

Verhinderung des Todes um jeden Preis? Ärztliches Ethos und Zwangsernährung

Christian Kind

Schweizer Ärzte im Kampf gegen das Bundesgericht

Unter diesem Titel berichtete die *Neue Zürcher Zeitung* über die Reaktion der Ärzteschaft auf das Urteil des Schweizerischen Bundesgerichts vom 26.8.2010 im Fall Rappaz.¹ Tatsächlich brachte die *Schweizerische Ärztezeitung* vom 29.9.2010 mehrere Artikel die sich sehr kritisch mit diesem Urteil auseinandersetzten. Insbesondere wurde in einer Deklaration, die von den Spitzen der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH, des Berufsverbandes der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK, der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW und weiterer Organisationen sowie von Dutzenden prominenter Persönlichkeiten aus dem medizinischen Umfeld unterzeichnet worden war, festgehalten, dass das Urteil den Grundsätzen der medizinischen Ethik völlig widerspreche.²

Die ärztliche Kritik richtete sich allerdings nicht gegen den eigentlichen Inhalt des Urteils, das die gesundheitliche Beeinträchtigung des Hanfbauern Bernard Rappaz aufgrund seines Hungerstreiks nicht als Grund für eine Unterbrechung seiner Strafe gelten liess, sondern gegen ein *obiter dictum*, in dem das Bundesgericht festhielt, dass die Gesundheitsgefährdung durch den Hungerstreik auch durch eine behördlich angeordnete Zwangs-

1 Urteil des Schweizerischen Bundesgerichts, BGE 136 IV 97, 29.12.2011, <http://www.bger.ch/index/jurisdiction/jurisdiction-inherit-template/jurisdiction-recht/jurisdiction-recht-leitentscheide1954-direct.htm>.

2 De Haller, Jacques u.a. »Hungerstreik im Gefängnis«, Schweizerische Ärztezeitung Jg. 91, H. 39 (2010), S. 1518–1520.

ernährung abgewendet werden könne. Eine Zwangsernährung sei in dieser Situation gerechtfertigt, da ein Konflikt zwischen dem Recht auf körperliche Integrität des Individuums einerseits und der Pflicht Gesundheit und Leben zu bewahren andererseits bestehe.³

Dieser Konflikt gehört aber zu den Grundgegebenheiten der Medizin, da einerseits die Bewahrung von Gesundheit und Leben zu deren Kernaufgaben gehört und andererseits sehr viele medizinische Massnahmen einen mehr oder minder grossen Eingriff in die körperliche Integrität des Patienten bedeuten. Aus gutem Grund wird deshalb die Zulässigkeit medizinischer Eingriffe grundsätzlich von der Einwilligung des aufgeklärten Patienten abhängig gemacht. Ausgenommen von dieser Regel sind nur Situationen in denen ein Patient bei erwiesener Urteilsunfähigkeit keine gültige Einwilligung geben kann.

Natürlich darf und soll der Arzt mit Hilfe seiner Überzeugungskraft versuchen, einen Patienten davon abzuhalten, seine Gesundheit selbst zu schädigen und sein Leben zu gefährden. Er hat jedoch keine Befugnis, sich über den Willen des urteilsfähigen Patienten hinwegzusetzen. Dies gilt auch, wenn das selbstgefährdende Verhalten für den Arzt und die meisten Aussenstehenden unvernünftig erscheint. So muss die Verweigerung einer lebensrettenden Bluttransfusion aus religiösen Gründen bei einem urteilsfähigen Patienten respektiert werden. Es ist auch nicht vorstellbar, dass eine Person in Freiheit einer Zwangsernährung unterzogen wird, die aus politischen Gründen einen Hungerstreik durchführt, wie seinerzeit Bruno Manser, der seiner Forderung zum Schutz des Regenwaldes den Import von Tropenholz zu stoppen, mit einem gesundheitsgefährdenden Hungerstreik Nachdruck verlieh.⁴

Zwangsernährung in der Medizin

Gemäss diesen Prinzipien haben sich auch Konzepte und Praxis der Zwangsernährung in der Medizin entwickelt. Diese wird nur bei urteilsunfähigen Patienten und auch dort nur als *ultima ratio* eingesetzt. Patienten, die aufgrund einer psychischen Erkrankung, insbesondere Anorexia nervosa, die Nahrungsaufnahme verweigern, können durch eine gezielt

³ BGE 136 IV 97 [wie Anm. 1], Abschnitt 6.1.1.

⁴ Suter, Ruedi, *Bruno Manser, die Stimme des Waldes*, Bern 2005.

eingesetzte Zwangsbehandlung vor Lebensgefährdung und dauerndem Gesundheitsschaden bewahrt werden.⁵ Dabei beschränkt sich der Zwang aber in den allermeisten Fällen auf die Freiheitseinschränkung durch eine Hospitalisation und bezieht nur sehr selten den eigentlichen Akt der Nahrungszufuhr mit ein. Jugendliche und junge Erwachsene, die eine freiwillige Behandlung ihrer Anorexie verweigern, können über eine fürsorgliche Freiheitsentziehung in einem stationären Behandlungsrahmen innert nützlicher Frist wieder zur Gewichtszunahme in einen nicht mehr akut gesundheitsgefährdenden Bereich gebracht werden. Durch die Beendigung des schweren Hungerzustands und das therapeutische Erleben während der Hospitalisation wird eine anschließende Weiterführung der Behandlung auf freiwilliger Basis erleichtert und der Weg zu einer Remission der Krankheit geöffnet.

Während der Zwangshospitalisation kommen in erster Linie verhaltenstherapeutische Massnahmen mit vertraglich festgelegten Behandlungszielen und Bedingungen für die Nahrungsaufnahme und Bewegungsrestriktion zur Anwendung. Falls die Nahrungsaufnahme auf natürlichem Wege nicht gelingt, wird eine künstliche Ernährung primär auf Einwilligungsbasis angestrebt. Dabei werden nasogastrische oder nasojejunale, seltener durch perkutane Gastrostomie eingelegte Ernährungs sonden verwendet. Die grundsätzlich auch mögliche, parenterale Ernährung kommt wegen der erhöhten Komplikationsgefahr und auch aus praktischen Gründen kaum zum Einsatz. Eine antidepressive oder sedierende Medikation kann zur Unterstützung hilfreich sein. Wenn keine Einwilligung zur künstlichen Ernährung erreicht werden kann, wird mindestens eine passive Duldung angestrebt. Der Einsatz von physischer Gewalt wird, wo immer möglich, vermieden. Die Respektierung der Würde der Patientin und der möglichst weitgehende Schutz ihrer stark gefährdeten Selbstachtung sind unerlässliche Voraussetzungen für einen Therapieerfolg. Sobald sie nicht mehr notwendig sind, müssen Zwangsmassnahmen sukzessive wieder abgebaut werden.

Die Behandlung eines schweren Hungerzustandes ist, insbesondere unter Zwangsbedingungen, mit erheblichen medizinischen Risiken verbunden. Jede rasche Beseitigung eines Zustands lebensbedrohlicher Unterernährung kann schwerwiegende Störungen des Mineral- und Vitaminhaushalts mit sich bringen, die unter dem Begriff des *Refeedingsyndroms* zu-

⁵ Thiels, Cornelia, »Forced treatment of patients with anorexia«, *Current Opinion in Psychiatry*, Jg. 21, H. 5 (2008), S. 495-498.

sammengefasst werden.⁶ Die Durchführung einer solchen Behandlung ist deshalb nur unter Bedingungen möglich, unter denen diese potentiell lebensbedrohlichen Störungen durch adäquate Überwachung antizipiert und durch entsprechende Steuerung der Behandlung vermieden beziehungsweise korrigiert werden können. Die Anwendung von physischer Gewalt bringt darüber hinaus noch zusätzliche Risiken mit sich. Neben der Gefahr von Verletzungen durch aktive Gegenwehr muss auch mit der Möglichkeit der Aspiration von Erbrochenem beim zwangsweisen Einführen einer Magensonde oder eines plötzlichen Herzstillstandes aufgrund vegetativer Reaktionen bei gleichzeitig vorliegender Elektrolytverschiebung gerechnet werden.

Medizinische Behandlung im Gefängnis

Die ärztlichen Kritiker des Bundesgerichtsurteils im Fall Rappaz gehen davon aus, dass die allgemeinen Regeln für eine medizinische Zwangsernährung auch für Gefangene zu gelten haben:

»Die ärztliche Haltung gegenüber Gefangenen darf sich von derjenigen gegenüber Personen in Freiheit nicht unterscheiden; erst recht nicht in solchen Ausnahmesituationen.«⁷

Dabei berufen sie sich unter anderem auf die entsprechenden Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW, in denen das für die Gefängnismedizin wichtige Äquivalenzprinzip folgendermassen formuliert ist:

»5. Gleichwertigkeit der Behandlung: Die inhaftierte Person hat Anrecht auf eine Behandlung, die medizinisch jener der Allgemeinbevölkerung gleichwertig ist.«⁸

Aufgrund des ärztlichen Ethos besteht somit kein Anlass, das Selbstbestimmungsrecht eines inhaftierten Patienten weniger zu achten als dasjenige jeder anderen Person. Eine medizinische Behandlung ohne Einwilli-

6 Khan, L.U.R. u.a. »Refeeding Syndrome: a literature review«, *Gastroenterology Research and Practice*, Jg. 2011 (2011), Artikel ID 410971, 6 Seiten, Epub 2010 Aug 25.

7 De Haller, Jacques u.a. »Hungerstreik im Gefängnis« [wie Anm. 2], S. 1518.

8 Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, *Ausübung der ärztlichen Tätigkeit bei inhaftierten Personen. Medizinisch-ethische Richtlinien der SAMW*, 30.12.2011, <http://samw.ch/de/Ethik/Richtlinien/Aktuell-gueltige-Richtlinien.html>, Abschnitt 5.

gung des Patienten ist auch unter Haftbedingungen nicht zulässig. Dass diese Auffassung mit dem geltenden Recht übereinstimmt, hat eine Analyse von Sprumont und Corpataux gezeigt.⁹ Trotzdem hat das Bundesgericht die Meinung geäußert, dass die zuständigen Ärzte die Durchführung einer Zwangsernährung auf Anordnung der kantonalen Behörden nicht verweigern könnten, wenn die rechtlichen Bedingungen dafür gegeben wären.¹⁰ Daraus ergibt sich die Frage, welcher Art diese Bedingungen denn sein müssten. Das Bundesgericht schlägt vor, dass eine Zwangsernährung keine unverhältnismässige Massnahme sei, wenn sie in würdiger Weise und in Beachtung der Regeln der ärztlichen Kunst erfolgen würde.¹¹ Was sagen die Regeln der ärztlichen Kunst zur Durchführung einer Zwangsernährung bei inhaftierten Personen im Hungerstreik?

Zwangsernährung bei Hungerstreik

Die Diskussion um die Zwangsernährung von Inhaftierten im Hungerstreik lässt oft eine klare Begriffsdefinition vermissen, so dass unklar bleibt, welche Form der Behandlung in welcher klinischen Situation genau gemeint ist. Es scheint mir sinnvoll, die Anwendung einer wie auch immer gearteten künstlichen Ernährung bei einer inhaftierten Person im Hungerstreik aufgrund der folgenden drei Kriterien zu klassifizieren:

- Hat die Verweigerung der Nahrungsaufnahme bereits zu einer unmittelbar drohenden Gefahr des Todes oder der bleibenden Gesundheitsschädigung geführt oder kann ohne medizinische Bedenken zugewartet werden?
- Verweigert die inhaftierte Person die Nahrungsaufnahme aus freiem Willen, nach vollständiger Aufklärung über die medizinischen Folgen und im Besitze ihrer Urteilsfähigkeit und ist auch nicht bereit eine künstliche Ernährung passiv zu dulden, oder bestehen Hinweise auf äusseren Druck zur Aufrechterhaltung des Hungerstreiks, auf eine vor-

⁹ Sprumont Dominique/Corpataux Vincent, »Traitement forcé en prison: analyse juridique d'un dérapage des autorités«, in Olivier Guillod/Dominique Sprumont (Hg.) *Rapports entre médecins et autorités: indépendance ou collaboration? 18^{ème} Journée de droit de la santé*, Editions Weblaw, Bern 2011, S. 111-138.

¹⁰ BGE 136 IV 97 [wie Anm. 1], Abschnitt 6.2.2.

¹¹ BGE 136 IV 97 [wie Anm. 1], Abschnitt 6.3.3.

bestehende oder im Laufe des Hungerstreiks erworbene Beeinträchtigung der Urteilsfähigkeit oder auf die unterschwellige Bereitschaft zur Duldung der künstlichen Ernährung?

- Liegt eine Patientenverfügung vor, die im Zustand der Urteilsfähigkeit, nach umfassender Aufklärung und ohne äusseren Druck zustande gekommen ist, oder bestehen berechnigte Zweifel über den Willen des urteilsunfähig gewordenen Patienten?

In Anwendung dieser Kriterien lassen sich vier typische Situationen unterscheiden:

1. Es liegt keine unmittelbar lebensbedrohliche Situation vor, die inhaftierte Person ist urteilsfähig und lehnt die Nahrungsaufnahme ab.
2. Eine Fortsetzung des Hungerstreiks bedeutet Lebensgefahr, die inhaftierte Person ist urteilsfähig und lehnt Nahrungsaufnahme oder künstliche Ernährung aktiv ab.
3. Eine Fortsetzung des Hungerstreiks bedeutet Lebensgefahr, die inhaftierte Person ist urteilsunfähig geworden, hat aber in einer gültigen Patientenverfügung die Ablehnung jeder künstlichen Ernährung dokumentiert.
4. Eine Fortsetzung des Hungerstreiks bedeutet Lebensgefahr, die inhaftierte Person ist urteilsunfähig und es liegt keine sichere Willensbekundung bezüglich Ablehnung einer künstlichen Ernährung vor.

Gemäss den Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften¹² wie auch aufgrund der Deklaration von Malta der World Medical Association¹³ muss in den Situationen eins bis drei der Wille des Patienten respektiert und auf eine Zwangsernährung verzichtet werden. Eine Zwangsernährung in Situation eins, also ohne unmittelbar bestehende Gesundheitsgefährdung, wurde vom Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte als nicht vereinbar mit dem Verbot der unmenschlichen und

12 Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, *Ausübung der ärztlichen Tätigkeit bei inhaftierten Personen. Medizinisch-ethische Richtlinien der SAMW*, [wie Anm. 8], Abschnitt 9.

13 World Medical Association, *WMA Declaration of Malta on hunger strikers*, 1991, revised Marbella 1992, revised Pilanesberg 2006 29.12.2011, <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/h31/index.html>.

entwürdigenden Behandlung in der Europäischen Menschenrechtskonvention bezeichnet.¹⁴

In Situation vier ist eine künstliche Ernährung medizinisch klar indiziert, kann aber praktisch immer ohne Zwang erfolgen. Somit lassen die medizinethischen Regeln eine Zwangsernährung bei Hungerstreik ohne zugrundeliegende psychische Erkrankung grundsätzlich nicht zu.

Der Arzt im Dilemma

Der Genfer Gefängnisarzt, der aufgrund des Bundesgerichtsurteils im Fall Rappaz von der kantonalen Behörde die Weisung erhalten hatte, eine Zwangsernährung durchzuführen fand sich einem doppelten Dilemma gegenüber. Einerseits wurde ihm von einer nichtärztlichen Instanz die Anwendung einer medizinischen Massnahme befohlen. Dies widerspricht dem Berufsethos beziehungsweise den Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften, die klar festhalten:

»Unabhängig von den Anstellungsverhältnissen (Beamten- oder Angestelltenstatus oder Privatvertrag), muss sich der Arzt gegenüber den polizeilichen oder den Strafvollzugsbehörden stets auf volle Unabhängigkeit berufen können. Seine klinischen Entscheidungen sowie alle anderen Einschätzungen des Gesundheitszustands von inhaftierten Personen stützen sich ausschliesslich auf rein medizinische Kriterien.«¹⁵

Andererseits wurde von ihm aufgrund des Bundesgerichtsurteils erwartet, dass er die Zwangsernährung nach den Regeln der ärztlichen Kunst durchführe, was einem Widerspruch in sich selbst zu entsprechen scheint, da die medizinethischen Regeln, wie im vorhergehenden Kapitel gezeigt, eine Zwangsernährung bei Hungerstreik im allgemeinen nicht zulassen. Das erste Dilemma lässt zur Lösung eine Berufung auf die ärztliche Gewissensfreiheit zu, das zweite wirft dagegen grundsätzliche Fragen auf.

14 European Court of Human Rights, *Case of NEVMERZHITSKY v. UKRAINE*, Application no. 54825/00, 29.12.2011, <http://www.echr.coe.int/ECHR/EN/Header/Case-Law/Decisions+and+judgments/HUDOC+database/>

15 Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, *Ausübung der ärztlichen Tätigkeit bei inhaftierten Personen. Medizinisch-ethische Richtlinien der SAMW*, 30.12.2011, <http://samw.ch/de/Ethik/Richtlinien/Aktuell-gueltige-Richtlinien.html>, Abschnitt 12.1.

Ärztliche Kunst ohne ärztliches Ethos?

Wenn die bundesgerichtliche Meinung, dass ein Arzt auf behördliche Anweisung eine Zwangsernährung nach den Regeln der ärztlichen Kunst durchzuführen habe, auch wenn dies den in der Standesordnung verankerten medizinethischen Grundsätzen widerspreche, ernst genommen werden sollte, müsste man davon ausgehen, dass medizin-ethische Richtlinien nicht zu den integralen Bestandteilen der ärztlichen Kunst gehören. Tatsächlich könnte man ärztliche Kunst im antiken Wortsinn der *techné* als ein rein technisches Vorgehen verstehen, dessen Motivation und Ziele auch anders als am Wohl und Willen des Patienten orientiert sein könnten. Dies hätte allerdings sehr schwerwiegende Folgen für das Arztbild sowohl innerhalb wie ausserhalb der Profession. Ein medizinischer Techniker, der seine Verantwortlichkeit auf die wissenschaftlichen und technischen Aspekte seiner Tätigkeit beschränkt und die ethische Normierung ausserstehenden Auftraggebern überlässt, könnte kaum das nötige Vertrauen seiner Patienten erlangen, insbesondere, wenn es sich dabei um besonders vulnerable Menschen handelt, wie Gefangene oder Ausschaffungshäftlinge, aber auch Menschen am Lebensende oder mit Behinderungen. Der direkte Versuch der Steuerung des ärztlichen Ethos durch die Staatsgewalt mag unter Schweizer Verhältnissen noch relativ harmlos erscheinen, hat aber im internationalen Kontext weit bedrohlichere Konnotationen. Die Mitwirkung von Ärzten bei Folter, Todesstrafe, Vollstreckung archaischer Strafurteile oder psychiatrischer Ruhigstellung von Dissidenten sind Beispiele, die zeigen, dass die Selbstbestimmung über professionelle ethische Normen für die Aufrechterhaltung der Vertrauenswürdigkeit einer Profession unerlässlich ist.¹⁶

Schlussfolgerungen

Die Auseinandersetzung mit dem Bundesgerichtsurteil im Fall Rappaz hat der Ärzteschaft gezeigt, dass die wichtigen gefängnismedizinischen Prinzipien der Gleichwertigkeit der medizinischen Behandlung und der Unab-

¹⁶ Luban, David, »Torture and the professions«, *Criminal Justice Ethics*, Jg. 2007 H. Summer/Fall (2008) S. 58-65, 30.12.2011, <http://scholarship.law.georgetown.edu/facpub/393/>.

hängigkeit der ärztlichen Entscheidung über das medizinische Vorgehen bei Behörden und Öffentlichkeit zu wenig bekannt und akzeptiert sind. Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften bemüht sich zur Zeit darum, Wege zu einer Verbesserung dieser Situation aufzuzeigen.

Die vorliegende Analyse unterstreicht die Tatsache, dass medizinethische Normen unverzichtbarer Bestandteil der professionellen Integrität des Arztes sind. Diese wiederum ist unerlässliche Voraussetzung für seine Vertrauenswürdigkeit beim Patienten, die ihrerseits allein erlaubt, dass der Patient die für eine gelingende medizinische Behandlung notwendigen physischen, psychischen und sozialen Grenzüberschreitungen zulassen kann.

Damit professionelle Normen authentisch gelebt werden können, müssen sie von der Ärzteschaft selbst gesetzt, verantwortet und verteidigt werden. Dies bedeutet allerdings nicht, dass solche Normen völlig autonom, isoliert und unwandelbar von der Ärzteschaft festgelegt werden könnten. Sie sind vielmehr im intensiven Dialog mit allen interessierten Kreisen an sich wandelnde Bedürfnisse anzupassen und weiter zu entwickeln.