

Hungerstreiks in Haftanstalten: medizinische Versorgung und ethische Herausforderungen

Hans Wolff, Laurent Gétaz

Unité de Médecine Pénitentiaire (UMP), Service de Médecine de Premier Recours, Département de Médecine Communautaire, de Premier Recours et des Urgences, HUG, Genève

Quintessenz

● In Haftanstalten kommt es regelmässig zu Protestfastenaktionen bzw. Hungerstreiks. Bei der medizinischen Versorgung der Hungerstreikenden sind die grundlegenden medizinethischen Prinzipien und Empfehlungen einzuhalten: eine gleichwertige Gesundheitsversorgung, die Unabhängigkeit und Verschwiegenheit des Arztes sowie die Wahrung des Selbstbestimmungsrechts der Patienten. Dabei ist es das Ziel der medizinischen Versorgung, eine therapeutische Beziehung aufzubauen, Risikofaktoren zu identifizieren und Komplikationen zu vermeiden. Die Zurechnungsfähigkeit der Streikenden muss systematisch und wiederholt geprüft werden.

● Ein Rückblick auf den Fall Rappaz, bei dem ein Arzt im Jahr 2010 per Gerichtsentscheid zur Zwangsernährung eines zurechnungsfähigen Gefangenen verpflichtet wurde, macht deutlich, wie verletzlich Inhaftierte sind und wie wichtig es ist, dass die Ärzte für die Wahrung der Grundrechte ihrer Patienten Sorge tragen.

Einleitung und Epidemiologie

In Haftanstalten kommt es regelmässig zu Protestfastenaktionen bzw. Hungerstreiks. Vom medizinischen Dienst im Gefängnis Champ-Dollon in Genf werden durchschnittlich 17 hungerstreikende Patienten jährlich betreut. Dies sind 0,8% der Inhaftierten [1]. Der Hungerstreik kann als, oftmals letzte, Protestmöglichkeit eines Menschen angesehen werden, der sich ausser Stande sieht, sich auf andere Weise Gehör zu verschaffen. Dabei setzt er das Wertvollste, was er hat und was ihm nicht vom Staat genommen werden kann, aufs Spiel: sein Leben. Der Hungerstreikende beabsichtigt nicht zu sterben, sondern möchte damit in erster Linie seine Forderungen durchsetzen. Es ist ihm bewusst, dass dies tödlich enden kann, wenn die Situation sich so verschärft, dass der Konflikt unlösbar wird.

Hungerstreiks können, wie folgende Beispiele zeigen, auf dramatische Weise enden: der Tod von Bobby Sands, IRA-Mitglied in Irland im Jahr 1981 nach 66 Tagen Hungerstreik, der Tod von über 100 Gefangenen in der Türkei zwischen 2001 und 2003, die systematische Einführung von Zwangsernährung in Guantanamo oder die Ermordung eines Arztes, der an der Zwangsernährung von ETA-Häftlingen in Spanien beteiligt war [2].



Hans Wolff

Die Autoren haben keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Klinische und ethische Vorgehensweise

Der wichtigste Punkt bei der medizinischen Versorgung eines Hungerstreikenden ist die therapeutische Beziehung.

Es kann schwer sein, sein Vertrauen zu gewinnen, da er den Arzt als Vertreter des Systems betrachtet, das für seine Inhaftierung verantwortlich ist. Demzufolge sind die gleichwertige Gesundheitsversorgung wie von Patienten in Freiheit, die Wahrung der Verschwiegenheit, der ärztlichen Schweigepflicht und der Selbstbestimmung des Hungerstreikenden sowie die berufliche Unabhängigkeit des Arztes für die gute medizinische Praxis unerlässlich. Die o.g. Prinzipien sind in Veröffentlichungen des Europarats, des Weltärztebundes, der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften und der Weltgesundheitsorganisation detailliert aufgeführt. Ein Hungerstreikender muss innerhalb von 24 Std. vom medizinischen Personal untersucht werden (Tab. 1 [↔](#)). Dabei prüft der Arzt, ob die Nahrungsaufnahme aufgrund religiösen Fastens, somatischer (z.B. einer gastrointestinalen Störung) oder psychiatrischer Erkrankungen vorübergehend eingestellt wurde. Anschliessend wird festgestellt, ob Komorbiditäten vorliegen (insbesondere Diabetes, Schwangerschaft, Epilepsie oder Depressionen), und es werden die Zurechnungsfähigkeit sowie die Gründe des Hungerstreikenden für seinen Entschluss beurteilt. Ferner ist es wichtig, festzustellen, ob der Patient den Hungerstreik aus freien Stücken, ohne Druck von aussen, beschlossen hat. Des Weiteren vergewissert sich der Arzt, ob der hungerstreikende Patient die Person bzw. Organisation informiert hat, der die Protestaktion gilt.

Es ist wichtig, zwischen drei Arten des Fastens zu unterscheiden [8]:

1. Das absolute Fasten ist definiert als Verzicht auf die Aufnahme sowohl fester als auch flüssiger Nahrung und führt innerhalb weniger Tage zum Tode.
2. Beim vollständigen (oder totalen) Fasten ist eine Flüssigkeitsaufnahme in Form von Wasser, jedoch keine Einnahme von Energiesupplementen bzw. Elektrolyt- oder Vitaminpräparaten erlaubt (Überlebensdauer bis zu 10 Wochen).
3. Beim teilweisen Fasten ist die Aufnahme bestimmter Nahrungsmittel (z.B. von Vitamin-, Elektrolytpräparaten, Milch und Zucker) erlaubt. Dennoch kann auch diese Fastenform zum Tode führen, wenn sie lange genug durchgeführt wird.

Während des Hungerstreiks muss der Patient regelmässig medizinisch untersucht werden. Um die therapeutische Beziehung optimal zu gestalten und Diskrepanzen zu vermeiden, ist es empfehlenswert, die Zahl der Untersuchenden zu begrenzen und bevorzugt diejenigen einzusetzen, zu denen der Patient ein Vertrauensverhältnis hat.

Tabelle 1. Während der ersten medizinischen Untersuchungen von Patienten, bei denen der Verdacht auf einen Hungerstreik besteht, zu prüfende Punkte (in der Krankenakte zu vermerken).

Prüfung folgender Punkte:

- *Fastenart* (absolutes, totales oder teilweises Fasten)
- *Erfolgt das Fasten aus religiösen oder philosophischen Gründen?*
- *Besteht eine psychiatrische Erkrankung?*
- *Risikofaktoren* (Diabetes, Schwangerschaft, Depressionen oder sonstige chronische Erkrankungen)
- *Zurechnungsfähigkeit* (diese Prüfung muss regelmässig, evtl. von einem externen Arzt, wiederholt werden)
- *Erfassung* des gewöhnlichen und derzeitigen *Gewichts*
- *Vorangegangene Protestfastenaktionen*

Besprechung der *und* Information über die folgenden Punkte:

- *Grund für den Hungerstreik*
- *Druck von aussen* (durch Familie, «Interessenverbände» oder politische Gruppierungen)?
- Überprüfung, ob die *Person bzw. Organisation, welcher der Hungerstreik gilt*, über letzteren und seine Gründe informiert wurde
- Suchen des *Dialogs* mit der *o.g. Person bzw. Organisation*
- Information des Hungerstreikenden über *mögliche Risiken und Komplikationen*
- *Information über die Wichtigkeit von Flüssigkeitszufuhr* (1,5–2 l/Tag)
- Information über *Präventionsmassnahmen* (Vitamin-, Elektrolytgabe, Antikoagulation bei Bettlägerigkeit)

In *lebensbedrohlichen Notsituationen* Feststellung, ob Folgendes zutrifft:


- Bestehen schwerwiegende *Komorbiditäten*?
- *Absolutes Fasten* (weder Aufnahme von fester noch von flüssiger Nahrung)? oder
- Wird ein *Medikament* enger therapeutischer Breite eingenommen?

Planung der *medizinischen Versorgung* bei *totalem* (mit Flüssigkeitszufuhr) oder *teilweisem Fasten* (Aufnahme bestimmter Nahrungsmittel): siehe Tabelle 2

Tabelle 2. Bei der medizinischen Versorgung eines Hungerstreikenden zu beachtende Punkte (nicht erschöpfend).

Medizinische Versorgung: täglicher Kontakt zum medizinischen Team / klinische Untersuchung einmal wöchentlich

- *Vollständige Anamnese und Ganzkörperuntersuchung*
- *EKG und Laborwerte* (~1x/Woche, die Häufigkeit ist entsprechend dem klinischen Zustand, den Komorbiditäten und der Dauer des Hungerstreiks anzupassen)
- Suche nach neuen Faktoren, die auf *eine psychische Erkrankung* hinweisen könnten
- *Neubeurteilung der Zurechnungsfähigkeit* (evtl. durch einen externen und unabhängigen Gutachter)
- Prüfung, ob eine *Spitaleinweisung erforderlich ist* (aufgrund von Gewichtsverlust, biologischen Ursachen und der Notwendigkeit eines Szenenwechsels)
- Tägliche Versorgung mit *Mahlzeiten* entsprechend dem Fastenregime (CAVE: Refeeding-Syndrom)
- Systematische Information des Hungerstreikenden über *mögliche Risiken und Komplikationen*
- Angebot der Supplementierung von *Vitaminen und Elektrolyten*
- Für *Flüssigkeitszufuhr* sorgen (CAVE: verringertes Durstgefühl beim Fasten)
- Regelmässige Information der *Person bzw. Organisation, welcher der Hungerstreik gilt* (mit dem Einverständnis des Patienten)
- Erstellung einer *Patientenverfügung* beim Auftreten von Risiken und Komplikationen

Der Patient ist über die Folgen langandauernden Fastens für seinen physischen und psychischen Zustand zu informieren. Die somatischen Hauptkomplikationen sind: Dehydratation (Niereninsuffizienz, Schlaganfall), hypoglykämisches Koma, Vitaminmangelercheinungen (Wernicke-Enzephalopathie), Stoffwechselstörungen (Arrhythmien), Magengeschwüre und Nierensteinleiden. Sowohl die Präventionsmassnahmen (Flüssigkeitszufuhr, Supplementierung von Vitaminen und Elektrolyten) als auch die Risiken bei der Wiederaufnahme der Nahrungszufuhr (Refeeding-Syndrom) müssen regelmässig besprochen werden. Kontinuierliche Laborkontrollen werden empfohlen: Welche Laborwerte und wie häufig diese bestimmt werden, hängt von der Dauer und Art des Fastens ab. Spätestens wenn eine Spitalweisung erforderlich wird, sollte dem Hungerstreikenden der Vorschlag unterbreitet werden, eine Patientenverfügung zu erstellen. In Tabelle 2  sind die wichtigsten Punkte zusammengefasst, die bei der medizinischen Versorgung hungerstreikender Patienten zu beachten sind.

Bei Unzurechnungsfähigkeit des Patienten oder wenn dieser keine Patientenverfügung erstellt bzw. keinen therapeutischen Vertreter bestimmt hat, ist es die Auf-

gabe des Arztes, gemäss der objektiven Interessen des Ersteren zu handeln.

Ferner sollte er aktiv als neutraler Mediator im Konflikt zwischen dem Hungerstreikenden und der Person bzw. Organisation fungieren, der die Protestaktion gilt (im Allgemeinen der Justiz oder der Gefängnisleitung). So kann er Letztere regelmässig mit dem Einverständnis des Patienten über dessen Zustand informieren. Die Mediation ist ein heikles Unterfangen, da der Arzt zum einen keinen Zweifel aufkommen lassen darf, dass er die Interessen seines hungerstreikenden Patienten vertritt, und andererseits die Anerkennung der Organisation, bzw. Person, welcher der Hungerstreik gilt, gewinnen soll. Daher sollte er gegenüber den Forderungen des Hungerstreikenden eine neutrale Haltung einnehmen und sich auf seine Rolle als Therapeut konzentrieren.

Der Fall Rappaz im Jahr 2010

Im Herbst 2010 wurde ein Genfer Gefängnisarzt per Gerichtsentscheid vom Walliser Kantonsgericht unter Androhung strafrechtlicher Sanktionen dazu verpflichtet,

seinen Walliser Patienten, der sich im Hungerstreik befand, zwangszu ernähren. Der Arzt widersetzte sich dieser Anordnung und legte beim Bundesgericht Berufung dagegen ein. Seine Weigerung wurde mit ethischen und juristischen Argumenten untermauert und führte letztendlich zum Abbruch des Hungerstreiks durch den Patienten am Weihnachtstag 2010. Im Februar 2011 erging schliesslich der Entscheid des Bundesgerichts, das Verfahren offiziell als gegenstandslos einzustellen. Nachdem der Patient seinen Hungerstreik beendet hatte, befand das Bundesgericht, dass eine richterliche Klärung des Sachverhalts aufgrund des fehlenden aktuellen und praktischen juristischen Interesses hinfällig sei. Es gebe keinen Grund zur Annahme, dass die Frage nicht von einem Gericht beantwortet werden könnte, falls sie sich in Zukunft wieder einmal stellen sollte. Dennoch ist die Frage, ob ein Arzt unter Androhung von Sanktionen dazu verpflichtet werden darf, einen hungerstreikenden Inhaftierten zwangsweise zu ernähren, weiterhin von fundamentaler Wichtigkeit und eindeutigen öffentlichen Interesse. Die gerichtliche Anordnung des Walliser Kantonsgerichts gegenüber dem Genfer Arzt ist einem Konflikt zwischen der staatlichen Fürsorgepflicht für Personen, denen die Freiheit entzogen wurde, und dem Selbstbestimmungsrecht jedes Menschen geschuldet.

Bemerkenswerterweise hat der Kanton Wallis, von dem der Genfer Arzt zur Zwangsernährung verpflichtet wurde, im November 2011 die Verordnung über die Strafanstalten so abgeändert, dass diese nun der im Fall Rappaz von den Justizbehörden und der Gefängnisleitung vertretenen Position diametral entgegenstehen. Denn im neuen Artikel 49bis dieser Verordnung heisst es, dass den Weisungen des Verurteilten Folge zu leisten ist, auch wenn dies zu seinem Tod führt.

Der medizinische Gefängnisdienst in Genf wurde durch den Einsatz von Jacques Bernheim 1963 zum weltweit ersten, der von der Gefängnisleitung und den Justizbehörden unabhängig war. Dieser Status half dem Arzt dabei, sich den gerichtlichen Anordnungen gegen ihn zu widersetzen und sich für die Wahrung der Selbstbestimmung, der körperlichen Integrität und der Entscheidungsfreiheit des Patienten stark zu machen. Ohne diese strukturelle Unabhängigkeit wäre die ohnehin komplexe Situation durch einen doppelten Loyalitätskonflikt (die Loyalität des Arztes gegenüber seinem Patienten einerseits und seinem Arbeitgeber andererseits) noch verschärft worden [9]. Vor diesem Hintergrund ist es bemerkenswert, dass es bis heute in der Schweiz nur in drei Kantonen (GE, VD und VS) von der Gefängnisleitung bzw. den Justizbehörden unabhängige medizinische Gefängnisdienste gibt.

Zwangsernährung

Die Zwangsernährung ist nicht ungefährlich, da sie zu schwerwiegenden medizinischen Komplikationen führen kann (Ösophagus- oder Magenruptur, Infektionen, Re-feeding-Syndrom) und dadurch das Vertrauensverhältnis, um das sich die medizinischen Gefängnisdienste vor allem durch den Einsatz für die Rechte der inhaftierten Patienten bemühen, stark beschädigt wird.

Jede zurechnungsfähige Person hat die Entscheidungsfreiheit und das Recht, ihr Leben zu riskieren, auch zur Ausübung von Druck auf Justiz oder Politik. Die Zwangsernährung eines zurechnungsfähigen Patienten ist mit dem ärztlichen Berufsethos unvereinbar und wurde vom Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte als Form der Folter bewertet [10]. Dies gilt sowohl für inhaftierte als auch für in Freiheit lebende Personen.

Schlussfolgerungen

Hungerstreiks in Haftanstalten sind komplexe Situationen, in denen eine gute Kommunikation zwischen den einzelnen Beteiligten (dem Hungerstreikenden, dem medizinischen Versorgungsteam und der Person bzw. Organisation, welcher die Protestaktion gilt) erforderlich ist und in denen gleichzeitig die grundlegenden Prinzipien der medizinischen Praxis, insbesondere die Wahrung der Verschwiegenheit, die Entscheidungsfreiheit des Patienten und die gleichwertige Gesundheitsversorgung wie in Freiheit gewährleistet sein müssen. Eine Inhaftierung bringt manche Menschen so sehr ans Ende ihrer Kräfte, dass sie bereit sind, ihr Leben zu riskieren. Die Reaktion der Behörden darauf kann übertrieben ausfallen, daher ist es nicht nur das Privileg, sondern auch die Pflicht der Ärzte, die Rechte aller ihrer Patienten, aber vor allem die der schutzbedürftigen Bevölkerungsgruppen, zu verteidigen.

Korrespondenz:

PD Dr. Hans Wolff

Unité de Médecine Pénitentiaire (UMP),

Service de Médecine de Premier Recours,

Département de Médecine Communautaire, de Premier

Recours et des Urgences, HUG

Avenue de Champel 9

CH-1211 Genève 4

[Hans.Wolff\[at\]hcuge.ch](mailto:Hans.Wolff[at]hcuge.ch)

Literatur

- Sebo, P., Guilbert, P., Elger, B., and Bertrand, D. Jeûne de protestation: un défi inhabituel pour le médecin. *Rev Med Suisse*. 2004;62:2485–9.
- Rieder JP, Huber-Gieseke T, Gétaz L, Kramer-Gauchat MC, Nyffenegger L, Gaspoz JM, Wolff H. Jeûne de protestation et alimentation forcée: relevé de pratiques historiques. *Rev Med Suisse*. 2010; 6:2313–8.
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW). Medizinisch-ethische Richtlinien zur Ausübung der ärztlichen Tätigkeit bei inhaftierten Personen, 28. November 2002.
- Zentrale Ethikkommission der SAMW: Staatliche Autorität und medizinisches Ethos: Rahmenbedingungen für die Medizin im Strafvollzug 2012;93:9.
- Council of Europe. Recommendation No. R (98) 7 of the committee of ministers to member states concerning the ethical and organisational aspects of health care in prison. 1999 [https://wcd.coe.int].
- European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT). CPT standards. CPT/Inf/E (2002)1–Rev. 2009. Available at: <http://www.cpt.coe.int/en/documents/eng-standards.pdf>.
- World Medical Association (WMA), Declaration of Malta, a background paper on the ethical management of hunger strikes. *World Medical Journal*. 2006;52(2):36–43.
- World Health Organisation (WHO) Health in prisons. A WHO guide to the essentials in prison health. 2007:39.
- Pont J, Stöver H, Wolff H. Dual Loyalty in Prison Health Care. *Am J Public Health*. 2012;102(3):475–80.
- Affaire Nevmerjtski contre Ukraine. *Cour Européenne des Droits de l'Homme*. Requête no 54825/00. Strasbourg 12/10/2005.