Durchführung der Vereinstätigkeiten benötigt.

Im Jahr 2014 konnten mit diesen Mitteln die Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen, hier insbesondere die zwei Augsburger Hospiz- und Palliativgespräche und die Workshops zur SAPV im ländlichen Raum, unterstützt werden. Zusätzlich wurde der dazugehörige gemeinsame Veranstaltungskalender, der auf der Website der AHPV die Aktivitäten der Mitglieder darstellt, weiterentwickelt. Dieser Fort- und Weiterbildungskalender ist auch in gedruckter Form verfügbar und ermöglicht es allen Interessenten, sich über Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten in der Region zu informieren.

3. AUGSBURGER HOSPIZ- UND PALLIATIVSTIFTUNG

2013 war das Gründungsjahr der Augsburger Hospiz- und Palliativstiftung.

2014 war das erste echte Betriebsjahr der Stiftung. Bereits im ersten Jahr konnte der Aufbau einer Hospizgruppe im nördlichen Landkreis unterstützt werden. Weitere Projekte sind vorbereitet und werden 2015 folgen.



Geschäftsstelle Schwabmünchen

UNS HELFEN HELFEN

Wenn Sie uns helfen wollen, dass wir helfen können, dann haben wir Ihnen hier die entsprechenden Spenden- und Bußgeldkonten aufgeführt. Jede unserer drei Organisationen verbürgt sich dafür, dass die Gelder gemäß Zweckbindung und innerhalb des jeweiligen Zwecks der Gemeinnützigkeit oder Mildtätigkeit verwendet werden (siehe Seite 81).

Sollten Sie Rückfragen zu Ihrer Spende haben oder stiften wollen, bitten wir um direkte persönliche Kontaktaufnahme mit unserem Büro:

Frau Claudia Gottstein

Tel.: (0821) 455 550 – 0

Diese nimmt Ihre Anfrage gerne entgegen und sorgt für die korrekte Bearbeitung.

AUGSBURGER HOSPIZ- UND PALLIATIVVERSORGUNG E.V.

Spendenkonto:

IBAN: DE47 7205 0101 0030 1169 66

BIC: BYLADEM1AUG

Bußgeldkonto:

IBAN: DE57 7205 0101 0030 2668 45

BIC: BYLADEM1AUG

AUGSBURGER PALLIATIVVERSORGUNG GEMEINNÜTZIGE GMBH

Spendenkonto:

IBAN: DE28 7205 0000 0000 0870 80

BIC: AUGSDE 77 XXX

Bußgeldkonto:

IBAN: DE57 7205 0101 0030 2668 45

BIC: BYLADEM 1 AUG

AUGSBURGER HOSPIZ- UND PALLIATIVSTIFTUNG

Spendenkonto:

IBAN: DE52 7205 0101 0030 4166 06

BIC: BYLADEM1AUG

Bußgeldkonto:

IBAN: DE52 7205 0101 0030 4166 14

BIC: BYLADEM1AUG



WO WIR HINWOLLEN

Die Augsburger Hospiz- und Palliativversorgung, die beiden SAPV-Teams und die Stiftung entwickeln sich laufend weiter. Nachfolgend der Ausblick auf konkrete Notwendigkeiten, Entwicklungen und Pläne bis etwa 2016.

SICHERSTELLUNG DER SAPV IN STADT UND LANDKREIS AUGSBURG

Die Augsburger Palliativversorgung hat das Ziel, bis Ende 2015 die SAPV in Stadt und Landkreis Augsburg jedem Patienten anbieten zu können, der sie benötigt. Geplant ist dafür die Weiterentwicklung der beiden Standorte.

Ob ein dritter Standort notwendig werden wird, lässt sich nur in enger Abstimmung mit den Nachbarlandkreisen bestimmen.

SAPV: MITARBEITER UND PATIENTENZAHLEN

Ende 2013 wurde nach dem zentralen Team für die Stadt Augsburg das 2. Palliativteam für den südlichen Landkreis aufgebaut. Aktuell können 300 Patienten pro Jahr versorgt werden, mittelfristiges Ziel sind 500 Betreuungen.

KOOPERATIONEN

Kooperation ist einer der Grundpfeiler der AHPV, deshalb soll die Zahl der Mitglieder kontinuierlich wachsen. Für die SAPV sind für 2014 weitere Kooperationsvereinbarungen bzw. Mitgliedschaften mit folgenden Partnern angedacht:

- Krankenhäuser im Einzugsgebiet
- Ambulante Pflegedienste und Sozialstationen, die die allgemeine ambulante Palliativversorgung und die Grund- und Behandlungspflege sicherstellen
- Hospizdienste im ländlichen Raum, z.B. St. Elisabeth Hospiz Schwabmünchen, ökumenische Hospizgruppe Bobingen, Hospizgruppe Zusmarshausen, Christrose Königsbrunn

RAHMENKONZEPT FÜR HOSPIZARBEIT UND PALLIATIVVERSORGUNG

Aus der Arbeitsgruppe Allgemeine Ambulante Palliativversorgung hat sich durch einen sehr dynamischen internen Vereinsprozess das Projekt: „Erstellung eines Rahmenkonzepts für Hospizarbeit und Palliativversorgung in der Region Augsburg“ entwickelt. Es soll im Jahr 2015 die benötigte Datenbasis erstellen, welche die Grundlage für die Weiterentwicklung in der Region bilden. In dieses Projekt sollen möglichst viele Mitglieder eingebunden sein, damit das Konzept eine breite Zustimmung und Basis erhält.

STIFTUNG

Die soeben erst errichtete Stiftung soll in den nächsten Jahren bekannt gemacht werden. Ziel ist einerseits, weitere Zustiftungen zu gewinnen. Andererseits soll begonnen werden, aus dem Stiftungsertrag insbesondere solche Patienten und Projekte zu fördern, für die keine anderen Kostenträger oder Geldgeber zu finden sind.

FORT- UND WEITERBILDUNG

Das erfolgreiche Fort- und Weiterbildungsangebot soll weiterhin ausgebaut werden: Sowohl die Angebote für Pflegende als auch für die ambulante Seelsorge sollen ausgebaut werden.

FORSCHUNG

Die Evaluierung der „Sterbeorte in Augsburg 2000 – 2014“ soll in 2015 starten.

IMPRESSUM

Augsburger Hospiz- und Palliativversorgung e.V.
Augsburger Palliativversorgung gemeinnützige GmbH
Augsburger Hospiz- und Palliativstiftung

Jahresbericht 2014

Herausgeber:

Augsburger Hospiz- und Palliativversorgung e.V.
Stadtberger Str. 21
86157 Augsburg

Telefon 0821 455 550-0

E-Mail: info@ahpv.de

www.ahpv.de

Gegenstand und Umfang des Berichts

Der Bericht umfasst das Berichtsjahr 2014 für die Augsbu-
rger Hospiz- und Palliativversorgung e.V., die Augsbu-
rger Palliativversorgung gemeinnützige GmbH und die
Augsburger Hospiz- und Palliativstiftung.

Verantwortliche

1. Augsbu-
rger Hospiz- und Palliativversorgung e.V.
Vorsitzender: Dr. med. Dr. phil. Eckhard Eichner
2. Augsbu-
rger Palliativversorgung gemeinnützige GmbH
Geschäftsführer: Dr. med. Dr. phil. Eckhard Eichner,
Michael Strauß
3. Augsbu-
rger Hospiz- und Palliativstiftung
Stiftungsvorstand : Dr. med. Dr. phil. Eckhard Eichner

Redaktion und Texte: Andrea Nagl

Gestaltung/Satz/Layout: Kristin Thorau

Druck: flyeralarm GmbH, Würzburg

Bildnachweis:

Fotografie: Jost-G. Thorau, thoraufotografie

© 2015

