

Aus dem Hospiz in die Schweiz?

Online publiziert: 4. Juni 2009
© Springer-Verlag 2009

Frau T., 64-jährig, wird im Juni 2007 ins Hospiz aufgenommen. Die Anamnese bleibt lückenhaft, weil die trotz ihres schlechten Allgemeinzustands sehr selbstbestimmt auftretende Patientin entsprechenden Fragen ausweicht oder sie unbeantwortet lässt. Sie ist jedenfalls Schauspielerin von Beruf und hat mit zwei Freundinnen in einer Mittelstadt ein Tanzstudio betrieben. Sie hat eine 21-jährige Tochter, die in einem kirchlichen Krankenhaus eine Pflegeausbildung macht und von der sie gelegentlich besucht wird. Ob sie geschieden oder verwitwet ist und ob sie weitere Verwandte hat, bleibt offen.

Im Jahr 2003 ist bei ihr ein Mammakarzinom links diagnostiziert worden. Eine Operation hat sie abgelehnt, da sie ihren Körper nicht „verstümmelt“ haben will, ebenso eine Chemotherapie. Sie hat sich von ihrem Freund getrennt – der soll sie nicht krank erleben. Im Juni 2005 erleidet sie eine pathologische Oberschenkelfraktur links, es wird eine proximale Oberschenkelprothese angelegt. Im März 2007 bricht am Prothesenansatz der Oberschenkel erneut, es wird eine neue Prothese angelegt. Im Juni 2007 stürzt sie bei sich zuhause und erleidet eine Oberschenkelspiralfaktur, die osteosynthetisch durch einen Marknagel versorgt wird. Radiologisch finden sich multiple osteolytische Herde.

In diesem Zustand kommt sie ins Hospiz. Sie kann am Rollator gehen. Die linke Mamma besteht aus einem geschwürig zerfallenden Tumor, an der rechten sowie zwischen den Brüsten finden sich multiple Hautmetastasen. Sie verbindet den Tumor selbst und lehnt dabei jede Hilfestellung ab. Sie legt viel Wert auf ihr Äußeres, lässt sich regelmäßig frisieren, maniküren und pediküren, trägt gewählte Kleidung. Sie lässt sich von Besuchern Informationen über esoterische Therapieformen mitbringen, verwickelt Ärzte, Schwestern und Ehrenamtliche in lange Gespräche darüber. Sie führt lange, angesichts ihres schweren Tumorleidens grotesk wirkende Diskussionen mit den Ärzten darüber, ob sie wegen ihrer leichten Magenbeschwerden die gleichwertigen Medikamente Magaldrat oder besser Riopan bekommen solle. Sie nutzt die Ärzte für banale Gefälligkeiten aus; einer der Ärzte fühlt sich behandelt „wie ein Domestike“.

Mit der fortschreitenden Reduktion ihres Allgemeinzustands leidet sie unter der zunehmenden Abhängigkeit von anderen. Sie möchte ihr Leben „selbstbestimmt beenden“ und nimmt dazu – zunächst heimlich – Kontakt mit einer Sterbehilfeorganisation in der Schweiz auf. Dann spricht sie Hospizärzte, Pflegende und Helfer mit der Bitte an, sie bei der Reise in die Schweiz und bei ihrem Sterben zu begleiten. Bis auf eine ehrenamtliche Mitarbeiterin,

die im Hospiz als besonders verlässlich und vertrauenswürdig gilt, lehnen alle ab. Diese eine gibt ihr das gewünschte Versprechen. Sie selbst ebenso wie das Team des Hospizes gehen dabei davon aus, dass sie nach dieser Aktion nicht mehr im Hospiz wird mitarbeiten können.

Im September 2007 ist der Brusttumor pampelmusengroß. Wegen ihrer körperlichen Schwäche lässt sich Frau T. jetzt von den Pflegenden verbinden, verhält sich aber noch immer bestimmend und ausnutzend. Sie hat die Reise in die Schweiz für den 8. Oktober organisiert. Dieser Zeitpunkt liegt zwei Tage nach dem Termin, an dem ihre Tochter das Krankenpflegeexamen machen wird. Sie erzählt jedem in allen Einzelheiten, wie die Reise mit den nötigen Verbandswechseln und Unterkünften und der Sterbehilfeorganisation ablaufen wird.

Anfang Oktober ist sie kachektisch und so schwach, dass sie nicht mehr aufstehen kann, zeitweise ist sie teilnahmslos. Die Reise ist unmöglich geworden. Sie stirbt am 9. Oktober im Hospiz.

Im Team herrscht große Erleichterung darüber, dass die von allen geschätzte Ehrenamtliche, die der Patientin das Versprechen gegeben hat, nun im Hospiz weiterarbeiten kann.

Kommentar I zum Fall „Aus dem Hospiz in die Schweiz?“

Regine Bölter

Online publiziert: 6. Juni 2009
© Springer-Verlag 2009

Ich lese von Ablehnung der „verstümmelnden“ Operation und gleichzeitig lese ich über einen zerstörerischen Tumor, der „Knochen bricht“ und die Brust „entstellt“. Ich lese von einer Frau, die Wert auf ihre Erscheinung legt und nur in aller Mühe den Tumor verstecken kann.

Frau T. lehnt Therapien ab, plant ihren „selbstgewählten“ Tod und behält gleichzeitig die Hoffnung auf übernatürliche Heilung.

Wie schmerzhaft uns Individualisten die Herausforderung durch Krankheit und Tod trifft, wird in der Schilderung des Lebensendes der 64-jährigen Frau T. deutlich.

Individuell, selbstbestimmt, selbstgeplant, frei, unabhängig, flexibel sind wir, sollen wir sein, so erwartet es die Gesellschaft oder wir erwarten es von uns. Wir inszenieren uns selbst und schlüpfen in unterschiedliche Rollen. Moderne Menschen sind selbst verantwortlich für die Gestaltung und das Gelingen des Lebens.

Widersinnige Gespräche über unwichtige Therapien lenken von der Tragweite der Tumorerkrankung ab. Die Ambivalenz von Frau T. wird in der Todesplanung und der Sehnsucht nach Heilung besonders deutlich. Dieser Widerspruch macht die Begleitenden ärgerlich und ohnmächtig. Als Begleitende von sterbenskranken Patienten sehnen wir uns nach Eindeutigkeit – nach ja oder nein, nach richtig oder falsch. Diese Ambivalenz in einem „sowohl als auch“ auszuhalten – gelten zu lassen, nicht aufzulösen – ist eine schwere, möglicherweise lebenslange Aufgabe.

Mit Frauen, die an einem Mammakarzinom erkrankt sind, über ihre ambivalenten Gefühle ins Gespräch zu kommen, ist ein Anliegen, welches in der psychoonkologischen Begleitung dieser Patientinnen aufgegriffen werden sollte. Ein solches Therapieangebot stellt eine Chance dar, die Krankheits- sowie Lebensvorstellungen der Patientinnen und die Vorstellungen der Behandlung durch die Therapeuten nebeneinander stellen zu können.

R. Bölter (✉)

Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Heidelberg,
Vossstraße 2, 69115 Heidelberg, Deutschland
E-Mail: regine.boelter@med.uni-heidelberg.de

Eine psychoonkologische Begleitung wird im konkreten Fall von Frau T. nicht angesprochen. Wurde sie Frau T. angeboten und von ihr abgelehnt?

Eine maligne Erkrankung ist immer eine Lebenskrise. Die dargestellte Ablehnung der Therapie durch Frau T. zeigt mir noch kein selbstbestimmtes Handeln. Das Angebot professioneller Hilfe hätte vielleicht für Frau T. eine Hilfestellung darstellen können, um sich mit ihrer Wut und Trauer in einem geschützten Raum auseinandersetzen zu können.

Der Wunsch der Begleitenden, die Entscheidung von Frau T. gegen eine Operation besser nachvollziehen und sie wirklich als selbstbestimmt wahrnehmen zu können und nicht als Verleugnung der Erkrankung, kann auch als Ziel einer solchen psychoonkologischen Begleitung angesehen werden. Ihre scheinbare Selbständigkeit ist gerade in einem Umfeld, das dazu neigt, den Respekt vor der Autonomie absolut zu setzen, vielleicht sogar gefährlich. Darf ich an einer Entscheidung eines Menschen Zweifel üben – meine Ansicht daneben stellen? Meiner Ansicht nach können wir unsere Verantwortung als Begleitende, egal ob als Ärztin, Pflegende oder Hospizmitarbeiterin, nicht an die „Selbstbestimmung“ abgeben. Die Verantwortung eines jeden Einzelnen, Position zu beziehen, bleibt. In dieser Hinsicht kann es auch unterschiedliche Meinungen und Ansichten über die geplante Operation bzw. über das Belassen und „Hinwegsehen“ des entstellenden, exulzierenden Mammakarzinoms geben.

Die Wut der Helfenden über die Art und Weise, wie Frau T. mit ihnen umgeht, spiegelt die Gefühle der Patientin wider. In einer solchen Situation eigene Grenzen durch die Begleitenden zu setzen, eröffnet auch dem Kranken die Möglichkeit einer erwachsenen, partnerschaftlichen Begegnung.

Krankheit ist eine Kränkung, die all das Selbstbestimmte in Frage stellt. Schicksal und Tragik des Lebens sind fremd gewordene Begriffe. Krankheit verdeutlicht hier erneut die Brüchigkeit der Existenz, die Spannung zwischen Wollen und Können, zwischen Autonomie und Fremdbestimmung, zwischen Freiheit und Zwang.

Als Frage in dem beschriebenen Fall von Frau T. ist zu erkennen und herauszustellen, ob schon das Planen des eigenen Todes hilft, den Eindruck aufrechtzuerhalten nicht ausgeliefert zu sein – weiter handeln zu können, dem fremdbestimmten Tod durch die „freie“ Selbsttötung zuvorzukommen. In dem Fall von Frau T. ist es nicht klar, ob der selbst gewählte Tod ein Zeichen des freien Willens, der Kontrolle oder der Selbstbestimmung ist.

Wie für Frau T. gilt es für alle Menschen, dass Schwäche zuzulassen kaum mehr möglich ist, wenn dies im bisherigen Leben nicht gelernt wurde. Am Lebensende neue Verhaltensmuster zu lernen, bleibt schwer. Die Auseinandersetzung mit Schicksal, Bedürftigkeiten, Hilfsbedürftigkeit müssen wir alle schon vorher lernen. Es ist schwer sich einzugestehen, fremde Unterstützung zu benötigen.

Aus dem Text über das Leben von Frau T. sind Einsamkeit und gleichzeitig Sehnsucht nach Gemeinschaft zu erkennen. Der Wunsch, nicht alleine zu sterben, ist sehr verständlich. Die Ablehnung der meisten Hospizmitarbeiter, mit in die Schweiz zu fahren, ist gut nachzuvollziehen. Bei aller Mühe und Fürsorge – den letzten Schritt werden wir alle alleine gehen müssen – ob selbstbestimmt oder doch fremdbestimmt (vom Leben?). Jeder Begleiter am Lebensende hat daher aus meiner Sicht das Recht, nur so weit mitzugehen, wie er es kann. Hier gibt es meines Erachtens ebenfalls kein moralisches Richtig oder Falsch. Selbst rechtliche Eindeutigkeit kann hier die Spannung nicht auflösen.

Angesichts des Falles von Frau T. wäre mein Wunsch, dass wir uns mehr mit unseren Ambivalenzen auseinandersetzen, ohne sie gleich auflösen zu wollen. „Sowohl als auch“ neben „entweder oder“ zu stellen, um dann vermeintlich Unvereinbares nebeneinander gelten lassen zu können, ist ein Ziel in der Begleitung sterbender Patienten. Ich wünsche mir ein gesellschaftliches Umfeld, in dem wir Hilfe annehmen können und gleichzeitig Unab-

hängigkeit fördern. Dann gilt es, Selbstbestimmung nicht gegen Fremdbestimmung aufzuwiegen, keines von beiden absolut setzen zu müssen und die Spannung zwischen Respekt vor der Autonomie und dem Patientenwillen sowie der Fürsorge auszuhalten.

Kommentar II zum Fall „Aus dem Hospiz in die Schweiz?“

Bärbel Schönhof

Online publiziert: 6. Juni 2009
© Springer-Verlag 2009

Der Fall gliedert sich in drei Komplexe:

1. Vorgeschichte und Entscheidung der Patientin, die Behandlung des Mammakarzinoms abzulehnen.
2. Aufenthalt im Hospiz und weitere Verweigerung der Behandlung durch die Patientin.
3. Bitte der Patientin um Begleitung beim Suizid und Verhalten der Hospiz-Mitarbeiterin in Bezug auf diese Bitte der Patientin.

Im ersten Komplex, vor Aufnahme in das Hospiz, ist die Ablehnung der Behandlung des Mammakarzinoms durch Operation und Chemotherapie rechtlich relevant. Die Patientin lehnt eine Behandlung ab, die medizinisch sinnvoll und notwendig wäre. Hier stellt sich die Frage, ob die Patientin die Behandlung ablehnen durfte und ob die Ärzte nicht hätten behandeln müssen.

Die Ablehnung der Behandlung erfolgte in Ausübung des Selbstbestimmungsrechtes der Patientin.

Das Grundgesetz schützt in Art. 2 den Patienten vor Fremdbestimmung gegen den eigenen geäußerten und mutmaßlichen Willen. Es schützt in Art. 2 aber auch den Lebenswilligen vor Tötung und begründet die Pflicht zu seiner Versorgung, Hilfe und Behandlung, wenn dies dem Patientenwillen entspricht. Das bedeutet: Es gibt ein Recht auf Leben, aber keine Pflicht zu leben (BverfG v. 25.7.1979, in BverfGE 53, S. 131 ff.). Das Recht auf Selbstbestimmung beinhaltet daher auch das Recht, sein eigenes Leben zu beenden, sei es durch Suizid oder durch Verweigerung zustandsverlängernder Maßnahmen. Deshalb findet auch die stadesrechtliche Pflicht des Arztes, Leben zu erhalten, ihre Grenze im entgegenstehenden Patientenwillen. Der Bundesgerichtshof hat die besondere Verantwortung der Ärztinnen und Ärzte schon vor geraumer Zeit deutlich gemacht: „Maßnahmen zur Lebensverlängerung sind nicht schon deshalb unerlässlich, weil sie technisch möglich sind. Angesichts des bisherige Grenzen überschreitenden Fortschritts medizinischer Technologie bestimmt nicht die Effizienz der Apparatur, sondern die an der Achtung des Lebens und der Menschenwürde

B. Schönhof (✉)
Frielinghausstr. 8, 44803 Bochum, Deutschland
E-Mail: info@kanzlei-schoenhof.de

ausgerichtete Einzelfallentscheidung die Grenze ärztlicher Behandlungspflicht“ (BGH v. 4.7.1984 in BGHSt 32, S. 367).

Dies bedeutet zweierlei: Der Patient muss durch den Arzt in ausreichender Weise über eine geplante Behandlung mit Risiken und Alternativen aufgeklärt worden sein. Auf der Basis dieser Aufklärung muss der Patient in die Lage versetzt worden sein, eine entsprechende Entscheidung für oder gegen die geplante Behandlung zu treffen (sog. informed consent). Soweit der Patient auf dieser Basis eine Entscheidung gegen eine Behandlung trifft, ist diese Entscheidung zwingend zu akzeptieren.

Dies bedeutet, dass der Arzt vor Beginn der Behandlung zunächst einmal den Willen des Patienten festzustellen hat. Soweit der Patient ansprechbar ist und seinen Willen klar äußern kann, hat der Arzt nach diesem Willen zu verfahren. Hierbei kommt es nicht darauf an, ob die Entscheidung des Patienten aus medizinischer Sicht vernünftig oder unvernünftig ist. Hierzu hat der Bundesgerichtshof entschieden, dass die Wahrung der persönlichen Entscheidungsfreiheit des Patienten nicht durch das begrenzt werden darf, was aus ärztlicher oder objektiver Sicht erforderlich oder sinnvoll wäre (BGH v. 18.3.2003 – Az: VI ZR 266/02 in MedR 2003, S. 685). Behandelt der Arzt gegen den Willen des Patienten, macht er sich der Körperverletzung gem. § 223 StGB strafbar.

Soweit also die Patientin T. durch die behandelnden Ärzte, die eine Operation und eine Chemotherapie vornehmen wollten, über die medizinische Notwendigkeit der Behandlung, über die Risiken und Nebenwirkungen sowie über die Gefahr bei einer Nichtbehandlung aufgeklärt wurde und diese ihre Entscheidung auf dieser Basis getroffen hat, ist dem Willen der Patientin Rechnung zu tragen. Eine Behandlung gegen ihren ausdrücklichen Willen darf nicht vorgenommen werden, auch wenn die Erkrankung fortschreitet und sich dadurch in den Knochen Metastasen bilden.

Die Legitimation ärztlichen Handelns kann nur vom willensfähigen Patienten kommen. Die Frage der Willensfähigkeit ist im zweiten und dritten Komplex des Falles rechtlich relevant.

Einwilligungsfähig ist ein Patient, der Art, Wesen, Bedeutung und Tragweite der Behandlung nach entsprechender ärztlicher Aufklärung und Beratung zu erfassen und seinen Willen danach zu bestimmen vermag (BGH Urteil v. 13.5.1969 – Az: 2 stR 16/68 – in BGHSt 23, 1 ff.).

Die Fallschilderung lässt keinen klaren Schluss darüber zu, ob die Patientin T. während des gesamten Aufenthaltes im Hospiz durchgehend einwilligungsfähig ist. Die Tatsache, dass die Patientin zunächst den Tumor selbst verbindet, dabei Hilfe ablehnt, Wert auf eine dennoch gepflegte Erscheinung legt und sich Informationen über „alternative“ Therapieformen von Besuchern mitbringen lässt, lässt vermuten, dass sie zu diesem Zeitpunkt noch in der Lage war, die Tragweite ihrer Entscheidung zu erkennen und dennoch sich gegen eine weitere Behandlung und gegen Hilfe von Ärzten und Pflegepersonal entscheidet. Diese Entscheidung ist als Ausdruck ihres Selbstbestimmungsrechtes zu akzeptieren.

Die fortschreitende Erkrankung führt zu einer zunehmenden Hilfebedürftigkeit, so dass die Patientin T. nunmehr auch die Hilfe der Pflegenden annimmt. Soweit zu diesem Zeitpunkt nicht mehr von einer Einwilligungsfähigkeit der Patientin ausgegangen werden kann, wäre zur Legitimation einer nunmehr einsetzenden Behandlung die Frage zu stellen, wer stellvertretend für die Patientin in die Behandlung einwilligen könnte. Die Patientin T. hat eine 21-jährige Tochter, die in pflegerischem Beruf tätig ist. Allein aufgrund des verwandtschaftlichen Verhältnisses ist die Tochter jedoch nicht befugt, stellvertretend für die Patientin zu entscheiden. Hierzu bedürfte es einer Vollmacht, die hier aber offenkundig nicht existiert. So bliebe lediglich die Bestellung eines rechtlichen Betreuers, der eine Entscheidung über die künftige Versorgung und Behandlung der Patientin zu treffen hätte. Jedoch hat auch ein

rechtlicher Betreuer gem. § 1901 II BGB die Wünsche der Betreuten zu beachten, soweit sie deren Wohl nicht zuwider laufen. Die Patientin hat in der Zeit ihres Aufenthaltes im Hospiz ihren klaren Willen gegen eine Behandlung zum Ausdruck gebracht, was auch von einem Betreuer zu berücksichtigen wäre. Hier könnte allenfalls darüber nachgedacht werden, der Patientin zur Linderung von Schmerzen medizinische Hilfe zuteil werden zu lassen.

Soweit die Patientin Kontakt zu einer Sterbehilfeorganisation in der Schweiz aufnimmt und der ehrenamtlichen Mitarbeiterin das Versprechen abnimmt, sie bei der Reise und auch beim Sterben zu begleiten, besteht sowohl bei der Patientin als auch der ehrenamtlichen Mitarbeiterin keinerlei strafbare Handlung, da sowohl ein Suizid als auch die Beihilfe zum Suizid nicht strafbar sind. Das Verhalten der ehrenamtlichen Mitarbeiterin kann jedoch gegen die ethischen Grundsätze des Hospizes verstoßen, so dass eine weitere Mitarbeit problematisch sein dürfte.