

PRAKTISCHE FRAGEN IN DER MEDIZINISCHEN BETREUUNG VON HUNGERSTREIKENDEN

VEREIN DEMOKRATISCHER ÄRZTINNEN UND ÄRZTE (HRSG.)

1.Auflage – Dezember 2014

Herausgeber

Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte

Kantstr. 10 63477 Maintal

Tel.: 06181 - 432 348 // Mobil: 0172 185 8023

www.vdaeae.de // info@vdaeae.de

Autorinnen und Autoren

Thomas Kunkel, Arzt

Noemi Eich, Ärztin

Raimund Novak, Chirurg

Ingeborg Oster, Ärztin für Allgemeinmedizin

Einleitung	4
Ethische Abwägungen.....	5
Deklaration des Weltärztebundes von Malta zum Hungerstreik (1).....	6
Kritische Anmerkungen von uns zur Deklaration von Malta.....	10
Medizinische Aspekte	14
Pathophysiologie und körperliche Auswirkungen.....	14
Refeeding Syndrom	19
Organisatorisches	21
Gruppendynamiken.....	21
Aufgabenspektrum.....	21
Konkrete Tipps aus bisherigen praktischen Erfahrungen.....	23
Zusammenfassung	25
Zum Weiterlesen.....	27
Kontaktadressen	28
Referenzen	29
Kleine Checkliste	30
Vorbereitung	30
Dokumentation	30
Dienstplan und Verantwortlichkeiten	30
Kurzanamnese.....	31

EINLEITUNG

Seit 2012 fanden in der BRD etwa ein Dutzend Hungerstreikaktionen von Flüchtlingen bzw. Asylsuchenden statt. Schwerpunkt war zunächst Bayern, im Lauf des Jahres 2013 fanden weitere Aktionen in Berlin, Bitterfeld, Hannover und anderen Städten statt. Der letzte Hungerstreik wurde im November 2014 am Sendlinger Tor in München durchgeführt. Die Erfahrungen der Hungerstreikaktionen waren sehr unterschiedlich. Gemeinsam war ihnen, dass sich sowohl die Aktivistinnen und Aktivisten als auch das unterstützende Umfeld und nicht zuletzt die staatlichen Akteure kontinuierlich neu orientieren mussten.

Wir sind solidarisch mit dem Anliegen der Hungerstreikenden gegen die inhumane Asylpolitik und -praxis in der BRD zu protestieren. Die individuelle und politische Wertung des Hungerstreiks als Protestform wollen wir dabei vermeiden. Die Entscheidung treffen die Aktivistinnen und Aktivisten selbst. Auch wenn wir die Gründe für diese Entscheidung nicht immer nachvollziehen können, respektieren wir sie.

Die medizinisch tätigen Personen im Umfeld der vergangenen Hungerstreikaktionen standen stets vor der schwierigen Situation, dass nur wenige bis gar keine Informationen über das "richtige" Verhalten bei der Betreuung von Hungerstreikenden zur Verfügung stehen – weder medizinisch, noch rechtlich noch ethischer Art. Die vorhandene Literatur und Nachschlagewerke sind meist auf Englisch und auf die Bedingungen von Hungerstreiks von Gefangenen unter Haftbedingungen (und auf die in den Gefängnissen arbeitenden Ärztinnen und Ärzte) zugeschnitten.

Dieser Reader stellt den Versuch dar, eine Lücke zu schließen und all jenen Medizinerinnen und Medizinern, die sich ehrenamtlich in einer solchen Situation medizinisch engagieren, eine kurze Einführung und praktische Hilfe geben zu können.

Wir stellen dazu einige grundsätzliche ethische Abwägungen voran, gefolgt von medizinischen Grundlagen zur Physiologie des Hungers und zum Umgang mit dem Risiko eines Refeeding Syndroms nach Abbruch des Hungerstreiks. Schließlich haben wir noch einige praktische Hinweise und Fragen zusammengetragen, die im Rahmen eines Hungerstreiks nach unserer Erfahrung auftauchen können. Wir erheben dabei keinen Anspruch auf Vollständigkeit und freuen uns über Kommentare, Kritik und Ergänzungen.

Unser ganz besonderer Dank geht an alle, die uns in der Erstellung dieses Readers mit Hinweisen, Tipps, Verbesserungsvorschlägen und Korrekturen unterstützt haben, insbesondere Peter Hoffmann, Nadja Rakowitz, Ben Wachtler, Bernhard Winter und Andreas Wulf.

ETHISCHE ABWÄGUNGEN

Die Beispiele von individuellen und Gruppenerstreiks seit der zweiten Hälfte des vergangenen Jahrhunderts sind zahlreich. Die Proteste der RAF-Inhaftierten in der BRD 1974, jene der IRA-Gefangenen in Irland 1980/1981, die der kurdischen Gefangenen in der Türkei 2012 und jene der Häftlinge von Guantanamo 2013 sind wahrscheinlich die bekannteren Beispiele. Die Gemeinsamkeit aller dieser Hungerstreiks lag bzw. liegt darin, dass sie unter Haftbedingungen durchgeführt wurden.

Die Deklaration von Malta des Weltärztebundes wurde 1991 vor dem Hintergrund dieser Erfahrungen verabschiedet. Sie hat zweierlei Funktion: Erstens sollte und soll sie verbindliche Leitlinien für ethisches ärztliches Handeln in diesen Extremsituationen bereitstellen. Zweitens werden den mit der Versorgung und Betreuung der Hungerstreikenden betrauten Ärztinnen und Ärzten Handlungsoptionen im Spannungsfeld zwischen ärztlicher Aufgabe, Respekt der Autonomie der Patientinnen und Patienten sowie potentielle Loyalitätskonflikte mit den Erwartungshaltungen der Rahmeninstitution aufgezeigt. Ein großer Teil der ethischen Konflikte in diesen Situationen entstand unter anderem, wenn auch nicht ausschließlich, durch die ärztlich durchgeführte oder ärztlich autorisierte Zwangsernährung von hungerstreikenden Häftlingen.

Die derzeitige Situation der hungerstreikenden Asylsuchenden in der BRD stellt in diesem Sinne eine ganz neue Situation dar:

Erstens sind die Hungerstreikenden keine Häftlinge, auch wenn sie durch die Residenzpflicht, das Leben in Lagern und durch ihre in der Regel stark begrenzten finanziellen Möglichkeiten sowie die Sprachbarriere massiv in ihrer Lebensgestaltung eingeschränkt sind. Das ist politisch durchaus so gewollt; während des Asylverfahrens werden den asylsuchenden Menschen Grundrechte vorenthalten.

Zweitens hat keine der aktuellen Hungerstreikaktionen bisher eine ärztliche Zwangsernährung und unseres Wissens auch keine andere ärztliche Zwangsbehandlung zur Folge gehabt.

Dennoch sind diese Szenarien nicht unrealistisch und die Deklaration von Malta kann und sollte als zentrales Dokument von all jenen zur Kenntnis genommen werden, die sich mit der Betreuung von Hungerstreikenden befassen oder dazu beauftragt sind. Wir dokumentieren die Erklärung deshalb hier in voller Länge.

DEKLARATION DES WELTÄRZTEBUNDES VON MALTA ZUM HUNGERSTREIK (1)

verabschiedet von der 43. Generalversammlung des Weltärztesbundes Malta, November 1991, revidiert von der 44. Generalversammlung des Weltärztesbundes Marbella, Spanien, September 1992, und revidiert von der 57. Generalversammlung des Weltärztesbundes in Pilanesberg, Südafrika, Oktober 2006

PRÄAMBEL

1. Hungerstreiks finden zwar in verschiedenen Umgebungen statt, sie führen jedoch vor allem in Einrichtungen zu Konfliktsituationen, in denen Menschen eingesperrt sind (Strafanstalten, Gefängnisse und Auffanglager für Immigranten). Sie sind oftmals eine Form des Protests von Menschen, die keine anderen Möglichkeiten haben, um ihren Forderungen Ausdruck zu verleihen. Durch die Nahrungsverweigerung für eine signifikante Zeitspanne und die damit verbundenen negativen Schlagzeilen für die Behörden hoffen sie in der Regel, einige ihrer Forderungen durchsetzen zu können. Kurzfristige oder simulierte Nahrungsverweigerungen führen selten zu ethischen Problemen. Ernstgemeinte und lang anhaltende Hungerstreiks können zum Tod oder zu Dauerschäden bei den Hungerstreikenden führen und Ärzte in eine Konfliktsituation bringen. Hungerstreikende wollen zwar in der Regel nicht sterben, manche sind aber bereit, zur Erreichung ihrer Ziele den Tod in Kauf zu nehmen. Ärzte müssen die wahre Absicht des Hungerstreikenden in Erfahrung bringen, insbesondere bei Kollektivstreiks oder in Situationen, in denen Gruppenzwang ein Faktor sein kann. Eine ethische Konfliktsituation entsteht, wenn Hungerstreikende, die klare Anweisungen erteilt haben, sie nicht wiederzubeleben, ein Stadium der kognitiven Schädigung erreichen. Zwar fühlen sich Ärzte aufgrund der Grundsätze der Barmherzigkeit verpflichtet, sie wiederzubeleben, aber der Respekt vor dem Selbstbestimmungsrecht des einzelnen hält Ärzte davon ab, wenn eine valide und aufgeklärte Ablehnung vorliegt. Ein weiteres Problem gibt es in Haftanstalten, weil nicht immer klar ist, ob die zuvor erteilten Anweisungen des Hungerstreikenden freiwillig und nach entsprechender Aufklärung über die Konsequenzen des Hungerstreiks gemacht wurden. Mit diesen schwierigen Situationen befassen sich diese Leitlinien und das Hintergrundpapier.

GRUNDSÄTZE

2. Die Pflicht, ethisch zu handeln. Alle Ärzte sind in ihrem beruflichen Kontakt zu schutzbedürftigen Menschen der ärztlichen Ethik verpflichtet, auch wenn keine Behandlung vorgenommen wird. Welche Funktion sie auch immer ausüben, Ärzte müssen versuchen, Nötigung oder Misshandlung von Inhaftierten zu verhindern und sie müssen protestieren, wenn sie davon erfahren.

3. Respekt der Autonomie des Patienten. Ärzte müssen die Autonomie des Hungerstreikenden respektieren. Das kann jedoch problematisch sein, wenn die wahren Intentionen des

Hungerstreikenden nicht so klar sind, wie es scheint. Jeder Entscheidung fehlt die moralische Grundlage, wenn sie unfreiwillig durch Anwendung von Drohungen, Gruppenzwang oder Nötigung herbeigeführt wurde. Hungerstreikende dürfen nicht zwangsweise behandelt werden, wenn sie dies ablehnen. Zwangsernährung verstößt gegen eine aufgeklärte und freiwillige Ablehnung und ist daher nicht zu rechtfertigen. Eine mit der ausdrücklichen oder impliziten Zustimmung des Hungerstreikenden durchgeführte künstliche Ernährung ist ethisch vertretbar.

4. "Fürsorge" und "Schaden". Ärzte müssen ihre Kenntnisse und Fähigkeiten zum Wohle ihrer Patienten einsetzen. Das ist das Prinzip der "Fürsorge", das ergänzt wird durch das Prinzip der "Schadensvermeidung" oder *primum non nocere*. Diese beiden Prinzipien müssen im Gleichgewicht sein. "Fürsorge" bedeutet, die Wünsche der Patienten zu respektieren und ihr Wohlergehen zu fördern. "Schadensvermeidung" bedeutet nicht nur, Gesundheitsschäden möglichst gering zu halten, sondern auch, entscheidungskompetenten Menschen keine Behandlung aufzuzwingen oder sie zu nötigen, den Hungerstreik zu beenden. Fürsorge bedeutet nicht unbedingt, das Leben unter allen Umständen, ungeachtet anderer Werte, zu verlängern.

5. Loyalitätskonflikt. Ärzte, die sich um Hungerstreikende kümmern, können in einen Konflikt in Bezug auf ihre Loyalität gegenüber ihrem Arbeitgeber (beispielsweise die Gefängnisverwaltung) und ihrer Loyalität gegenüber den Patienten geraten. Ärzte mit doppelter Loyalität unterliegen den gleichen ethischen Grundsätzen wie andere Ärzte, d.h. ihre oberste Verpflichtung gilt dem einzelnen Patienten.

6. Klinische Unabhängigkeit. Ärzte müssen bei ihren Beurteilungen objektiv bleiben und dürfen Dritten nicht erlauben, ihre ärztliche Beurteilung zu beeinflussen. Sie dürfen sich nicht unter Druck setzen lassen, um gegen ethische Grundsätze zu verstoßen, beispielsweise ärztliches Eingreifen aus nichtklinischen Gründen.

7. Vertraulichkeit. Die ärztliche Schweigepflicht ist zwar wichtig für die Vertrauensbildung, aber nicht absolut. Sie kann aufgehoben werden, wenn durch die Nichtweitergabe von Informationen andere Menschen schweren Schaden nehmen. Wie bei anderen Patienten sollte auch bei Hungerstreikenden das Gebot der Vertraulichkeit respektiert werden, es sei denn, sie stimmen einer Weitergabe der vertraulichen Informationen zu oder die Weitergabe von Informationen ist erforderlich, um schweren Schaden zu verhindern. Wenn die Betroffenen zustimmen, sollten deren Angehörige und Rechtsberater über die Situation auf dem Laufenden gehalten werden.

8. Vertrauensgewinnung. Die Förderung des Vertrauens zwischen Ärzten und Hungerstreikenden ist oftmals der Schlüssel für eine Lösung, bei der sowohl die Rechte der Hungerstreikenden respektiert als auch die Gesundheitsschäden für die Hungerstreikenden möglichst gering gehalten werden. Durch die Gewinnung von Vertrauen können Möglichkeiten geschaffen werden, um schwierige Situationen zu

lösen. Ärzte sind auf Vertrauen angewiesen, wenn sie medizinischen Rat geben und offen mit Hungerstreikenden über die Grenzen dessen, was sie tun und nicht tun können, sprechen, einschließlich über Situationen, in denen sie die Vertraulichkeit nicht garantieren können.

LEITLINIEN FÜR DIE BEHANDLUNG VON HUNGERSTREIKENDEN

9. Ärzte müssen eine Beurteilung der geistigen Fähigkeiten der Patienten vornehmen. Dabei wird überprüft, ob ein Patient, der in einen Hungerstreik treten will, nicht an einer psychischen Störung leidet, die seine Fähigkeit, Entscheidungen über seine Gesundheit zu treffen, sehr stark beeinträchtigen würde. Patienten mit starken psychischen Störungen können nicht als Hungerstreikende betrachtet werden. Vielmehr müssen ihre psychischen Gesundheitsprobleme behandelt werden als dass man ihnen erlauben sollte, mit einem Hungerstreik ihre Gesundheit zu gefährden.

10. Ärzte sollten so früh wie möglich eine detaillierte Krankengeschichte des Patienten erheben, der in einen Hungerstreik treten will. Dabei sollten ihm die medizinischen Folgen aller eventuell vorhandenen Krankheiten erklärt werden. Ärzte sollten sicherstellen, dass Hungerstreikende die potentiellen gesundheitlichen Folgen eines Hungerstreiks verstehen und sie vorher in verständlicher Sprache vor den gesundheitlichen Nachteilen warnen.

Ärzte sollten auch erklären, wie Gesundheitsschäden möglichst gering gehalten oder hinausgezögert werden können, beispielsweise durch verstärkte Flüssigkeitsaufnahme. Da die Entscheidung eines Patienten in Bezug auf einen Hungerstreik folgeschwer sein kann, ist es von entscheidender Bedeutung sicherzustellen, dass der Patient die gesundheitlichen Folgen eines Hungerstreiks auch wirklich versteht. Auf der Grundlage bewährter Verfahren für die Einwilligung nach Aufklärung in der Gesundheitsversorgung sollte der Arzt sicherstellen, dass der Patient die übermittelten Informationen versteht, indem er ihn bittet, das zu wiederholen, was er verstanden hat.

11. Bei der Aufnahme des Hungerstreiks sollte eine gründliche Untersuchung des Hungerstreikenden durchgeführt werden. Mit dem Hungerstreikenden sollte über die Behandlung künftiger Symptome, einschließlich der, die mit dem Hungerstreik nichts zu tun haben, gesprochen werden. Außerdem sollten die Vorstellungen und Wünsche des Hungerstreikenden in Bezug auf die medizinische Behandlung im Falle eines länger andauernden Hungerstreiks festgehalten werden.

12. Manchmal akzeptieren Hungerstreikende intravenöse Salzlösungen oder andere Formen medizinischer Behandlung. Die Weigerung, bestimmte Eingriffe zu akzeptieren, darf keinen anderen Aspekt der gesundheitlichen Versorgung beeinträchtigen, beispielsweise die Behandlung von Infektionen oder Schmerzen.

13. Ärzte sollten mit Hungerstreikenden unter vier Augen sprechen, d.h. außer Hörweite anderer Personen, einschließlich anderer Inhaftierter. Eine klare Verständigung ist wichtig und gegebenenfalls sollten externe, d.h. nicht von der Haftanstalt beauftragte Dolmetscher, hinzugezogen werden, die ebenfalls die Schweigepflicht respektieren müssen.

14. Ärzte müssen sich vergewissern, dass es die freiwillige Entscheidung des Hungerstreikenden ist, die Nahrungsaufnahme oder eine ärztliche Behandlung zu verweigern. Hungerstreikende sollten vor Zwangsmaßnahmen geschützt werden. Ärzte können oftmals zur Erreichung dieses Ziels beitragen und sollten sich der Tatsache bewusst sein, dass die Nötigung von der Peer Group, den Behörden oder anderen, beispielsweise von Familienangehörigen, ausgehen kann. Ärzte oder andere Angehörige der Gesundheitsberufe dürfen keinerlei unangemessenen Druck auf den Hungerstreikenden ausüben, um den Hungerstreik abubrechen. Die Behandlung oder die Pflege des Hungerstreikenden dürfen nicht davon abhängig gemacht werden, dass dieser den Hungerstreik abbricht.

15. Wenn ein Arzt aus Gewissensgründen nicht in der Lage ist, die Entscheidung des Hungerstreikenden, ärztliche Behandlung oder künstliche Ernährung zu verweigern, zu akzeptieren, dann sollte der Arzt dies gleich zu Beginn klar zum Ausdruck bringen und den Hungerstreikenden an einen anderen Arzt überweisen, der bereit ist, die Entscheidung des Hungerstreikenden zu akzeptieren.

16. Die ständige Kommunikation zwischen Arzt und Hungerstreikendem ist von entscheidender Bedeutung. Der Arzt sollte sich täglich davon überzeugen, ob sein Patient den Hungerstreik fortsetzen will und was getan werden soll, wenn der Hungerstreikende seinen Willen nicht mehr in verständlicher Weise zum Ausdruck bringen kann. Diese Ergebnisse müssen in angemessener Weise schriftlich festgehalten werden.

17. Wenn ein Arzt die Betreuung übernimmt, ist der Hungerstreikende vielleicht nicht mehr in der Lage, seinen Willen zum Ausdruck zu bringen, so dass es keine Möglichkeit mehr gibt, mit dem Hungerstreikenden über seine Wünsche in Bezug auf eine medizinische Intervention zur Lebenserhaltung zu sprechen. Zu beachten sind daher alle vom Hungerstreikenden zuvor erteilten Anweisungen. Zuvor erteilte Anweisungen in Bezug auf die Ablehnung einer medizinischen Behandlung müssen respektiert werden, wenn sie den freiwilligen Wunsch des entscheidungskompetenten Hungerstreikenden widerspiegeln. Bei zuvor erteilten Anweisungen in Haftanstalten muss berücksichtigt werden, dass diese möglicherweise unter Druck zustande gekommen sind. Hat ein Arzt ernsthafte Zweifel an der Intention des Hungerstreikenden, dann müssen alle Anweisungen mit äußerster Vorsicht behandelt werden. Wenn zuvor erteilte Anweisungen freiwillig und nach ausreichender Aufklärung gemacht wurden, können sie in der Regel nur aufgehoben werden, wenn sie unwirksam werden, weil sich die Situation, in der die Entscheidung

getroffen wurde, grundlegend geändert hat, da der Betroffene seine Entscheidungskompetenz verloren hat.

18. Wenn ein Gespräch mit dem Hungerstreikenden nicht möglich ist und es keine zuvor erteilten Anweisungen gibt, dann muss der Arzt das tun, was er im Interesse seines Patienten für das Beste hält. Dies bedeutet, dass der Arzt bei seiner Entscheidung die vom Hungerstreikenden zuvor zum Ausdruck gebrachten Wünsche, persönlichen und kulturellen Wertvorstellungen sowie den physischen Gesundheitszustand berücksichtigen muss. Gibt es keinerlei Hinweise auf zuvor vom Hungerstreikenden geäußerten Wünsche, dann sollte der Arzt ohne die Einbeziehung Dritter entscheiden, ob der Hungerstreikende ernährt werden soll oder nicht.

19. Ärzte können es für vertretbar halten, zuvor erteilte Anweisungen in Bezug auf die Ablehnung einer Behandlung zu ignorieren, wenn sie beispielsweise glauben, dass die Entscheidung zur Ablehnung einer Behandlung unter Druck herbeigeführt wurde. Wenn Hungerstreikende, nachdem sie wiederbelebt worden sind und ihre geistigen Fähigkeiten wiedererlangt haben, ihre Absicht zur Fortsetzung des Hungerstreiks wiederholen, dann sollte diese Entscheidung respektiert werden. Es ist ethisch, einem zum Hungerstreik Entschlossenen zu erlauben, in Würde zu sterben; es wäre aber unethisch, ihn gegen seinen Willen wiederholten Interventionen zu unterziehen.

20. Künstliche Ernährung kann ethisch vertretbar sein, wenn der entscheidungskompetente Hungerstreikende dem zustimmt. Sie ist auch akzeptabel, wenn entscheidungsinkompetente Hungerstreikende keine zuvor ohne Zwang erteilten Anweisungen in Bezug auf die Ablehnung einer künstlichen Ernährung abgegeben haben.

21. Zwangsernährung ist niemals ethisch vertretbar. Selbst wenn damit eine Heilwirkung erzielt werden soll, ist die mit Drohungen, Nötigung, Zwang und Anwendung physischer Gewalt verbundene Ernährung eine Form der unmenschlichen und entwürdigenden Behandlung. Gleichermaßen abzulehnen ist die Zwangsernährung einiger Inhaftierter, um andere Hungerstreikende einzuschüchtern oder zu zwingen, ihren Hungerstreik abubrechen.

KRITISCHE ANMERKUNGEN VON UNS ZUR DEKLARATION VON MALTA

INFORMED CONSENT

Die ethische Grundlage der Deklaration und der darin formulierten Leitlinie ist das Konzept des „Informed Consent“, das heutzutage im Prinzip der Standard in der Medizin- und Bioethik ist. Er basiert auf einem aufgeklärten Menschenbild und entstand historisch u.a. aus der Kritik am

Paternalismus im Arzt-Patienten Verhältnis und vor allem vor dem Hintergrund von verbrecherischen Menschenversuchen durchgeführt von deutschen Medizinern während des Nationalsozialismus. Die praktische Umsetzung des Informed Consent setzt ein relativ hohes Maß an Autonomie und Entscheidungskompetenz auf Seiten des Patienten voraus. Dazu ist eine gemeinsame Kommunikationsbasis notwendig, d.h. in erster Linie Sprache aber auch ein gemeinsames Verständnis der Aspekte, die die Entscheidungsfindung beeinflussen, wie z.B. ähnliche Vorstellung von Individualität, Krankheitskonzepte und Körperbilder. Dieses Verständnis ist jedoch nicht in allen Gesellschaften identisch, was eine Entscheidungsfindung in der Praxis nach westeuropäisch geprägten Kategorien in diesen Fällen stark erschweren kann. Auch die schon erwähnten eingeschränkten politischen und sozialen Rechte der Hungerstreikenden behindern die Autonomie von Entscheidungsmöglichkeiten wesentlich.

Wir halten es für wichtig, auf diese sozio-kulturellen Schwierigkeiten aufmerksam zu machen, um damit dem Eindruck entgegenzuwirken, die Vorstellungen und Ideen, auf denen der Informed Consent basiert, seien universal und überall gleichermaßen umzusetzen.

Wir denken dennoch, dass das Vorgehen auf Basis des Informed Consent - wie auch in der Deklaration von Malta beschrieben - im deutschen Kontext eine sinnvolle Herangehensweise an die schwierige Situation der Begleitung Hungerstreikender ist. Nicht zuletzt deshalb, weil die Gespräche mit den Hungerstreikenden und die Dokumentation ihres Willens und ihrer Entscheidungen im deutschen Kontext eine hohe rechtliche Relevanz haben, gerade im Hinblick auf ein mögliches juristisches Nachspiel.

ROLLENVERTEILUNG

Die Deklaration von Malta ist in Hinblick auf die Rollenverteilung unscharf formuliert. Hungerstreikende werden mit Patientinnen und Patienten gleichgesetzt und die Begriffe fast synonym verwendet. Der oder die Hungerstreikende ist jedoch primär keine Patientin bzw. kein Patient.

Hungerstreikende verfügen dort über Entscheidungsfreiheit, wo Patientinnen und Patienten keine haben, und umgekehrt. Patientinnen und Patienten führen in aller Regel ihren veränderten Gesundheitszustand nicht willentlich herbei. Dieser Zustand widerfährt ihnen. Dennoch sind sie in der Regel in der Lage, sich bezüglich ihrer therapeutischen Optionen (oder bei der Ablehnung von Therapiemaßnahmen) einen gewissen Entscheidungsspielraum zu wahren – z.B. eine ärztliche Zweitmeinung einzuholen, oder die notwendige Zeit und Sprachkenntnis zu haben, bestimmte Maßnahmen und Therapieansätze kritisch abzuwägen und zu diskutieren.

Der oder die Hungerstreikende fällt die Entscheidung zum Hungerstreik selbst, ebenso wie die Entscheidung zu dessen Fortsetzung und gegebenenfalls Verschärfung zum trockenen Hungerstreik. Die Rahmenbedingungen, unter denen die Entscheidungsfindung stattfindet, sind jedoch sowohl für Inhaftierte als auch Asylsuchende wesentlich restriktiver durch Sprachbarrieren, Mangel an Freizügigkeit bzw. Inhaftierung und den Entzug grundlegender bürgerlicher Rechte. Schon das in Betracht Ziehen des Hungerstreiks als „letzte“ Protestmaßnahme kann aus Verzweiflung über die als ausweglos wahrgenommene eigene Situation Ausdruck dieser eingeschränkten Autonomie sein.

Trotz vielerorts kritischer Reflexion bleiben die

„[...] Rollendefinitionen von Arzt und Patient mit Asymmetrie und sozialer Distanz verbunden. Ärzte und Patienten unterscheiden sich in der Regel in ihrer sozialen Herkunft, im Lebensstil und bezüglich ihres Wissens um Gesundheit und Krankheit. Der Arzt ist Experte, der Patient ist Laie. Für den Arzt ist die Behandlungssituation tägliche Routine, für den Patienten dagegen meist eine Ausnahmesituation. Die Entscheidungsmacht liegt eindeutig auf Seiten des Arztes.“

(2)

Die Herausforderung für solidarische Ärztinnen und Ärzte unter den speziellen Bedingungen eines Hungerstreiks liegt nun darin, die Asymmetrie des Verhältnisses soweit wie möglich zu reflektieren, transparent zu machen und auszugleichen. Es gilt, das Verhältnis zu den Hungerstreikenden als Aktivistinnen und Aktivistinnen einerseits und als (potentielle) Patientinnen und Patienten andererseits möglichst „auf Augenhöhe“ zu gestalten.

DAS EIGENE SELBSTVERSTÄNDNIS: ZUR DISKUSSION

Nach unserer Erfahrung tauchen in der Praxis viele zusätzliche Fragen auf, die eng mit dem eigenen professionellen Selbstverständnis als solidarische und ehrenamtliche medizinische Helferinnen und Helfer verbunden sind. Wir können und wollen an dieser Stelle keine allgemeingültigen Antworten und pauschalen Lösungen anbieten. Wichtig ist es, diese Fragen für sich selbst und optimalerweise in einer Bezugsgruppe mit Gleichgesinnten vor und während des Protestes zu diskutieren.

Eine Kernfrage ist, wie man sich gegenüber den von offizieller bzw. staatlicher Seite bestellten Ärztinnen und Ärzten sowie dem Rettungsdienst verhält. Das ist oft eine sehr ambivalente Situation und solidarische Medizinerinnen und Mediziner finden sich schnell vor die Herausforderung gestellt, Ansprüchen von verschiedenen Seiten gerecht werden zu müssen. Das gilt nicht nur aber insbesondere in Hinblick auf das „worst case scenario“: Wie verhält man sich falls Hungerstreikende konsequent jede medizinische Behandlung ablehnen?

Bisher war das in keiner Hungerstreiksituation der Fall, in letzter Konsequenz würde das aber bedeuten, dass die Einleitung von medizinischen Maßnahmen, d.h. auch Infusionen, parenterale Ernährung, Reanimationsmaßnahmen etc. gemäß der oben dokumentierten Malta Deklaration unethisch wären.

Eine derartige Zuspitzung der Situation braucht vor allem eine klare Absprache mit den Betroffenen vor Ort über die Rolle, Möglichkeiten und Grenzen einer ehrenamtlichen medizinischen Betreuung, die ja meist in einem „nicht-klinischen Setting“, also außerhalb eines Krankenhauses oder spezieller Behandlungsräume stattfindet, was invasive und weitergehende medizinische Maßnahmen schwierig bzw. unmöglich macht.

Ebenso ist eine lückenlose Vorbereitung und insbesondere Dokumentation der Vorgespräche zwingend notwendig. Willensbekundungen, die erst mehrere Tage nach dem Beginn des Hungerstreiks geäußert bzw. dokumentiert wurden, stehen rechtlich mit hoher Wahrscheinlichkeit auf sehr dünnem Eis.

Erst auf dieser Grundlage können ehrenamtliche medizinische Unterstützerinnen und Unterstützer entsprechend selbstsicher gegenüber anderen Akteuren, wie dem Rettungsdienst, Amtsärzten, Krankenhauspersonal, etc. auftreten und als Anwältin bzw. Anwalt der Hungerstreikenden und ihrer Interessen wirken.

Eine weitere wichtige Frage ist, wie damit umzugehen ist, wenn im Rahmen eines Vorgesprächs und der Anamnese zusätzliche behandlungsbedürftige Gesundheitsprobleme bei einzelnen Aktivistinnen und Aktivisten vorliegen. Selbst wenn dann im Rahmen des Hungerstreiks eine medizinische Versorgung seitens der Hungerstreikenden erwünscht wäre, ist der Zugang zum Gesundheitssystem oft nicht ohne weiteres herzustellen.

MEDIZINISCHE ASPEKTE

Nach den ethischen und grundsätzlichen Überlegungen möchten wir im folgenden Abschnitt einige konkrete Informationen zu praktischen Fragen der medizinischen Versorgung dokumentieren. Dazu möchten wir ausdrücklich darauf hinweisen, dass dieser Reader nur eine Einführung in das Thema und eine kurze Übersicht bieten kann.

Wir möchten diesem Kapitel den dringenden Appell voranstellen, dass die verantwortungsvolle Aufgabe der Begleitung von Hungerstreikenden ein umfassendes fachliches Know-How voraussetzt, das weit über die Informationen dieses Readers hinausgeht und es einer konsequenten, idealerweise 24-stündigen Betreuung bedarf.

Wir wissen jedoch auch, dass es meist Studierende sowie Berufsanfängerinnen und -anfänger aus verschiedenen medizinischen Fachrichtungen und Gesundheitsberufen sind, die in erster Linie gefragt werden, und die sich eine konkrete Umsetzung der Unterstützung vorstellen können. Wichtig ist nicht zu vergessen: Niemand schafft das allein. Es ist elementar, sich von Anfang an weitere Unterstützung zu suchen. Kontaktadressen finden sich im Anhang auf Seite 28.

PATHOPHYSIOLOGIE UND KÖRPERLICHE AUSWIRKUNGEN

Um deutlich zu machen, welche gesundheitlichen Folgen sich durch einen Hungerstreik einstellen können, beginnen wir mit den Veränderungen des Körpers beim Hungern. Wir unterscheiden drei verschiedene Formen des Nahrungsmangels, die wir gesondert aufführen, da sie zu verschiedenen Auswirkungen führen.

DREI TYPEN DES NAHRUNGSMANGELS:

1. Vollständige Nahrungskarenz: Flüssigkeitsaufnahme in Form von Wasser aber ohne Zusatzstoffe wie Vitamine oder Elektrolyte
 2. Teilweise Nahrungskarenz: Aufnahme bestimmter Nährstoffe zusätzlich zu Wasser wie z.B. Vitaminpräparate, Elektrolyte, Milch oder Zucker. Man sollte sich aber nicht täuschen lassen, denn auch diese Form des „teilweisen Hungerns“ kann zum Tode führen.
 3. Absolute bzw. „trockene“ Nahrungskarenz: Verzicht jeglicher Aufnahme von fester oder flüssiger Nahrung, also auch kein Wasser. Diese führt innerhalb weniger Tage zum Tod.
-

PATHOPHYSIOLOGIE DES HUNGERSTOFFWECHSELS

Bei der absoluten Nahrungskarenz, d.h. auch ohne Flüssigkeitszufuhr, treten die gesundheitlichen Probleme sehr schnell auf. Erste Symptome sind Sprachstörungen, Schwindel und Kraftlosigkeit bis hin zur Bewusstlosigkeit. In der Regel tritt der Tod innerhalb von 3 bis 4 Tagen durch Dehydratation, also Verdursten, ein.

Es gibt Berichte über Menschen, die in Wüstengegenden innerhalb eines einzigen heißen Tages verdursteten. Menschen benötigen Wasser sowohl in den Blut-Gefäßen zum Transport von Nährstoffen und Atemgasen, der Aufrechterhaltung des Blutdrucks als auch in den Zellen zur Aufrechterhaltung des Stoffwechsels und zur Thermoregulation. Allein durch die Geschwindigkeit der körperlichen Symptome und deren Gefährlichkeit ist ein Hungerstreik ohne Wasseraufnahme äußerst bedrohlich.

HUNGERSTOFFWECHSEL

Wir werden nun ausführlicher auf den Stoffwechsel unter Nahrungskarenz bei weiter bestehender Flüssigkeitsaufnahme eingehen. Die Stoffwechsellage beim Hungern und die körperlichen Folgen werden durch verschiedene Faktoren beeinflusst, die folgende Darstellung kann daher nur schematisch sein.

Während einer Hungerzeit kommt es zu einer Anpassung des Stoffwechsels an den Nährstoffmangel. Dies nennt man auch Hungeradaption. Der Stoffwechselumsatz kann sich auf etwa 50 Prozent reduzieren. Herzfrequenz, Blutdruck und Körpertemperatur sinken. Diese Schutzmechanismen ähneln einem „Winterschlaf“. Der Glucoseverbrauch des Gehirns verringert sich auf 30 Prozent des Ausgangswertes, beziehungsweise von 140 Gramm pro Tag auf ca. 40 Gramm pro Tag. Der restliche Energiebedarf wird durch Ketonkörper gedeckt. Der Insulinspiegel fällt ab.

Durch den Nährstoffmangel entsteht eine sog. katabole, d.h. die Energiereserven des Körpers aufzehrende Stoffwechsellage. Die Folge eines länger anhaltenden Nahrungsmangels ist die Auszehrung. Sie kann zum völligen Kräfteverfall führen, der auch Kachexie genannt wird. Der Körper muss bei Nahrungsentzug die notwendige Energie zum Erhalt wichtiger Körperfunktionen zunächst aus Energiespeichern, dann aus der Substanz gewinnen. Nacheinander werden so zur Deckung des Energiebedarfs Energievorräte in Form von Kohlenhydraten (z. B. Glykogen in der Leber), Fetten (z. B. subkutanes Fettgewebe) und schließlich auch Proteinen (z. B. Muskulatur) angegriffen.

Abhängig von der Kalorienzufuhr können täglich bis zu 150 Gramm Triglyceride (Körperfett) aus dem Fettgewebe zu Fettsäuren und Glycerin abgebaut werden. Der größte Teil wird für die

Energieversorgung von Gehirn, Herz, Nieren und Muskeln benötigt. Über die Gluconeogenese (Aufbauweg für Glucose) kann aus Muskelprotein (Aminosäuren) Energie für das Gehirn gewonnen werden, welches nur Glucose und einige wenige andere Stoffe (z.B. Ketonkörper aus Fettsäuren durch die Ketogenese) zur Energiegewinnung verwenden kann.

Zunächst werden die kurzfristig zur Verfügung stehenden Energiereserven des Menschen in Anspruch genommen. Dazu gehört das Glykogen („Stärke“) der Leber, Nieren und der Muskeln, das in Traubenzucker umgewandelt wird. Diese schnell zur Verfügung stehenden Energiereserven liegen bei zirka 1.600 Kilokalorien und sind innerhalb von 1-2 Tage verbraucht.

PROTEINE

Anschließend beginnt der Eiweißabbau von etwa 50 bis 70 Gramm pro Tag. Vor allem Muskelproteine werden abgebaut, aber auch Proteine in anderen Zellen. Nach etwa zwei Wochen stellt sich der Stoffwechsel auf einen "Eiweißsparmechanismus" um. Die abgebauten Eiweiße werden im Sinne des Katabolismus entweder direkt verstoffwechselt oder zur Gluconeogenese aus Aminosäuren genutzt. Der anschließend verminderte Eiweißabbau (im Bereich von 20 bis 25 Gramm pro Tag) führt zu einer verminderten Harnstoffausscheidung (Harnstoff = Eiweißabbauprodukt) über den Urin. Durch Reduktion der Eiweißkonzentration im Blut (Hypoproteinämie) kommt es zur Ausbildung von sogenannten Hungerödemen durch Wasseransammlung im Gewebe. Der Eiweißverlust wirkt sich negativ auf das Immunsystem aus: Es hat sich gezeigt, dass es während des Hungerns häufiger zu Infekten kommt beziehungsweise dass sich bestehende Infekte verschlimmern oder manifest werden können. Leichtes Bewegungstraining in der Hungerzeit soll den Eiweißverlust in der Muskulatur vermindern können. Der Verlust an Muskelmasse, wobei auch der Herzmuskel betroffen ist, beträgt etwa 25 Prozent des gesamten Gewichtsverlustes. Es kommt dadurch zu körperlicher Schwäche und sichtbarem Muskelabbau. Nach sehr langem Hungern, etwa dann, wenn ein Drittel bis die Hälfte des gesamten Körpereiwisses abgebaut ist, kommt es zum Tode durch Verhungern s.u.

KETONKÖRPER

Die ersten 72 Stunden kann der Körper abdecken, ohne mit der Bildung von Ketonkörpern auszukommen, danach geht der Körper dazu über, seine Fettdepots anzuzapfen. Dazu baut er Fettsäuren zu Ketonkörpern um, die eine elementare Energiequelle sind und das Überleben in Hungerzeiten überhaupt erst ermöglichen. Sie sind die einzigen Verbindungen, die das Gehirn neben Glucose überhaupt verwerten kann, nachdem es sich nach ca. drei Tagen darauf eingestellt hat. Den Umstand, dass der Stoffwechsel eines Hungernden auf die Fettdepots zurückgreift, kann man mitunter sogar riechen. Denn zu den Ketonkörpern, die über die Niere und die Atemluft ausgeschieden werden, gehört auch Aceton mit seinem charakteristischen Nagellack-Geruch. Die Ketonkörper bewirken im

Körper eine Ansäuerung eine sog. metabolische Azidose. Diese metabolische Azidose durch Anstieg freier Fettsäuren ähnelt der Azidose bei der schweren unbehandelten Zuckerkrankheit. Der Körper verliert durch die Azidose zusätzlich Wasser.

AUSWIRKUNGEN LÄNGEREN HUNGERNS

Manche Autorinnen und Autoren sprechen erst nach 72 Stunden vom Beginn eines „echten“ Hungerstoffwechsels, aber natürlich kommt es nicht direkt nach diesen 72 Stunden zur vollen Ausprägung der möglichen gesundheitlichen Schäden. Es lässt sich schwer vorhersagen, welche Symptome in welcher Reihenfolge beim Individuum auftreten. Einige Dinge sollte man sich allerdings bewusst machen, um die Eckpunkte eines typischen Verlaufs zu kennen und einschätzen zu können.

EXEMPLARISCHER ZEITABLAUF TYPISCHER SYMPTOME UND HUNGERPHASEN

Tag 1-3: Deckung des Glucosebedarfs aus körpereigenem Glykogen. Es kommt zu Hungergefühl bis hin zu Magenkrämpfen. Der Glucosespiegel im Blut sinkt.

Tag 4-13: Man kann in dieser Phase bis zu 1-2 Kilo Körpergewicht pro Tag verlieren. Um die Energieversorgung aufrecht zu erhalten, kommt es zur Gluconeogenese (Bildung von Glucose aus Proteinen) und zum Abbau von Körperfett. Der Stoffwechsel beginnt, in den „Sparmodus“ zu schalten und kann um bis zu 50% reduziert werden. Der Elektrolytspiegel bleibt meist noch normwertig, da Elektrolyte (Natrium, Kalium und andere) aus den Zellen in das Blutplasma wandern, um dort die Konzentration aufrechtzuerhalten.

Tag 14-34: Der durchschnittliche Gewichtsverlust in dieser Phase liegt bei 300 Gramm pro Tag. Durch fortschreitenden Abbau von Proteinen kommt es im weiteren Verlauf zu Muskelatrophien, Ödemen (s.o.) und Durchfällen. Die Bildung von Ketonkörpern aus dem Fettstoffwechsel kann in eine metabolische Azidose (Übersäuerung) führen. Typische Symptome in dieser Phase sind: Müdigkeit, Schwindel, Gangunsicherheit, Kältegefühl oder Schluckauf. Es kommt zu einer ausgeprägten Ataxie (Koordinationsstörung von Bewegungen), Bradykardie (langsamer Puls) und niedrigem Blutdruck. Ein Thiaminmangel (Vitamin B1-Mangel) zeigt sich meist nach 2-3 Wochen.

Tag 35-42: Diese Phase ist geprägt von den Auswirkungen des Thiaminmangels und wird von Hungerstreikenden oftmals als die Unangenehmste berichtet. Symptome sind vor allem Störungen der Augenmuskeln, weshalb man sie auch die „okulare Phase“ nennt. Es kommt zur eine Nystagmus (unwillkürliches Zucken des Augapfels), Sehen von Doppelbildern, Schielen, Schwindel, Erbrechen und Schwierigkeiten beim Schlucken und Trinken. Es kommt ferner zu starker Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit mit Konzentrationsschwächen und mit Fortschreiten der okularen Phase schließlich zum Verlust der Urteilsfähigkeit.

Der Beginn der okularen Phase markiert den Anfang der finalen Phase des Hungerns und ist ein dringendes Warnsignal für den Anfang des kritischen Gesundheitszustands.

Tag 42-75: Es kommt schließlich zum Tod durch Zusammenbruch der Herz-Kreislauffunktion, gefährlichen Herzrhythmusstörungen, seltener Sepsis durch Zusammenbruch des Immunsystems oder Darmverschluss und folgendem Multiorganversagen.

FAZIT

Ein Überleben von mehr als 10 Wochen ohne Aufnahme von Nährstoffen kann praktisch ausgeschlossen werden. Einige Hungerstreikende haben 50 bis 70 Tage überlebt. Bobby Sands, ein IRA-Hungerstreikender, starb nach 66 Tagen und Holger Meins von der RAF im Jahre 1974 nach 57, wobei letzterer allerdings zeitweise künstlich (zwangs)ernährt wurde und letztendlich an den Folgen des Hungerstreiks starb.

Das oben genannte Schema zeigt bereits einen Großteil der zu erwartenden Risiken auf. Hungerstreikende sollten ausführlich über diese Konsequenzen und Komplikationen aufgeklärt werden. Hierbei sollte neben den Symptomen, die oben bereits genannt wurden, insbesondere darauf eingegangen werden, dass der Entschluss, keine Flüssigkeit zu sich zu nehmen innerhalb weniger Tage unweigerlich zum Tode führt. Aber auch nach längerem Hungern bei gleichzeitiger Flüssigkeitsaufnahme kann es zu Organschäden kommen, die auch nach Wiederaufnahme von Nahrung dauerhaft bestehen bleiben können.

RISIKOFAKTOREN

Einige Menschen haben dabei ein besonders hohes Risiko beim Hungern. Zu den Umständen, die das individuelle Risiko für Komplikationen und Spätschäden erhöhen, zählen:

- Schwangerschaft
- Alter >65Jahre
- BMI kleiner 19 (also bereits bestehende Unterernährung)
- notwendige Medikamenteneinnahme von Insulin, Magenschutz oder Diuretika
- Diabetes mellitus
- Magengeschwüre
- chronische Herzinsuffizienz
- Nierenerkrankungen
- Lebererkrankungen

- Krebserkrankungen

REFEEDING SYNDROM

Nach längerem Hungern hat sich der Organismus, wie oben beschrieben, stark umgestellt. Nimmt man nun plötzlich wieder - wie z.B. beim Abbrechen eines Hungerstreiks - Nahrung zu sich, kann es zum sogenannten Refeeding Syndrom (RFS) kommen. Unter diesem Begriff wird eine Reihe von (oft unspezifischen) Symptomen zusammengefasst, die für die betroffenen Personen lebensbedrohlich sein können.

Das RFS wird durch Verschiebungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt ausgelöst, die durch hormonelle und metabolische Dysregulationen entstehen, welche wiederum mit einer Nahrungsaufnahme nach längerem Hungern einhergehen können. Das zentrale Merkmal ist ein erniedrigter Phosphat Spiegel (Hypophosphatämie), wobei die Konstellationen oft komplexer sind und mit Entgleisungen im Natrium-, Kalium- und Flüssigkeitshaushalt, Blutzucker, Protein- und Fettstoffwechsel und/oder einem Thiamin-(Vitamin B1-) Mangel einhergehen (3).

Die erhöhte Blutzuckerspiegel während der wieder begonnenen Nahrungsaufnahme führt zur verstärkten Insulinausschüttung und zur verminderten Ausschüttung von Glucagon. Das Insulin stimuliert die Glykogen-, Fett- und Proteinsynthese, wobei diese Vorgänge Mineralien und Ko-faktoren in Form von Phosphat, Kalium, Magnesium und Thiamin (Vitamin B1) benötigen. Das Insulin fördert durch die Natrium-Kalium-Pumpe die Kalium- und Glukoseaufnahme in die Zellen. Magnesium und Phosphat werden dabei ebenfalls in die Zellen aufgenommen. Das Wasser folgt durch Osmose. Das führt zu verminderten Konzentrationen von Phosphat, Kalium und Magnesium im Blut. Die klinischen Symptome leiten sich dann aus der Art und dem Umfang dieser Verschiebungen ab (3).

Oft sind es anfangs nur leichte und unspezifische Symptome wie Übelkeit, Erbrechen und Antriebsschwäche, die sich im Verlauf schnell verschlechtern können und zu respiratorischer Insuffizienz, Herzrhythmusstörungen, Herzversagen, Blutdruckabfall, Delir, Koma bis hin zum Tod führen können (4).

Dazu kommt, dass die Datenlage überhaupt nicht klar abschätzen lässt, in welcher Häufigkeit diese Symptome auftreten. Genau deshalb kommt der Vorbeugung eine besondere Bedeutung zu.

Es gilt, jene Individuen zu identifizieren, die ein erhöhtes Risiko haben, ein Refeeding Syndrom zu entwickeln. Dazu gehören:

- Grundsätzlich alle Personen, die länger als 10 Tage gefastet haben

- Personen, die länger als 5 Tage gefastet haben und dazu entweder einen BMI < 18,5 kg/m² haben, bereits einen >15%igen Gewichtsverlust in den 3-6 Monaten zuvor hatten oder einen vorbestehenden Elektrolytmangel haben.

In der Konsequenz bedeutet das, dass die Wiederaufnahme der Ernährung für Risikopersonen für 4 bis 7 Tage unter kontrollierten, idealerweise klinischen Bedingungen erfolgen sollte.

Die Art und Weise der Ernährung spielt in dieser Phase eine wichtige Rolle. Die Empfehlungen in der Literatur gehen von einer Kalorienzufuhr von höchstens 1000 Kcal/Tag aus und einer Proteinzufuhr von 1,2-1,5 g/kg Körpergewicht. Eine Begrenzung der Glukosezufuhr ist wichtig und sollte 150 Gramm pro Tag nicht überschreiten, um die Insulinfreisetzung gering zu halten (5).

Zu den weiteren Details des klinischen Managements eines Refeeding Syndroms sei an dieser Stelle auf zwei Leitlinien aus Großbritannien bzw. Australien verwiesen:

http://www.ruh.nhs.uk/about/policies/documents/clinical_policies/blue_clinical/Blue_7004.pdf

<http://www.schn.health.nsw.gov.au/policies/pdf/2013-7036.pdf>

Zusammenfassend: Das Refeeding Syndrom ist nichts, mit dem man auf der Straße oder im Privathaushalt mit eingeschränkten Mitteln und ohne Laboruntersuchungen konfrontiert sein möchte. Diese potentiell lebensgefährliche Situation ist außerhalb einer intensivmedizinischen Versorgung nicht zu beherrschen.

ORGANISATORISCHES

Kein Hungerstreik und keine Situation wird sein wie die Andere. Es wird jedes Mal unübersichtlich sein, ein Mangel an Informationen über die aktuelle Lage herrschen und Entscheidungen werden unter Zeitdruck zu fällen sein. Solidarische Medizinerinnen und Mediziner stehen dabei potentiell im Konflikt mit Maßnahmen von staatlichen Organen, umso wichtiger ist eine möglichst gute Absicherung des eigenen Handelns und der eigenen Entscheidungen.

GRUPPENDYNAMIKEN

Die Rolle der solidarischen Ärztinnen und Ärzte innerhalb der konkreten Hungerstreiksituation ist nicht unkompliziert und geprägt von verschiedenen, teilweise widersprüchlichen Erwartungshaltungen. Die unabdingbare Basis für das eigene Handeln ist das Vertrauen der Hungerstreikenden und idealerweise auch der Unterstützergruppe(n) vor Ort. Je länger der Hungerstreik dauert, desto wahrscheinlicher ist es jedoch, dass ein Dialog mit hauptamtlichem medizinischem Personal notwendig wird, wie z.B. mit dem Rettungsdienst, Amtsärztinnen/Amtsärzten, Notärztinnen/Notärzten oder Krankenhauspersonal. Ein solcher Dialog kann für Außenstehende missverständlich wirken, das gilt insbesondere auch für Gespräche mit Vertretern von staatlichen Organen. Für das „richtige“ Verhalten in einer solchen Situation gibt es kein Patentrezept, jedoch sind Transparenz gegenüber den Hungerstreikenden über Inhalt und Art der Konversation wichtig. Gespräche mit Vertretern von staatlichen Organen wie Polizei, Ordnungsamt, etc. sollten ohnehin nur im Beisein von Zeugen geführt werden. Auch hier nochmal der Hinweis: Auskünfte über den Gesundheitszustand von einzelnen oder mehreren Hungerstreikenden unterliegen bis zur expliziten Entbindung davon der ärztlichen Schweigepflicht.

AUFGABENSPEKTRUM

Die praktische Erfahrung hat gezeigt, dass die Aufgabe der solidarischen Medizinerinnen und Mediziner nicht primär darin besteht, mit Stethoskop und Notfallkoffer aktiv medizinische Hilfe zu leisten. Im Falle von akutem medizinischem Handlungsbedarf wurden bei allen öffentlichen Hungerstreikaktionen bisher entweder der Rettungsdienst und/oder Amtsärztinnen bzw. Amtsärzte hinzugezogen. Das Management eines echten Notfalles, vielleicht sogar mit Reanimation, ist unter den Bedingungen vor Ort mit begrenzten Kapazitäten und der spärlichen Ausstattung auch niemandem zu wünschen – jahrelange klinische Erfahrung hin oder her.

Die Aufgabe von solidarischen Ärztinnen und Ärzten besteht vielmehr in der Begleitung und Unterstützung der Hungerstreikenden bei der Umsetzung ihrer Willensentscheidungen für, während

und ggf, auch über das Ende des Hungerstreiks . Das bringt vor allem einiges an organisatorischen Tätigkeiten mit sich.

Die kontinuierliche Begleitung und Dokumentation des Gesundheitszustandes sind dabei kein Selbstzweck. Der Gesundheitszustand der Aktivistinnen und Aktivisten war z.B. bei den Münchner Hungerstreiks am Rindermarkt 2013 und am Sendlinger Tor 2014 das zentrale Argument für den Polizeieinsatz zur Räumung des Camps. Eine strukturierte und vollständige Dokumentation ist in der Diskussion mit den von den staatlichen Vertretern beauftragten Ärztinnen und Ärzten von großem Wert und kann helfen, eine Entscheidung zur Räumung des Camps unter dem Vorwand der Gefährdung von Leben zugunsten der Aktivistinnen und Aktivisten zu beeinflussen.

DIENSTPLAN ERSTELLEN UND ZUSTÄNDIGKEITEN KLÄREN

Es ist realistischer Weise nicht immer zu leisten, rund um die Uhr eine Ärztin oder einen Arzt vor Ort zu haben. Ein Dienstplan mit medizinischem Fachpersonal (Sanis, Pflegekräfte, Hebammen, Medizinstudierende) und unabhängigen Ärztinnen und Ärzten im Hintergrund und regelmäßigen Visiten war jedoch erfahrungsgemäß in den meisten Fällen zu realisieren.

In der Praxis war es z.B. beim Hungerstreik am Rindermarkt in München 2013 so, dass eine Art Doppelstruktur existierte, bestehend aus unabhängigen Medizinerinnen und Medizinern einerseits und Ärztinnen bzw. Ärzten von der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) andererseits.

So wohlorganisiert und strukturiert das klingen mag, in der Praxis herrscht hier aber dann doch meist eine sehr unübersichtliche Situation. Zuständigkeiten müssen im Vorfeld geklärt werden und, um überhaupt Zugang zu den Hungerstreikenden zu haben, muss bereits zu einem sehr frühen Zeitpunkt geklärt werden, welche Ärztinnen und Ärzte zuständig und als Vertrauenspersonen benannt sind.

ÄRZTLICHES GESPRÄCH

Es ist unerlässlich, bereits vor dem Beginn des Hungerstreiks ein ärztliches Gespräch unter vier Augen mit allen Hungerstreikenden zu führen.

Darin müssen mehrere Dinge geklärt werden:

- Stimmt die Person einer ärztlichen Behandlung bei gesundheitlichen Problemen zu? Wenn ja, inwiefern und welchen Maßnahmen? Je detaillierter das dokumentiert ist, desto geringer ist nachher die Unsicherheit.
- Anamnesegespräch (siehe Kurzanamnesebogen im Anhang). Dezidiert nach Risikofaktoren und Vorerkrankungen fragen. Schwangerschaft im Zweifel durch Test ausschließen.
- Aufklärung über gesundheitliche Folgen des Hungerns
- Aufklärung über das Refeeding Syndrom und darüber, dass der Kostaufbau gegebenenfalls nach einem individuell zu bestimmenden Schema unter enger medizinischer Aufsicht stattfinden muss.
- Ärztliche Schweigepflicht: Wer soll oder darf in welcher Situation Auskünfte erhalten?

DOKUMENTATION ALLER RELEVANTEN MEDIZINISCHEN FAKTEN

- schriftliche Dokumentation des Vor-/Aufklärungsgespräch, aller Visiten, ob unauffällig und sowieso alle Änderungen am Gesundheitszustand, die im Verlauf festgestellt werden
- Aufbewahrung der Dokumentation an einem sicheren Ort außerhalb des Protestgeschehens

DIE GESAMTSITUATION IM BLICK BEHALTEN

- enger Austausch mit den anderen Unterstützerinnen und Unterstützern
- engmaschige Notizen über den Verlauf des Geschehens
- Sind Fotografinnen und Fotografen vor Ort, sollten die Kontaktadressen erfragt werden, um im Nachhinein auf ihre Aufnahmen zurückgreifen zu können.

GESPRÄCHE MIT VERTRETERN STAATLICHER ORGANE

- Gespräche mit Vertretern von Polizei und staatlichen Stellen sollten nur unter Zeugen geführt werden. Die Namen der Gesprächspartner und Stichpunkte zum Gesprächsinhalt sollten dokumentiert werden.
- Die ärztliche Schweigepflicht gilt auch und insbesondere staatlichen Vertretern gegenüber. Jegliche Auskunft über den Gesundheitszustand von Aktivistinnen und Aktivisten kann nur nach Entbindung von der Schweigepflicht erfolgen.

ABBRUCH DES HUNGERSTREIKS

- Bei Abbruch des Hungerstreiks erneute Thematisierung des Refeeding Syndroms. Es sollte ein Gespräch mit allen Aktivistinnen und Aktivisten erfolgen, in dem gemeinsam geklärt wird, unter welchen Bedingungen die erneute Nahrungsaufnahme erfolgen sollte.

ZUSAMMENFASSUNG

Dieser Reader soll medizinisch tätigen Personen im unmittelbaren bzw. mittelbaren Umfeld einer Hungerstreikaktion einen Einblick in einige allgemeine Aspekte und konkrete Handlungsoptionen geben.

Wir haben dazu einige grundsätzliche ethische Überlegungen vorangestellt. Die Deklaration von Malta ist dabei das zentrale Dokument, an dem sich medizinisch Tätige im Rahmen eines Hungerstreiks orientieren sollten.

Im darauf folgenden Teil haben wir einen Abriss über die biomedizinischen Hintergründe zusammengestellt. Von der Beschreibung des Hungerstoffwechsels, den pathophysiologischen Mechanismen bis zu den Auswirkungen einer längeren Fastenperiode.

Das Refeeding Syndrom ist eine lebensgefährliche Komplikation der Nahrungsaufnahme nach mehrtägigem Fasten. Diese potentiell lebensbedrohliche Komplikation ist ernst zu nehmen und unbedingt im Gespräch mit den Hungerstreikenden zu thematisieren.

Keines dieser Kapitel erhebt den Anspruch einer erschöpfenden Darstellung des Sachverhaltes. Im Gegenteil. Die bisherigen Erfahrungen der Hungerstreiks in München, Berlin, Stuttgart, Bitterfeld usw. zeigen, wie unterschiedlich die Rahmenbedingungen, die Situationen, die Reaktion der politisch Verantwortlichen und die Zusammenarbeit von Hungerstreikenden, Unterstützerinnen und Unterstützern sowie dem Umfeld sein können.

Gerne hätten wir auch ein separates Kapitel mit rechtlichen Informationen in diesen Reader aufgenommen. Wir haben davon abgesehen, weil die rechtlichen Rahmenbedingungen zu unterschiedlich sind und es für jene Situationen, in denen sich die Lage zuspitzt, keine allgemeingültigen Lösungen gibt. Dazu kommt, dass öffentlich durchgeführte Hungerstreiks zwar von der Versammlungsfreiheit gedeckt sind, in der Praxis jedoch stets nur bis zu dem Punkt, an dem die verantwortlichen staatlichen Stellen die öffentliche Ordnung in Gefahr sehen und unter diesem Vorwand die Versammlung – meist gewaltsam – auflösen.

Das Szenario eines juristischen Nachspiels für solidarische Medizinerinnen und Mediziner ist in zweierlei Hinsicht denkbar und auch realistisch; Einerseits können sie selbst Ziel von juristischen Klagen werden, wie z.B. nach dem Hungerstreik am Münchner Rindermarkt 2013 geschehen. Andererseits kann auch das Verhalten der staatlichen Organe Anlass sein, in die juristische Offensive zu gehen, wie zuletzt im Nachgang der Ereignisse in der Berliner Gürtelstraße (6).

Die bestmögliche Dokumentation des eigenen Handelns ist unerlässlich, um die Ereignisse und Entscheidungen auch noch Wochen und Monate später rekonstruieren zu können. Im Anhang finden sich hierzu zwei Seiten mit allgemeinen Hinweisen und einem Kurzanamnesebogen zum Ausdrucken mit Stichpunkten, die unserer Ansicht nach besonders wichtig sind.

Wir hoffen, mit diesem Text einen kleinen Beitrag zur Unterstützung all jener Personen geleistet zu haben, die sich in welcher Rolle auch immer in einem Hungerstreikszenario zurechtzufinden haben.

ZUM WEITERLESEN

Norwegian Medical Association's Online Course Hungerstrike for Prison Doctors

<http://nettkurs.legeforeningen.no/mod/lesson/view.php?id=1429>

Guidelines for the clinical management of people refusing food in immigration removal centres and prisons

<http://www.globallawyersandphysicians.org/storage/UK%20Protocol.pdf>

California Correctional Health Care Service Mass Hunger Strike, Fasting, & Refeeding Care Guide

<http://www.cphcs.ca.gov/docs/careguides/MassHungerStrikeCareGuide2012-10-4.pdf>

KONTAKTADRESSEN

Kontaktadressen lokaler **Medibüros**

<http://www.medibuero.de/de/Links.html>

<http://medibueros.m-bient.com/standorte.html>

Der **Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte (VdÄÄ)** kann gegebenenfalls Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner vor Ort vermitteln.

Kontakt über die Geschäftsstelle:

Dr. Nadja Rakowitz

Kantstr. 10, 63477 Maintal

Tel. 06181 - 432 348 // Mobil: 0172 - 185 8023

info@vdaeae.de

www.vdaeae.de

REFERENZEN

1. The World Medical Association. Handbuch der Deklarationen, Erklärungen und Entschliessungen - Deutsche Fassung -. Hans-Neuffer-Stiftung, 2008; in englisch: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/h31/>
2. Koch-Gromus PD med D phil U, Kreß PDH. Arzt-Patienten-Verhältnis. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz. 2012 Sep 1;55(9):1081–4.
3. Mehanna HM, Moledina J, Travis J. Refeeding syndrome: what it is, and how to prevent and treat it. BMJ. 2008 Jun 28;336(7659):1495–8.
4. Khan LUR, Ahmed J, Khan S, MacFie J. Refeeding Syndrome: A Literature Review. Gastroenterol Res Pract. 2011;2011:1–6.
5. Zauner C, Kneidinger N, Lindner G, Schneeweiss B, Zauner A. Das Refeeding-Syndrom. J Für Gastroenterol Hepatol Erkrank. 2005;3(4):7–11.
6. Dassler S. Berliner Arzt erstattet Anzeige gegen Innensenator Henkel. Der Tagesspiegel Online [Internet]. 2014 Feb 11; Available from: <http://www.tagesspiegel.de/berlin/wegen-polizeieinsatz-gegen-fluechtlinge-berliner-arzt-erstattet-anzeige-gegen-innensenator-henkel/10920236.html>

KLEINE CHECKLISTE

VORBEREITUNG

Mit allen Hungerstreikenden unter vier Augen und in der Gruppe sprechen, möglichst mit Dolmetscher.

Zu dokumentierender Gesprächsinhalt:

- Anamnese
- Suizidalität ausschließen
- über mögliche Gesundheitsfolgen des Hungerstreiks aufklären
- Abklären, welche medizinischen Maßnahmen sie/er beim Auftreten von Beschwerden (auch solchen, die vielleicht nicht direkt mit dem Hungerstreik zu tun haben) annehmen will
- diesen Willen dokumentieren, idealerweise in der Muttersprache
- vor und nach dem Hungerstreik das Risiko eines Refeeding-Syndroms ansprechen und den Kostenaufbau entsprechend planen

DOKUMENTATION

Dokumentation anlegen für jedeN einzelneN Hungerstreikenden! Diese vertraulich verwahren, idealerweise außerhalb des Protestgeschehens und/oder auf verschlüsseltem Datenträger (verschlüsseln z.B. hiermit: <https://veracrypt.codeplex.com>).

Eine Version der Dokumentationsmappe sollte während des gesamten Hungerstreiks vor Ort sein, um alle relevanten Informationen für das medizinische Personal vor Ort verfügbar zu machen.

DIENSTPLAN UND VERANTWORTLICHKEITEN

Klare Absprachen treffen. Aufgaben und Verantwortlichkeiten klar zuweisen.

Im Falle einer medizinischen Intervention durch Rettungsdienst, Notärztinnen/-arzt und/oder Amtsärztinnen /-arzt besteht die Aufgabe der solidarischen Ärztinnen und Ärzte darin sicherzustellen, dass Hungerstreikende nicht gegen ihren Willen behandelt werden, aber auch dass die entsprechende Person bei Bedarf und ihrem Einverständnis adäquat behandelt wird.

Datum

Name

w / m

Alter

Letzte Nahrungsaufnahme

Datum, Uhrzeit

Größe und Gewicht

BMI (kg/m²)

Schwangerschaft ausgeschlossen?

Psychischer Status

Vorerkrankungen

Voroperationen

Medikamente

Sonstiges

Ärztin/Arzt