

PRAKTISCHE PHILOSOPHIE *KONTROVERS*

Herausgegeben von Christina Schües

BAND 6



Thorsten Moos / Christoph Rehmann-Sutter /
Christina Schües (Hrsg.)

Randzonen des Willens

Anthropologische und ethische Probleme
von Entscheidungen in Grenzsituationen



Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Dieses Buch ist eine Open Access Publikation und ist auf www.oapen.org und www.peterlang.com verfügbar. Es wird auf der Basis der Creative Commons Attribution Noncommercial, No Derivatives (CC-BY-NC-ND) Lizenz verbreitet.



ISSN 1610-157X

ISBN 978-3-631-66211-3 (Print)

E-ISBN 978-3-653-05216-9 (E-PDF)

E-ISBN 978-3-653-05216-9 (EPUB)

E-ISBN 978-3-653-05216-9 (MOBI)

DOI 10.3726/978-3-653-05216-9

© Peter Lang GmbH

Internationaler Verlag der Wissenschaften

Frankfurt am Main 2016

Alle Rechte vorbehalten.

Peter Lang Edition ist ein Imprint der Peter Lang GmbH.

Peter Lang – Frankfurt am Main · Bern · Bruxelles ·

New York · Oxford · Warszawa · Wien

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar.

Diese Publikation wurde begutachtet.

www.peterlang.com

Manuel Trachsel, Tanja Krones, Verina Wild

Zwangsernährung oder *palliative care* bei chronischer *Anorexia nervosa*?

Behandlungsstrategien aus medizinethischer Sicht

Die *Anorexia nervosa* und ihre Behandlung werfen immer wieder medizinethische Fragen zum Zusammenhang und zu den Differenzen von Autonomie und Wohltun auf. Was ist im Fall einer therapeutisch indizierten Steigerung des Körpergewichts als autonome Entscheidung der Patientin zu werten und wie kann „Wohltun“ in diesem Zusammenhang definiert werden? Welchen Platz nehmen Zwangsmaßnahmen ein, die bei fehlender Krankheitseinsicht und fehlender Therapiemotivation tatsächlich oft ergriffen werden, um den Tod der Patientinnen abzuwenden und die zweifellos als extreme Eingriffe in die Freiheit von Menschen zu werten sind? Sind sie überhaupt moralisch zu rechtfertigen? Um uns diesen Fragen und deren Diskussion anzunähern, schildern wir zunächst ein Fallbeispiel.¹

I. Fallvignette

Aktuelle Situation: Die 19-jährige Lisa S. leidet seit etwa acht Jahren an *Anorexia nervosa* und ist seit zwei Wochen Patientin an der Universitätsklinik. Bei Aufnahme in die Klinik beträgt ihr Gewicht 31,2 kg bei einer Körpergröße von 1,60 m. Mit einem errechneten Body-Mass-Index (BMI) von 12,2 kg/m² entspricht dies einem schweren Untergewicht, das unterhalb der ersten Perzentile liegt. Lisa S. zeigt Zeichen einer schweren Kachexie: Sie hat ein deutlich vermindertes Fettgewebe und einen verminderten Hautturgor mit Druckstellen über dem Steißbein und an den Fersen. Ihre Hautfarbe ist blass bis gelblich. Die Muskulatur ist am ganzen Körper hypotroph. Ihr Blutdruck ist mit 86/43 mmHG sehr niedrig. Die Herzfrequenz liegt bei 54 Schlägen pro Minute.

Anamnese: Die Patientin kam als zweites von insgesamt drei Geschwistern durch eine komplikationslose Geburt auf natürlichem Weg zur Welt. Die Säuglingsphase war nach Aussagen ihrer Eltern unproblematisch, sie schlief gut und wurde neun Monate lang von der Mutter gestillt. Ihre regelmäßigen Bezugspersonen waren die

1 Hierfür haben wir zwei reale Fälle aus der klinischen Erfahrung der Autoren/-innen zu einem fiktiven Fall verbunden.

Eltern und die Großeltern. Der Übergang zur Breinahrung und später auch zu fester Nahrung verlief normal. Das Essen habe sie jedoch nie als etwas Genussvolles erlebt. In den Kindergarten ging sie nicht gerne. Während der ersten beiden Schuljahre fühlte sie sich fast täglich bedrückt und ermüdete schnell. Ab dem dritten Schuljahr besserte sich ihre Stimmung. Sie wurde zu einer engagierten, leistungsbereiten Schülerin. In ihrer Klasse war sie jedoch immer eine Außenseiterin. Auch außerhalb der Schule hatte sie fast keine Freundinnen. Mit elf Jahren, damals noch normalgewichtig, verliebte sie sich in einen drei Jahre älteren Jungen, der ihre Gefühle jedoch nicht erwiderte und ihr sagte, sie gefalle ihm nicht. Dieses Ereignis sei in ihrer Erinnerung der Auslöser ihrer bis heute anhaltenden Bemühungen gewesen, möglichst schlank zu werden. Lisa S. begann immer weniger zu essen und kohlenhydrat- sowie fetthaltige Nahrungsmittel vollständig zu meiden. Parallel dazu begann sie mit intensivem Schwimmtraining. Sie wurde mit der Zeit so mager, dass ihre Leistungsfähigkeit in der Schule deutlich abnahm und ihre Menstruationsblutungen unregelmäßig wurden. Daraufhin organisierten ihre Eltern mit der Unterstützung des Hausarztes das erste Mal eine Einweisung in eine auf Essstörungen spezialisierte stationäre Klinik. Darauf folgten sechs weitere Aufenthalte in Spezialkliniken. Neben medikamentösen und psychotherapeutischen Behandlungen wurde sie in diesem Rahmen bereits zwei Mal gegen ihren Willen, einmal nach eigener Einwilligung künstlich ernährt. Die Patientin hat in den letzten Jahren kontinuierlich an Gewicht abgenommen und ihr Allgemeinzustand verschlechterte sich zunehmend. Hinzu kommt eine depressive Verstimmung.

Auch wenn sich ihr Körper über die Jahre kontinuierlich an das Untergewicht angepasst hat, kann eine akute Lebensgefahr in der aktuellen Situation nicht ausgeschlossen werden. Die Eltern sind übereinstimmend der Auffassung, dass nun die Zeit dränge und Maßnahmen eingeleitet werden müssten, damit ihre Tochter an Gewicht zunehme. Sie wollten nicht zusehen, wie ihre Tochter zunehmend schwächer werde und schließlich vor ihren Augen sterbe. Sie wüssten aus Erfahrung, dass es ihrer Tochter bei einem höheren Körpergewicht auch psychisch immer besser gegangen sei. Die Eltern verlangen vom Behandlungsteam daher dezidiert, möglichst rasch eine künstliche Ernährung einzuleiten, notfalls auch gegen den Willen der Patientin. Lisa S. ihrerseits besteht jedoch darauf, ein Recht auf dieses niedrige Körpergewicht zu haben und lehnt eine künstliche Ernährung ab. Sie sei seit einem Jahr volljährig und dürfe über medizinische Eingriffe selber entscheiden. Sie sei nicht zu mager und ihr größter Wunsch sei, endlich in Ruhe gelassen zu werden, was den Umgang mit ihrem Körper angehe. Falls sie wegen ihres Gewichts in akute Lebensgefahr gerate, nehme sie lieber den Tod in Kauf, als sich ein weiteres Mal therapieren zu lassen.

II. Moralischer Konflikt

Die Situation der Patientin lässt sich wie folgt zusammenfassen: Lisa S. ist aufgrund einer *Anorexia nervosa* und den dadurch selbst herbeigeführten hochgradigen Gewichtsverlust so stark mangelernährt, dass aus medizinischer Sicht nicht ausgeschlossen werden kann, dass ihr Leben akut gefährdet ist. Gleichzeitig lehnt die Patientin weitere therapeutische Maßnahmen dezidiert ab und stellt sich damit gegen den Willen ihrer Eltern und gegen die Empfehlung der behandelnden Fachpersonen. Für die Fachpersonen ergeben sich deshalb ethische Herausforderungen, die sie angehen müssen, um zu einer Entscheidung hinsichtlich der Behandlung von Lisa S. zu gelangen: Zum einen muss eine Einschätzung der Einwilligungsfähigkeit der Patientin erfolgen und es muss in jedem Fall weitestmöglich Respekt vor ihrer Autonomie gewährleistet sein, zum anderen gibt es die moralische Pflicht der Fachpersonen, das Leben der Patientin zu schützen und insbesondere dann einzugreifen, wenn Zweifel an ihrer Einwilligungsfähigkeit bestehen.

Auf den ersten Blick stehen sich also zwei Handlungsoptionen gegenüber: Zum einen könnte primär die Autonomie der Patientin respektiert werden. Das hieße, dem Wunsch nach einem Behandlungsverzicht nachzugeben. So würde der Wille der Patienten trotz fraglicher Einwilligungsfähigkeit auf Kosten ihres von den Angehörigen und des Behandlungsteams erhofften zukünftigen Wohlbefindens und eventuell sogar ihres Lebens akzeptiert.

Zum anderen könnte aufgrund einer fraglichen Einwilligungsfähigkeit die Lebenserhaltung, beziehungsweise das zukünftige Wohlergehen, stärker gewichtet werden. Dann würde die Patientin auf Kosten ihrer Autonomie gegen ihren Willen zwangsbehandelt.

Der Konflikt zwischen diesen beiden Handlungsoptionen stellt einen moralischen Konflikt zwischen zwei klassischen Prinzipien der biomedizinischen Ethik dar, dem „Respekt vor der Patientenautonomie“ und dem „Prinzip der Fürsorge oder der Benefizienz“.² Die Struktur dieses moralischen Konflikts bringt es mit sich, dass – unabhängig von der schließlich getroffenen Entscheidung – eines der beiden moralischen Prinzipien höher gewichtet und gegen das andere verstoßen werden müsste. Wird gegen das Autonomieprinzip verstoßen und der Schutz der Patientin höher gewichtet, stellt dies eine Form von moralischem Paternalismus dar.

2 Beauchamp, Tom L. / Childress, James F.: *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford University Press: New York 2013.

Zusammenfassend stellen sich folgende ethische Fragen:

- Ist die Patientin einwilligungsfähig³ und soll der Wille von Lisa S. respektiert werden, auf eine künstliche Ernährung zu verzichten?
- Wie schwer wiegt die moralische Pflicht der Eltern und des Behandlungsteams, das Leben von Lisa S. zu schützen?
- Wann wären paternalistische (Zwangs-)maßnahmen gerechtfertigt?
- Gibt es einen für alle Beteiligten akzeptablen Handlungsvorschlag, eventuell sogar einen Mittelweg zwischen beiden Handlungsoptionen?

Nun werden einige wichtige Merkmale der *Anorexia nervosa* geschildert, um dann auf die medizinethisch relevanten Fragen zu Einwilligungsfähigkeit und der möglichen Rechtfertigung paternalistischer (Zwangs-)Eingriffe einzugehen.

III. Wichtige Merkmale der *Anorexia nervosa* und deren Behandlung

Die *Anorexia nervosa* (Magersucht) ist eine Essstörung. In der internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10)⁴ wird sie wie folgt beschrieben: „Die *Anorexia nervosa* ist durch einen absichtlich selbst herbeigeführten oder aufrechterhaltenden Gewichtsverlust charakterisiert. Am häufigsten ist die Störung bei heranwachsenden Mädchen und jungen Frauen [...].“ Für die Diagnosestellung sind folgende Kriterien zentral: 1. Tatsächliches Körpergewicht mindestens 15 % unter dem erwarteten oder ein Body-Mass-Index (BMI) von weniger als 17,5 kg/m². 2. Der Gewichtsverlust ist selbst herbeigeführt durch die Vermeidung hochkalorischer Speisen zusammen mit entweder selbst induziertem Erbrechen, selbst induziertem Abführen, übertriebene körperliche Aktivitäten oder den Gebrauch von Appetitzüglern oder Diuretika. 3. Körperschema-Störung mit der Befürchtung zu dick zu werden und einem sehr tiefen Idealgewicht. 4. Hormonelle Störung, die sich bei Frauen vor allem im Ausbleiben der Monatsblutung (*Amenorrhoe*) manifestiert. 5. Bei Beginn vor der Pubertät kann die normale Abfolge der Entwicklungsschritte verzögert oder gehemmt sein.

Bei der *Anorexia nervosa* ist eine fehlende Krankheitseinsicht durch die Betroffenen typisch. Es handelt sich um eine *ich-syntone* Störung, da die Verhaltensweisen

3 Dem Rechtsbegriff der Einwilligungsfähigkeit in Deutschland entspricht der Begriff der Urteilsfähigkeit in der Schweiz.

4 Graubner, Bernd: *ICD-10-GM 2015 Alphabetisches Verzeichnis: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme*. Deutscher Ärzte-Verlag: Köln 2014, Kapitel F50.0.

und Gefühle der Patientinnen mit ihren Zielen und ihrem Selbstbild (Körperschema-Störung) übereinstimmen⁵ und die objektiv erkennbare Abweichung von der Norm selbst nicht als Abweichung wahrgenommen wird. Der Aufbau einer Therapiemotivation ist deshalb oft stark erschwert.

Eine rasch eingeleitete aber langsam durchgeführte Gewichtsrestitution ist jedoch entscheidend für die langfristige Prognose, da es sonst zu einer irreversiblen Atrophie des Gehirns kommen kann, welche in seltenen Fällen zu einem *apallischen* Syndrom führt, außerdem zu lebensbedrohlichen Veränderungen im Elektrolyt- und Hormonhaushalt. Eine initiale Gewichtszunahme steigert zuweilen die Krankheitseinsicht und erleichtert oft auch weitere psychotherapeutische Interventionen, da die kognitiven, emotionalen und körperlichen Konsequenzen der Mangelernährung gemildert werden.⁶

Die Heilungsrate nach vier bis fünf Jahren beträgt ungefähr 40 %; die Mortalität betrug in einer *Follow-Up* -Studie nach 12 Jahren 7,7 %.⁷ Die *Anorexia nervosa* gehört damit zu den psychiatrischen Erkrankungen mit der höchsten Mortalität. Je länger eine Anorexie-Patientin nicht auf eine Behandlung anspricht, desto geringer wird die Chance auf Heilung.⁸ Nahezu alle stationär behandelten Patientinnen mit *Anorexia nervosa* (bis zu 97 %) leiden zusätzlich an einer oder mehreren weiteren psychischen Störungen, sehr häufig an einer affektiven (meist depressiven) Störung (94 %), einer Angststörung (56 %) oder an Substanzmissbrauch (22 %).⁹

In der Praxis stellt sich oft die Frage, ob eine künstliche Ernährung mit oder gegen den Willen der Patientin eingeleitet werden soll, um eine akute Lebensgefahr durch lebensbedrohliches Untergewicht, Elektrolytentgleisungen oder Suizidalität abzuwenden. Eine Zwangsernährung ist zwar meistens kurzfristig

-
- 5 Aardema, Frederick / O'Connor, Kieron: "The Menace Within: Obsessions and the Self". *International Journal of Cognitive Therapy* 21, 2007, S. 182–197.
 - 6 Frauenknecht, Sabine: „Schlafstörungen und Essstörungen“. In: Lieb, Klaus / Frauenknecht, Sabine / Brunnhuber, Stefan (Hrsg.): *Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie*. Elsevier: München 2008, S. 337–367.
 - 7 Fichter, Manfred M. / Quadflieg, Norbert / Hedlund, Susanne: "Twelve-Year Course and Outcome Predictors of Anorexia Nervosa". *International Journal of Eating Disorders* 39(2), 2006, S. 87–100.
 - 8 Birmingham, C. Laird et al.: "The Mortality Rate from Anorexia Nervosa". *International Journal of Eating Disorders* 38(2), 2005, S. 143–146.
 - 9 Blinder, Barton J. / Cumella, Edward J. / Sanathara, Visant, A.: "Psychiatric Comorbidities of Female Inpatients with Eating Disorders". *Psychosomatic Medicine* 68(3), 2006, S. 454–462.

effektiv, führt jedoch durchschnittlich nicht zu einem besseren Langzeitüberleben der Patientinnen.¹⁰

IV. Einwilligungsfähigkeit zur Behandlung psychischer Störungen

Einwilligungsfähigkeit ist ein wichtiges Kriterium, um die Bedingungen für informierte Einwilligung in eine medizinische Behandlung zu gewährleisten.¹¹ Gerade bei der Behandlung psychischer Störungen, wie zum Beispiel der *Anorexia nervosa*, ist es jedoch eine besondere Herausforderung für die behandelnden Fachpersonen, die Einwilligungsfähigkeit zu bewerten. Schließlich ist Einwilligungsfähigkeit kein objektiv messbarer, einfach zu erhebender Wert, sondern ist immer abhängig von der Beurteilung der Behandelnden.¹² Es ist daher von großer Bedeutung, die Beurteilung so kompetent und verantwortungsbewusst wie möglich und anhand *möglichst* objektiver Standards durchzuführen. So können auch andere wichtige moralische Prinzipien angemessen abgewogen werden.¹³ Buchanan und Brock weisen in diesem Zusammenhang darauf hin, dass insbesondere zwei Fehler zu vermeiden sind: Dass es zu einer Missachtung der Patientenautonomie auf Kosten des mutmaßlichen Wohlergehens oder zu einer Priorisierung der Patientenautonomie auf Kosten des Wohlergehens kommt.¹⁴

Um eine möglichst valide und *reliable* Einschätzung der Einwilligungsfähigkeit, auch bei der Behandlung psychischer Störungen, vornehmen zu können, hat

-
- 10 Ramsay, Rosalind et al.: "Compulsory Treatment in Anorexia Nervosa. Short-Term Benefits and Long-Term Mortality". *British Journal of Psychiatry* 175, 1999, S. 147–153.
 - 11 Moye, Jennifer / Marson, Daniel C.: "Assessment of Decision-Making Capacity in Older Adults: an Emerging Area of Practice and Research". *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 62, 2007, S. 3–11; Faden, Ruth R. / Beauchamp, Tom L.: *A History and Theory of Informed Consent*. Oxford University Press: New York 1986.
 - 12 Trachsel, Manuel / Hermann, Helena / Biller-Andorno, Nikola.: „Urteilsfähigkeit: Ethische Relevanz, konzeptuelle Herausforderung und ärztliche Beurteilung“. *Swiss Medical Forum* 14(11), 2014, S. 221–225; Hermann, Helena / Trachsel, Manuel / Biller-Andorno, Nikola.: "Physicians' Personal Values in Determining Medical Decision-Making Capacity: A Survey Study". *Journal of Medical Ethics*, accepted for publication.
 - 13 Berghmans, Ron: "Capacity and Consent". *Current Opinions in Psychiatry* 14, 2011, S. 491–499.
 - 14 Buchanan, Allen E. / Brock, Dan W.: *Deciding for Others: The Ethics of Surrogate Decision Making*. Cambridge University Press: Cambridge 1989.

sich eine Reihe allgemeiner Kriterien etabliert, die im individuellen Fall evaluiert werden:¹⁵

1. Die Fähigkeit zum Informationsverständnis (*understanding*),
2. Die Fähigkeit zum Abwägen der Konsequenzen und der alternativen Möglichkeiten (*reasoning*),
3. Die Fähigkeit zur Krankheitseinsicht und zur Gewichtung der erhaltenen Informationen (*appreciation*), und
4. Die Fähigkeit zum Treffen und Kommunizieren der eigenen Entscheidungen (*communication*).

Diese Fähigkeiten können bei verschiedenen psychischen Störungen in unterschiedlichem Maße beeinträchtigt sein. Beispielsweise kann das Informationsverständnis bei einem Delir eingeschränkt sein; die Fähigkeit zum Abwägen der Konsequenzen und der alternativen Möglichkeiten kann bei schweren Demenzen fehlen; die Fähigkeit zur Krankheitseinsicht und zur Gewichtung der Informationen sind bei psychotischen Zuständen betroffen; das Treffen und Kommunizieren von Entscheidungen kann bei schwerer depressiver Störung beeinträchtigt sein.

Die Körperschema-Störung ist ein grundlegendes diagnostisches Merkmal der *Anorexia nervosa*, weshalb meistens eine fehlende Krankheitseinsicht besteht. Damit kann das dritte Kriterium der Einwilligungsfähigkeit häufig nicht erfüllt werden, weshalb *prima facie* eine fehlende Einwilligungsfähigkeit zu attestieren wäre. In einer wachsenden Zahl empirischer Studien konnte zudem gezeigt werden, dass es bei *Anorexia nervosa* zu einer Beeinträchtigung der kognitiven Kontrolle, also sogenannter ‚exekutiver Funktionen‘ kommen kann, welche für rationales Entscheiden eminent wichtig ist.¹⁶ Insbesondere exekutive Funktionen wie kognitive Flexibilität und Einsicht sind jedoch für den Aufbau von Therapiemotivation zentral.¹⁷ Es konnte auch gezeigt werden, dass sich diese Beeinträchtigungen mittels Ernährung und Gewichtsrestitution wieder normalisieren können.¹⁸

15 Grisso, Tom / Appelbaum, Paul S.: *Assessing Competence to Consent to Treatment: A Guide for Physicians and Other Health Professionals*. Oxford University Press: New York 1998.

16 Konstantakopoulos, George et al.: „Insight in Eating Disorders: Clinical and Cognitive Correlates”. *Psychological Medicine* 41(9), 2011, S. 1951–1961.

17 Sato, Yasuhiro et al.: „Neural Basis of Impaired Cognitive Flexibility in Patients with Anorexia Nervosa”. *PLOS ONE* 8(5), 2013, e61108.

18 Oldershaw, Anna et al.: „Emotional Theory of Mind and Emotional Awareness in Recovered Anorexia Nervosa Patients”. *Psychosomatic Medicine* 2(1), 2010, S. 73–79.

V. Wann sind paternalistische Behandlungsentscheidungen gerechtfertigt?

Grundsätzlich sind Behandlungsentscheidungen einwilligungsfähiger Patienten zu respektieren, auch wenn sie aus der Sicht des Behandlungsteams unvernünftig scheinen. Verliert eine Patientin ihre Einwilligungsfähigkeit im Rahmen einer Erkrankung, wird einer zuvor abgefassten Patientenverfügung gefolgt. Wenn eine Patientenverfügung fehlt oder bei begründeten Mängeln des Dokumentes müssen frühere, bei erhaltener Einwilligungsfähigkeit geäußerte mündliche Wünsche berücksichtigt werden. Fehlen solche, kann ein Gericht eine Person zur Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens und zur stellvertretenden Entscheidung ernennen (Stellvertreter-Lösung).

Eine Zwangsbehandlung stellt ein massives Eingreifen in die Freiheitsrechte eines Menschen dar und muss stets sehr gut abgewogen werden. Grundlegende Voraussetzung für eine Zwangsbehandlung im Sinn einer künstlichen Ernährung gegen den Willen einer *Anorexie*-Patientin kann nur eine erhebliche Selbst- oder Fremdgefährdung sein. Im Rahmen der dazu notwendigen Unterbringung in einer geeigneten Institution¹⁹ kann eine stationäre Zwangsbehandlung angeordnet werden. Eine Zwangsbehandlung muss jedoch nach Maßgabe der Verhältnismäßigkeit erfolgen,²⁰ d. h. die Maßnahme muss erstens notwendig, zweitens proportional zur Schwere der Gefährdung und drittens nicht durch weniger einschneidende Maßnahmen ersetzbar sein.²¹ Im Fall einer körperlichen Schwächung, bei der das Leben jedoch nicht akut und unmittelbar gefährdet ist, entscheiden einwilligungsfähige und volljährige Patientinnen grundsätzlich selbstständig über die Einwilligung oder Ablehnung einer vorgeschlagenen Behandlung. Bei minderjährigen Patientinnen braucht es hierzu den klaren Auftrag durch die Eltern, wobei die Patientin im Rahmen ihrer erhaltenen mentalen Fähigkeiten angemessen einzubeziehen ist.

Eine Zwangsbehandlung kann also nur die *ultima ratio* sein und ist deshalb möglichst zu vermeiden, da viele damit zusammenhängende Nachteile bekannt sind: So besteht beispielsweise die Gefahr der Traumatisierung durch die Zwangsmaßnahme, eine erhöhte Suizidgefahr, die Gefahr der Beziehungsstörung zwischen Eltern und Tochter sowie die Gefahr des Vertrauensverlusts in Gesundheitsfachpersonen. Medizinische Risiken sind zum Beispiel Pneumonien, das

19 In der Schweiz wird der Begriff ‚Fürsorgerische Unterbringung‘ verwendet.

20 Artikel 34, Deutsches StGB.

21 Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW: *Zwangsmassnahmen in der Medizin. Medizinisch-ethische Richtlinien*. SAMW: Basel 2005.

lebensbedrohliche Refeeding-Syndrom durch massive Elektrolytverschiebungen sowie Neben- und Folgewirkungen der notwendigen Sedierung.

Zwangsbehandlungen entsprechen paternalistischen Handlungen. Paternalismus wird definiert als „the interference of a state or an individual with another person, against their will, and defended or motivated by a claim that the person interfered with will be better off or protected from harm“.²² *Per definitionem* sind paternalistische Handlungen immer mit einem bestimmten Grad der Beschränkung persönlicher Autonomie verbunden.²³

In der Literatur wird zwischen schwachem (*soft*) und starkem (*strong*) Paternalismus unterschieden.²⁴ Als schwacher Paternalismus wurde definiert, dass jemand nur dann von seinem selbstschädigenden Handeln abgehalten werden darf, wenn davon ausgegangen werden kann, dass diese Handlung nicht freiwillig erfolgt: „A [hu]man can rightly be prevented from harming [her-/]himself (when other interests are not directly involved) only if his intended action is substantially non-voluntary or can be presumed to be so in the absence of evidence to the contrary.“²⁵ Starker Paternalismus wurde dagegen so definiert, dass eine Person gegen den eigenen Willen vor Handlungen geschützt werden darf, selbst wenn sie ihre oder seine freiwillige Entscheidung darstellt. Die Person wird also gehindert „against his [or her] will, from the harmful consequences even of his [or her] fully voluntary choices and undertakings“.²⁶ Unabhängig davon, ob es sich um schwachen oder starken Paternalismus handelt, ist die Motivation der Handlung normalerweise die vorrangige Abwendung eines Schadens (*Primum non nocere*) und/oder der Nutzen für die Person, deren Autonomie übergangen wird.²⁷

Eine Zwangsernährung bei *Anorexia nervosa* entspricht nach dieser Definition einem starken Paternalismus und verlangt deshalb zu ihrer Rechtfertigung

22 Dworkin, Gerald: „Paternalism“. In: Talta, Edward D. (Hrsg.): *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. 2014, retrieved 30.01.2015, from <http://plato.stanford.edu/entries/paternalism/>.

23 Trachsel, Manuel / Mitchell, Christine / Biller-Andorno, Nikola: „Advance Directives Between Respect for Patient Autonomy and Paternalism“. In: Lack, Peter / Biller-Andorno, Nikola / Brauer, Susanne (Hrsg.): *Advance Directives*. (International Library of Ethics, Law, and the New Medicine 54). Springer Science+Business Media: Dordrecht 2013, S. 169–179.

24 Engelhardt, H. Tristram Jr.: „Advance Directives and the Right to Be Left Alone“. In: Hackler, Chris / Moseley, Ray / Vawter, Dorothy E. (Hrsg.): *Advance Directives in Medicine*. Praeger: New York 1989, S. 141–154.

25 Feinberg, Joel: „Legal Paternalism“. *Canadian Journal of Philosophy* 1(1), 1971, S. 105–124.

26 Ibid.

27 Trachsel / Mitchell / Biller-Andorno 2013.

besonders gewichtige Argumente. Die damit einhergehende Verletzung des ethischen Grundprinzips des Respekts vor der Autonomie kann im Fall der *Anorexie* nach Thomas Silber²⁸ nur dann moralisch gerechtfertigt sein, wenn einerseits die Gesundheit oder das Leben der Patientin signifikant gefährdet sind und andererseits eine begründete Evidenz vorliegt, dass Zwänge oder irrationale Befürchtungen die Einwilligungsfähigkeit bedeutsam beeinträchtigen. In einem Artikel zu ethischen Fragen hinsichtlich der Zwangsbehandlung von *Anorexia nervosa* nennt Norman Fost²⁹ vier Situationen, in denen paternalistisches Handeln gerechtfertigt ist: 1. wenn unmittelbarer Schaden wahrscheinlich ist, 2. wenn die paternalistische Handlung die Person vielleicht vor zukünftigem Schaden bewahrt, 3. wenn es wahrscheinlich ist, dass die Person zu einem späteren Zeitpunkt dankbar ist, dass die Behandlung durchgeführt wurde, und 4. wenn die paternalistische Handlung generalisierbar ist in dem Sinn, dass die behandelnde Person für sich in derselben Situation dieselbe Behandlung wünschte. In dieser Richtung hat auch das deutsche Bundesverfassungsgericht entschieden, nämlich dass eine Zwangsbehandlung dann erlaubt ist, wenn der Patient im Nachhinein, wenn er wieder einwilligungsfähig ist, der Behandlung höchstwahrscheinlich zustimmen wird.

VI. Mögliche Handlungsoptionen für die Behandlung von Lisa S.

Bisher haben wir einen klassischen moralischen Konflikt beschrieben: Die Respektierung der Wünsche der Patientin würde ihr Leben gefährden; die Pflicht, Leben zu erhalten, würde hingegen ihre Autonomie verletzen. Wie oben erwähnt, stellen sich auf den ersten Blick also zwei sich gegenseitig ausschließende Handlungsoptionen: Behandlungsverzicht und somit Palliation oder Kuration und somit Zwangstherapie.

Im Fall von Lisa S. sind ihre Gesundheit und ihr Leben signifikant gefährdet. Um zu entscheiden, ob dabei ein Zwangseingriff zur Vermeidung einer möglichen Selbstgefährdung gerechtfertigt wäre, ist nun die Evaluation der Krankheitseinsicht von größter Bedeutung. Die Krankheitseinsicht ist, wie oben erwähnt, der zentrale Aspekt, anhand dessen die Einwilligungsfähigkeit anzuzweifeln und die paternalistische Maßnahme zu rechtfertigen wäre.

28 Silber, Thomas J.: "Treatment of Anorexia Nervosa Against the Patient's Will: Ethical Considerations". *Adolescent Medicine State of the Art Reviews* 22, 2011, S. 283–288.

29 Fost, Norman: "Food for Thought: Dresser on Anorexia Nervosa". *Wisconsin Law Review* 2, 1984, S. 375–384.

Die Äußerung von Lisa S. nicht zu mager zu sein, ist ein Hinweis auf eine möglicherweise fehlende Krankheitseinsicht aufgrund ihrer Körperschema-Störung. Auch in weiteren Gesprächen mit verschiedenen Fachpersonen zur sorgfältigen Absicherung der fehlenden Krankheitseinsicht versichert die Patientin ausdrücklich, sich aus ihrer Sicht weder in Lebensgefahr zu befinden, noch sich krank zu fühlen oder irgendeine Form der Behandlung zu benötigen. Zusätzlich berichten die Eltern, dass die Patientin bei höherem Gewicht jeweils einsichtiger gewesen sei. Es kann somit davon ausgegangen werden, dass in diesem Fall die Einwilligungsfähigkeit gemäß den oben genannten Kriterien nicht gegeben ist.³⁰ Es könnte deshalb in diesem Fall gerechtfertigt sein, das von den Angehörigen und des Behandlungsteams erhoffte zukünftige Wohl der Patientin in den Vordergrund zu stellen, sie also auch gegen ihren Willen zu sedieren und künstlich zu ernähren, um dann bei einem höheren Körpergewicht ihre Einwilligungsfähigkeit erneut zu beurteilen und sie nach ihrer Meinung hinsichtlich der Behandlung zu fragen.

Diese Option scheint in Übereinstimmung mit vergangenen Fällen zu stehen. So hat beispielsweise das Oberlandesgericht München in einer Urteilsbegründung im Jahr 2004 ausgeführt, dass

bei einem BMI unter 13 [kg/m²] [...] von einer akut lebensbedrohlichen Situation auszugehen [sei], die grundsätzlich therapeutisch angegangen werden müsse. Aus juristischer Sicht wäre es also in vorliegender Entscheidungssituation angeraten, auf jeden Fall zusätzlich eine vormundschaftsgerichtliche Einschätzung zu erbitten, um der ärztlichen Verpflichtung gegenüber dem Wohl der Patientin ausreichend nachzukommen.³¹

Trotzdem stellt sich im hier vorgestellten Fall die Frage, welchen medizinischen Nutzen eine Zwangsernährung hätte, wenn die Patientin mit der vorgeschlagenen Therapie nicht einverstanden ist. Die Verhältnismäßigkeit einer solchen Maßnahme muss vor jedem Eingriff neu beurteilt werden. Im vorliegenden Fall ist sie insbesondere deshalb in Frage gestellt, weil für eine Zwangsernährung eine Sedierung notwendig ist; eine solche Sedierung kann jedoch aufgrund des schlechten Allgemeinzustands der Patientin auch zum Tod führen. Dieses Argument spräche aus medizinischen Gründen gegen die Durchführung der Zwangsernährung unter Sedierung. Zudem besteht bei Zwangsernährung, wie oben erwähnt, die Gefahr von Pneumonien oder eines *Refeeding*-Syndroms.

30 Grisso / Appelbaum.

31 Schmitz, Dagmar / Ernst, Jean-Philippe: „Kommentar II zum Fall: Behandlungsabbruch bei Anorexie?“ *Zeitschrift für Ethik in der Medizin* 22, 2010, S. 135–137. In der Schweiz wäre die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde KESB einzubeziehen.

Einerseits wären also Zwangsmaßnahmen angesichts der zweifelhaften Einwilligungsfähigkeit ethisch gerechtfertigt, andererseits sind sie medizinisch möglicherweise unverhältnismäßig bzw. in der Abwägung aller Optionen nutzlos und somit wiederum ethisch nicht zu rechtfertigen. Sollen also aufgrund des fraglichen Nutzens und wegen der oben skizzierten Gefahren einer Zwangsernährung bei Lisa S. alle kurativen Maßnahmen abgebrochen und auf eine rein palliative Betreuung umgestellt werden? Nach Lopez, Jager und Feinstein kann eine kurative Behandlung bei Vorliegen folgender Kriterien als nutzlos („*futile*“) beurteilt werden: 1. Eine schlechte Prognose; 2. fehlende nachhaltige Wirkung indizierter und kompetenter Behandlungen; 3. kontinuierliche physische und psychische Zustandsverschlechterung; und 4. Anzeichen einer unaufhaltbaren terminalen Entwicklung.³²

Zwar treffen die ersten drei Kriterien auf den Fall von Lisa S. zu. Dennoch ist eine sofortige Umstellung von kurativen Maßnahmen auf eine rein palliative Betreuung nicht zu empfehlen, da nach wie vor eine kleine Chance auf Heilung besteht und es sich somit nicht um eine unaufhaltbare terminale Entwicklung handelt (Kriterium 4). Hinsichtlich der Palliativbehandlung von Anorexie-Patientinnen sind Schmitz und Ernst³³ mit Verweis auf die existierende Literatur zum Thema der Auffassung, dass diese in der Regel erst bei einem mindestens 10- bis 15-jährigen Krankheitsverlauf und einem höheren Lebensalter der Patientinnen gerechtfertigt ist, da die Prognose zu einem früheren Zeitpunkt nicht der von typischen Palliativpatienten entspricht. Die 19-jährige Lisa S. fällt nicht in diese Kategorie.

Wir möchten eine mögliche Alternative zu den bisher beschriebenen klassischen Entscheidungspfaden, die sich zwischen Zwangstherapie und palliativer Therapie bewegen, aufzeigen. Trotz der scheinbar fehlenden Krankheitseinsicht und der – laut Lehrbuch – damit fehlenden Einwilligungsfähigkeit, möchten wir die Möglichkeit diskutieren, dass Lisa S. angesichts eines sehr schwerwiegenden Verlaufs ihrer Krankheit dennoch eine wohlabgewogene Entscheidung treffen kann.

Zunächst möchten wir festhalten, dass die *Anorexia nervosa* unheilbar und mit einer dauerhaft schlechten Lebensqualität verbunden sein kann. Der Fall von Lisa S. scheint sehr schwerwiegend zu sein; alle Therapieversuche sind bisher weitestgehend erfolglos geblieben. In ihrem Fall verläuft also trotz vieler Behandlungsversuche die Erkrankung chronisch, die Lebensqualität ist zunehmend

32 Lopez, Amy / Jager, Yoel / Feinstein, Robert E.: “Medical Futility and Psychiatry: Palliative Care and Hospice Care as a Last Resort in the Treatment of Refractory Anorexia Nervosa”. *International Journal of Eating Disorders* 43(4), 2010, S. 372–377.

33 Schmitz / Ernst.

schlecht, und die Patientin äußert sich dahingehend, lebensverlängernde, potentiell kurative Therapien nicht mehr weiter fortführen zu wollen. Dies kann, unserer Meinung nach, auch als eine wohlabgewogene Entscheidung im Hinblick auf eine Therapiezieländerung gelten.³⁴

Doch muss die Respektierung ihrer Autonomie nicht zwangsläufig in einem Therapieverzicht, bzw. palliativer Therapie und möglichem Tod münden. Bei erneutem Blick auf die Fallbeschreibung wird deutlich, dass es Lisa S. größter Wunsch ist, endlich in Ruhe gelassen zu werden, was den Umgang mit ihrem Körper angehe. Falls sie wegen ihres Gewichts in akute Lebensgefahr gerate, nehme sie lieber den Tod in Kauf, als sich ein weiteres Mal therapieren zu lassen.

Lisa S. wünscht sich also nicht den Tod oder eine palliative Therapie, sondern sie nimmt den Tod in Kauf, um nicht weiter behandelt zu werden. Dies lässt darauf schließen, dass sie den Eindruck hat, es gäbe nur eine Zwangstherapie oder eine palliative Therapie als Handlungsoptionen.

Möglicherweise ist jedoch in der vorliegenden Situation ein kreativer Mittelweg zwischen explizit kurativem und explizit palliativem Ziel zu suchen.³⁵ Der massive Eingriff in ihre Freiheit durch eine Zwangsbehandlung, die problematische Verhältnismäßigkeit der Maßnahme und vor allen Dingen die Willensäußerung der chronisch kranken Patientin sprechen dafür, zusammen mit der Patientin und ihren Eltern eine mögliche Umstellung auf alternative Maßnahmen zu evaluieren.³⁶ Eine solche alternative Maßnahme könnte zunächst einmal in einem veränderten therapeutischen Setting bestehen, in dem die Patientin zwar noch immer begleitet, aber nicht zur Gewichtszunahme gedrängt oder gar gezwungen wird.³⁷ Das Ziel ist nicht die palliative Therapie, sondern die Ermöglichung einer möglichst guten Lebensqualität mit der Option, neue Kräfte zu erlangen, und die Respektierung von Lisa S.' Wünschen hinsichtlich der therapeutischen Begleitung, also einer Zurückhaltung aller therapeutischen Versuche, ihr Essverhalten zu ändern. Zentral wäre dabei, dass Lisa S. dennoch jederzeit die Möglichkeit hätte, von solch einer zurückhaltenden Behandlungsstrategie wieder auf eine explizit kurative Therapie mit dem Ziel einer Gewichtszunahme umzusteigen.³⁸

34 Wild, Verina / Krones, Tanja: „Kommentar I zum Fall: Behandlungsabbruch bei Anorexie?“ *Zeitschrift für Ethik in der Medizin* 22, 2010, S. 133–144.

35 Trachsel, Manuel et al.: “Compulsory Treatment in Chronic Anorexia Nervosa by All Means? Searching for a Middle Ground between a Curative and a Palliative Approach.” *American Journal of Bioethics* 15(7), 2015.

36 Ibid.

37 Ibid.

38 Ibid.

Bisher haben wir eine Abwägung zwischen dem Respekt vor der Autonomie der Patientin und Wohltun aus Sicht der Angehörigen und des Behandlungsteams vorgenommen. Es ist dabei unerwähnt geblieben, dass die Weiterführung der bisherigen Behandlungsversuche auch das ethische Prinzip der Gerechtigkeit tangiert.³⁹ Die Patientin nimmt sehr viele personelle Ressourcen der Station in Anspruch, die damit nicht zur Behandlung anderer Patienten zur Verfügung stehen, ohne oder nur mit geringer Aussicht auf einen Behandlungserfolg.

VII. Fazit

Wir stehen also einer komplexen Entscheidungssituation gegenüber, die verschiedene Prinzipien tangiert. Es ist aus unserer Sicht nicht möglich, eine generalisierbare, an oben aufgeführte Kriterien angelehnte Antwort auf den Fall von Lisa S. zu finden. Stattdessen möchten wir für die Suche nach kreativen, individuellen Lösungsmöglichkeiten plädieren, um dieser Situation gerecht zu werden. Dafür sind beispielsweise strukturierte Instrumente der ethischen Entscheidungsfindung im Team wie ein gemeinsames Brainstorming ein hilfreicher Ansatz. Hier zeigt sich des Öfteren, dass sich neben den zunächst konfliktbeladenen Lösungswegen mit zwei sich ausschließenden Handlungsoptionen weitere Alternativen ergeben, die sowohl eine bestmögliche Abwägung relevanter Prinzipien als auch eine gangbare Lösung für die Situation darstellen. So wäre eine „zurückhaltende Therapie auf Probe“ in einer anderen Institution möglicherweise ein dritter Weg, auf den sich das Behandlungsteam mit der Patientin und ihren Eltern verständigen könnte.⁴⁰ Je nach Verlauf müsste entschieden werden, wie weit sich begleitende Therapeutinnen und Therapeuten zurückziehen sollten. Durch diese Maßnahmen könnte man versuchen, die Patientin zu entlasten und ihr die Möglichkeit geben, sich über ihren weiteren Weg klar zu werden – um im besten Fall wieder Lebenskraft beziehungsweise Therapiemotivation zu schöpfen. Gleichzeitig bliebe dabei die Wiederaufnahme eines kurativen therapeutischen Vorgehens mit einer langsamen Steigerung des Körpergewichts, medikamentöser Unterstützung und begleitender intensiver Psychotherapie als Option erhalten.

VIII. Literatur

Aardema, Frederick / O'Connor, Kieron: "The Menace Within: Obsessions and the Self". *International Journal of Cognitive Therapy* 21, 2007, S. 182–197.

39 Beauchamp / Childress.

40 Trachsel et al. 2015; Wild / Krones.

- Beauchamp, Tom L. / Childress, James F.: *Principles of Biomedical Ethic*. Oxford University Press: New York 2013.
- Berghmans, Ron: "Capacity and Consent". *Current Opinions in Psychiatry* 14, 2011, S. 491–499.
- Birmingham, C. Laird et al.: "The Mortality Rate from Anorexia Nervosa". *International Journal of Eating Disorders* 38(2), 2005, S. 143–146.
- Blinder, Barton J. / Cumella, Edward J. / Sanathara, Visant, A.: "Psychiatric Comorbidities of Female Inpatients with Eating Disorders". *Psychosomatic Medicine* 68(3), 2006, S. 454–462.
- Buchanan, Allen E. / Brock, Dan W.: *Deciding for Others: The Ethics of Surrogate Decision Making*. Cambridge University Press: Cambridge 1989.
- Dworkin, Gerald: "Paternalism". In: Talta, Edward D. (Hrsg.): *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. 2014, retrieved 30.01.2015, from <http://plato.stanford.edu/entries/paternalism/>.
- Engelhardt, H. Tristram Jr: "Advance Directives and the Right to Be Left Alone". In: Hackler, Chris / Moseley, Ray / Vawter, Dorothy E. (Hrsg.): *Advance Directives in Medicine*. Praeger: New York 1989, S. 141–154.
- Faden, Ruth R. / Beauchamp, Tom L.: *A History and Theory of Informed Consent*. Oxford University Press: New York 1986.
- Feinberg, Joel: "Legal Paternalism". *Canadian Journal of Philosophy* 1(1), 1971, S. 105–124.
- Fichter, Manfred M. / Quadflieg, Norbert / Hedlund, Susanne: "Twelve-Year Course and Outcome Predictors of Anorexia Nervosa". *International Journal of Eating Disorders* 39(2), 2006, S. 87–100.
- Fost, Norman: "Food for Thought: Dresser on Anorexia Nervosa". *Wisconsin Law Review* 2, 1984, S. 375–384.
- Frauenknecht, Sabine: „Schlafstörungen und Essstörungen“. In: Lieb, Klaus / Frauenknecht, Sabine / Brunnhuber, Stefan (Hrsg.): *Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie*. Elsevier: München 2008, S. 337–367.
- Graubner, Bernd: ICD-10-GM 2015 *Alphabetisches Verzeichnis: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme*. Deutscher Ärzte-Verlag: Köln 2014, Kapitel F50.0.
- Grisso, Tom / Appelbaum, Paul S: *Assessing Competence to Consent to Treatment: A Guide for Physicians and Other Health Professionals*. Oxford University Press: New York 1998.
- Hermann, Helena / Trachsel, Manuel / Biller-Andorno, Nikola.: "Physicians' Personal Values in Determining Medical Decision-Making Capacity: A Survey Study". *Journal of Medical Ethics*, accepted for publication.

- Konstantakopoulos, George et al.: "Insight in Eating Disorders: Clinical and Cognitive Correlates". *Psychological Medicine* 41(9), 2011, S. 1951–1961.
- Lopez, Amy / Jager, Yoel / Feinstein, Robert E.: "Medical Futility and Psychiatry: Palliative Care and Hospice Care as a Last Resort in the Treatment of Refractory Anorexia Nervosa". *International Journal of Eating Disorders* 43(4), 2010, S. 372–377.
- Moye, Jennifer / Marson, Daniel C.: "Assessment of Decision-Making Capacity in Older Adults: an Emerging Area of Practice and Research". *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 62, 2007, S. 3–11.
- Oldershaw, Anna et al.: "Emotional Theory of Mind and Emotional Awareness in Recovered Anorexia Nervosa Patients". *Psychosomatic Medicine* 2(1), 2010, S. 73–79.
- Ramsay, Rosalind et al.: "Compulsory Treatment in Anorexia Nervosa. Short-Term Benefits and Long-Term Mortality". *British Journal of Psychiatry* 175, 1999, S. 147–153.
- Sato, Yasuhiro et al.: "Neural Basis of Impaired Cognitive Flexibility in Patients with Anorexia Nervosa". *PLOS ONE* 8(5), 2013, e61108.
- Schmitz, Dagmar / Ernst, Jean-Philippe: „Kommentar II zum Fall: Behandlungsabbruch bei Anorexie?“ *Zeitschrift für Ethik in der Medizin* 22, 2010, S. 135–137.
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW: *Zwangsmassnahmen in der Medizin. Medizinisch-ethische Richtlinien*. SAMW: Basel 2005.
- Silber, Thomas J.: "Treatment of Anorexia Nervosa Against the Patient's Will: Ethical Considerations". *Adolescent Medicine State of the Art Reviews* 22, 2011, S. 283–288.
- Trachsel, Manuel et al.: "Compulsory Treatment in Chronic Anorexia Nervosa by All Means? Searching for a Middle Ground between a Curative and a Palliative Approach". *American Journal of Bioethics* 15(7), 2015, S. 55–56.
- Trachsel, Manuel / Hermann, Helena / Biller-Andorno, Nikola.: „Urteilsfähigkeit: Ethische Relevanz, konzeptuelle Herausforderung und ärztliche Beurteilung“. *Swiss Medical Forum* 14(11), 2014, S. 221–225.
- Trachsel, Manuel / Mitchell, Christine / Biller-Andorno, Nikola.: "Advance Directives Between Respect for Patient Autonomy and Paternalism". In: Lack, Peter / Biller-Andorno, Nikola / Brauer, Susanne (Hrsg.): *Advance Directives*. (International Library of Ethics, Law, and the New Medicine 54). Springer Science+Business Media: Dordrecht 2013, S. 169–179.
- Wild, Verina / Krones, Tanja.: „Kommentar I zum Fall: Behandlungsabbruch bei Anorexie?“ *Zeitschrift für Ethik in der Medizin* 22, 2010, S. 133–144.