

Bachelor-Arbeit
Ausbildungsgang Sozialarbeit
Kurs TZ/BB 2020-3

Angelina Stäheli

Zwangsernährung bei Anorexia nervosa: Eine rechtliche Analyse und Überlegungen zur Legitimation aus professionsethischer Sicht der klinischen Sozialarbeit.

Diese Arbeit wurde am **11.12.2024** an der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit eingereicht. Für die inhaltliche Richtigkeit und Vollständigkeit wird durch die Hochschule Luzern keine Haftung übernommen.

Studierende räumen der Hochschule Luzern Verwendungs- und Verwertungsrechte an ihren im Rahmen des Studiums verfassten Arbeiten ein. Das Verwendungs- und Verwertungsrecht der Studierenden an ihren Arbeiten bleibt gewahrt (Art. 34 der Studienordnung).

Studentische Arbeiten der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit werden unter einer Creative Commons Lizenz im Repositorium veröffentlicht und sind frei zugänglich.

**Originaldokument gespeichert auf LARA – Lucerne Open Access Repository and Archive
der Zentral- und Hochschulbibliothek Luzern**



Urheberrechtlicher Hinweis:

Dieses Werk ist unter einem Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle Nutzung-Keine Bearbeitung 3.0 Schweiz (CC BY-NC-ND 3.0 CH) Lizenzvertrag lizenziert.

Um die Lizenz anzuschauen, gehen Sie bitte zu <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch>

Sie dürfen:



Teilen — das Material in jedwedem Format oder Medium vervielfältigen und weiterverbreiten.

Zu den folgenden Bedingungen:



Namensnennung — Sie müssen angemessene Urheber- und Rechteangaben machen, einen Link zur Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Diese Angaben dürfen in jeder angemessenen Art und Weise gemacht werden, allerdings nicht so, dass der Eindruck entsteht, der Lizenzgeber unterstütze gerade Sie oder Ihre Nutzung besonders.



Nicht kommerziell — Sie dürfen das Material nicht für kommerzielle Zwecke nutzen.



Keine Bearbeitungen — Wenn Sie das Material remixen, verändern oder darauf anderweitig direkt aufbauen dürfen Sie die bearbeitete Fassung des Materials nicht verbreiten.

Keine weiteren Einschränkungen — Sie dürfen keine zusätzlichen Klauseln oder technische Verfahren einsetzen, die anderen rechtlich irgendetwas untersagen, was die Lizenz erlaubt.

Jede der vorgenannten Bedingungen kann aufgehoben werden, sofern Sie die Einwilligung des Rechteinhabers dazu erhalten.

Diese Lizenz lässt die Urheberpersönlichkeitsrechte nach Schweizer Recht unberührt.

Eine ausführliche Fassung des Lizenzvertrags befindet sich unter

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch/legalcode.de>

Vorwort der Studiengangleitung Bachelor

Die Bachelor-Arbeit ist Bestandteil und Abschluss der beruflichen Ausbildung an der Hochschule Luzern, Soziale Arbeit. Mit dieser Arbeit zeigen die Studierenden, dass sie fähig sind, einer berufsrelevanten Fragestellung systematisch nachzugehen, Antworten zu dieser Fragestellung zu erarbeiten und die eigenen Einsichten klar darzulegen. Das während der Ausbildung erworbene Wissen setzen sie so in Konsequenzen und Schlussfolgerungen für die eigene berufliche Praxis um.

Die Bachelor-Arbeit wird in Einzel- oder Gruppenarbeit parallel zum Unterricht im Zeitraum von mehreren Monaten geschrieben. Gruppendynamische Aspekte, Eigenverantwortung, Auseinandersetzung mit formalen und konkret-subjektiven Ansprüchen und Standpunkten sowie die Behauptung in stark belasteten Situationen gehören also zum Kontext der Arbeit.

Von einer gefestigten Berufsidentität aus sind die neuen Fachleute fähig, soziale Probleme und Entwicklungspotenziale als ihren Gegenstand zu beurteilen und zu bewerten. Denken und Handeln in Sozialer Arbeit ist vernetztes, ganzheitliches Denken und präzises, konkretes Handeln. Es liegt daher nahe, dass die Diplomand_innen ihre Themen von verschiedenen Seiten beleuchten und betrachten, den eigenen Standpunkt klären und Stellung beziehen sowie auf der Handlungsebene Lösungsvorschläge oder Postulate formulieren.

Ihre Bachelor-Arbeit ist somit ein wichtiger Fachbeitrag an die breite thematische Entwicklung der professionellen Sozialen Arbeit im Spannungsfeld von Praxis und Wissenschaft. In diesem Sinne wünschen wir, dass die zukünftigen Fachleute der Sozialen Arbeit mit ihrem Beitrag auf fachliches Echo stossen und ihre Anregungen und Impulse von den Fachkreisen aufgenommen werden.

Luzern, im Januar 2025

Hochschule Luzern, Soziale Arbeit
Studiengangleitung Bachelor Soziale Arbeit

Abstract

Die vorliegende Bachelor-Arbeit befasst sich mit der klinischen Sozialarbeit und der Zwangsernährung von erwachsenen anorektischen Personen. Die Anorexia nervosa ist eine Form der Essstörung und eine schwere psychische Erkrankung, die oft mit vielfältigen physischen Folgeerscheinungen einhergeht. Ein zentrales Merkmal der Erkrankung ist das extreme Untergewicht. Unter einer Zwangsernährung verstehen wir die Ernährung über eine Sonde, die zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit dient und gegen den Willen der betroffenen Person unter Zwang durchgeführt wird. Bei fürsorglich in einer psychiatrischen Einrichtung untergebrachten Personen können Zwangsbehandlungen, die der Behandlung der psychischen Störung dienen, gestützt auf Art. 434 des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (ZGB) vom 10. Dezember 1907, SR 210, unter spezifischen Voraussetzungen durch chefärztliches Personal angeordnet werden. Da Zwangsernährungen bei anorektischen Personen aufgrund der hohen vitalen Gefährdung in Akutspitälern durchgeführt werden, sind die Art. 433 ff. ZGB nicht anwendbar. Stattdessen greifen in solchen Fällen die gesetzlichen Vertretungsrechte nach Art. 377 ff. ZGB. Da die Anorexie häufig auch soziale Folgen mit sich bringt, ist die klinische Sozialarbeit im Akutspital oft Teil des interprofessionellen Behandlungsteams und hat dadurch ebenfalls Berührungspunkte mit der Thematik der Zwangsernährung. Die Zwangsernährung stellt das interprofessionelle Behandlungsteam vor eine ethische Herausforderung, da diese Massnahme vielfältige medizinische, psychische und soziale Auswirkungen auf die betroffene Person haben kann.

Für die klinische Sozialarbeit stellt sich die Frage, wie die Massnahme der Zwangsernährung aus professionsethischer Sicht beurteilt werden kann. Die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen, dass eine pauschale Beurteilung der Zwangsernährung aus Sicht der klinischen Sozialarbeit nicht möglich ist und immer der Einzelfall betrachtet werden muss.

Dank

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen bedanken, die in irgendeiner Weise zur Entstehung dieser Bachelor-Arbeit beigetragen haben. Ein besonderer Dank gilt Daniel Rosch für seine wertvolle fachliche Begleitung, insbesondere bei der rechtlichen Auslegung und Einordnung. Ein weiterer Dank gilt Luca Maranta für seine fachlichen Beiträge zur rechtlichen Interpretation sowie Rahel Wüst für ihre Unterstützung im Bereich der Berufsethik der Sozialen Arbeit. Abschliessend danke ich meinem privaten Umfeld für das Korrekturlesen und die Unterstützung während der gesamten Erarbeitungszeit dieser Arbeit.

Inhaltsverzeichnis

Abstract.....	IV
Dank.....	V
Inhaltsverzeichnis	VI
Tabellenverzeichnis.....	VIII
Abbildungsverzeichnis	VIII
1 Einleitung.....	1
1.1 Ausgangslage	1
1.2 Fragestellung	2
1.3 Ziel	3
1.4 Berufsrelevanz	3
1.5 Adressatenschaft	4
1.6 Aufbau der Arbeit	4
2 Anorexia nervosa	5
2.1 Psychische Auswirkungen der Anorexie.....	6
2.2 Komorbidität.....	7
2.3 Physische Auswirkungen der Anorexie	7
2.4 Klassifikation nach ICD-11.....	8
2.5 Therapie.....	11
2.6 Verlauf	12
2.7 Mortalität.....	13
2.8 Erklärungsansatz – Biopsychosoziales Modell	13
2.8.1 Biologische Einflussfaktoren	14
2.8.2 Individuelle psychologische Einflussfaktoren.....	14
2.8.3 Soziale und soziokulturelle Einflussfaktoren	14
2.9 Zusammenfassung des Kapitels	15
3 Rechtliche Analyse	16
3.1 Die fürsorgerische Unterbringung nach Art. 426 ZGB	16
3.2 Urteils(un)fähigkeit	19
3.2.1 Subjektive Kriterien.....	19
3.2.2 Objektive Kriterien	19
3.2.3 Urteilsfähigkeit bei Anorexia nervosa	20
3.3 Medizinische Behandlungen bei Urteilsunfähigkeit.....	20

3.4	Vertretung bei medizinischen Massnahmen (Art. 377 ff. ZGB).....	21
3.4.1	Vertretungskaskade (Art. 378 ZGB).....	23
3.4.2	Zustimmung auch zur zwangsweisen Durchführung?.....	24
3.4.3	Dringliche Fälle (Art. 379 ZGB).....	25
3.5	Medizinische Massnahmen ohne Zustimmung bei Personen mit psychischer Erkrankung im Rahmen einer FU in einer psychiatrischen Klinik (Art. 433 ff. ZGB).....	26
3.5.1	Voraussetzungen Behandlung ohne Zustimmung (Art. 434 ZGB).....	27
3.5.2	Psychiatrische Notfallsituationen (Art. 435 ZGB).....	30
3.6	Zwangsernährung von anorektischen Personen.....	30
3.6.1	BGE 5A_1021/2021.....	34
3.6.2	Diskussion.....	35
3.7	Zusammenfassung des Kapitels.....	35
4	Auswirkungen einer Zwangsernährung bei Anorexia nervosa.....	37
4.1	Die Zwangsernährung als Zwangsbehandlung.....	37
4.2	Indikation und Zweck einer Zwangsernährung.....	38
4.3	Mögliche Auswirkungen einer Zwangsernährung auf die betroffene Person.....	40
4.3.1	Psychologische und soziale Auswirkungen.....	40
4.3.2	Medizinische Risiken.....	42
4.4	Zusammenfassung des Kapitels.....	43
5	Ethik in der klinischen Sozialarbeit.....	44
5.1	Klinische Sozialarbeit im Akutspital.....	44
5.2	Gegenstand und Mandate der Sozialen Arbeit.....	45
5.3	Die Professionsethik der Sozialen Arbeit.....	46
5.3.1	Ethik, Moral, Moralität und Ethos.....	47
5.3.2	Notwendigkeit einer Professionsethik.....	48
5.4	Wertewissen der Sozialen Arbeit.....	49
5.4.1	Werte und Normen.....	49
5.4.2	Das Wertegebäude.....	50
5.5	Reflexives ethisches Begründungsmodell.....	50
5.6	Exkurs: Medizinethik.....	56
5.7	Zusammenfassung des Kapitels.....	57
6	Schlussfolgerungen für die Praxis.....	58
6.1	Beantwortung der Fragestellungen.....	58
6.2	Relevanz und Ausblick für die Praxis.....	62

7 Literaturverzeichnis 64

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Darstellung der diagnostischen Kriterien nach ICD-11 für die Anorexia nervosa 9
Tabelle 2: Darstellung der diagnostischen Kriterien nach ICD-11 für die Anorexia nervosa,
Einteilung nach Körpergewicht und Verhaltensmuster 10
Tabelle 3: Mögliche Ernährungsformen bei Personen mit Anorexie 12

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Vertretung bei medizinischen Massnahmen 31

1 Einleitung

Die vorliegende Arbeit behandelt die Thematik der Zwangsernährung von erwachsenen Personen mit Anorexie. Mit der Massnahme der Zwangsernährung können anorektische Personen gegen ihren Willen künstlich ernährt werden. Im Rahmen dieser Arbeit werden die Begriffe *Behandlung ohne Zustimmung* und *Zwangsbehandlung* gleichbedeutend verwendet. Während das Kindes- und Erwachsenenschutzrecht (KESR) von *Behandlung ohne Zustimmung* spricht, wird in der Medizin der Begriff *Zwangsbehandlung* gebraucht. Die Zwangsernährung wirft rechtliche, medizinische und ethische Fragen auf, die in dieser Bachelor-Arbeit genauer analysiert werden.

Im Folgenden wird die Ausgangslage dargestellt, die zentralen Fragestellungen werden aufgeführt und das Ziel der Arbeit wird erläutert. Anschliessend wird die Berufsrelevanz aufgezeigt, die Zielgruppe benannt und schliesslich der Aufbau der Arbeit beschrieben.

1.1 Ausgangslage

Das Thema Essen nimmt im Alltag, in den Medien und der Öffentlichkeit einen grossen Stellenwert ein. Essen ist nicht nur lebensnotwendig, sondern auch eng mit sozialen Aktivitäten und Kontakten verbunden. Die Auswahl an Lebensmitteln wird ständig grösser und Essen ist längst nicht mehr nur eine Notwendigkeit, sondern ist zu einem wichtigen Bestandteil des sogenannten Lifestyles geworden. Den meisten Menschen bereitet Essen Freude und Genuss. Für einige aber entwickelt sich das Thema Essen weg vom Genuss – es wird eine Belastung. Es existieren verschiedene Muster von nicht-normativem Essverhalten, und die Grenze zwischen bedenklichem, problematischem und gestörtem Verhalten ist fliessend (Biedert, 2008, S. 7-9). Laut der Schweizerischen Gesellschaft für Essstörungen (SGES) liegt eine Essstörung im engeren Sinne dann vor, wenn die übermässige Beschäftigung mit Nahrung und dem eigenen Körper zu einer Beeinträchtigung der emotionalen, sozialen und körperlichen Integrität führt (o. J.). In der Schweiz entwickeln 3,5 % der Bevölkerung einmal im Leben eine Essstörung (Schnyder et al., 2012, S. 4). Zu den Essstörungen zählen die Erkrankungen Anorexia nervosa, Bulimia nervosa (Ess-Brechsucht), Binge-Eating-Störung und atypische beziehungsweise andere spezifizierte

und nicht spezifizierte Essstörungen (Wunderer, 2015, S. 30). Bei der Anorexie liegt die Lebenszeitprävalenz bei Frauen bei 1,2 % und bei Männern bei 0,2 % (Schnyder et al., 2012, S. 4-6).

Die Anorexie ist eine schwere psychische Erkrankung, die mit selbst induziertem Untergewicht (Body-Mass-Index [BMI] $\leq 18,5 \text{ kg/m}^2$), ausgeprägter Angst vor Gewichtszunahme und einer verzerrten Körperwahrnehmung einhergeht. Infolge der dauerhaften Unterernährung kann es bei Betroffenen je nach Ausprägung und Dauer des Untergewichts zu zahlreichen somatischen Follgeerscheinungen kommen, die teilweise irreversibel sind (Milos et al., 2019, S. 923-924). Bei einem lebensbedrohlich tiefen Gewicht zielt die Behandlung der Anorexie primär auf die Gewichtszunahme ab (Thiel & Paul, 2022, S. 406). Wenn die Nahrungsaufnahme auf natürlichem Weg nicht gelingt, wird eine künstliche Ernährung auf Einwilligungsbasis angestrebt, um akute lebensbedrohliche Zustände zu verhindern. In der Regel erfolgt dies durch das Einlegen einer Ernährungssonde, entweder über die Nase in den Magen (Magensonde) oder direkt in den Dünndarm (PEG-Sonde) (Kind, 2012, S. 85). In besonderen Fällen, wenn eine betroffene Person nicht in die Behandlung einwilligt, kann es erforderlich sein, sie gegen ihren Willen zu behandeln, was bedeutet, dass sie zwangsweise über eine Ernährungssonde ernährt werden muss.

Zwangsernährungen betreffen im Vergleich zu anderen Essstörungen nahezu ausschliesslich Menschen mit Anorexie, da sie häufig lange über keine Krankheitseinsicht verfügen und deshalb oft eine Therapieablehnung zeigen (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [BzgA], o. J.). Die Zwangsernährung darf nur unter sehr engen Voraussetzungen gegen den Willen der betroffenen Person durchgeführt werden (Thiel & Paul, 2022, S. 403-406).

1.2 Fragestellung

In dieser Arbeit werden vier zentrale Fragen behandelt, die auch die Struktur der Arbeit bestimmen:

- Was ist eine Anorexie, und welche Folgen kann sie auf die psychische und physische Gesundheit einer Person haben?
- Auf welcher gesetzlichen Grundlage kann eine Zwangsernährung bei anorektischen Personen angeordnet werden, und welches sind die Voraussetzungen dafür?

- Wann und warum werden Zwangsernährungen durchgeführt, und welche Auswirkungen kann diese Massnahme gemäss bestehender Literatur auf die betroffene Person haben?
- Wie kann die Massnahme der Zwangsernährung aus professionsethischer Sicht beurteilt werden, und welche Schlussfolgerungen ergeben sich daraus für die Praxis der klinischen Sozialarbeit?

1.3 Ziel

Das Ziel dieser Bachelor-Arbeit ist es, das Krankheitsbild der Anorexie zu verstehen und die gesetzlichen Grundlagen zu ermitteln, die eine Zwangsernährung bei anorektischen Personen erlauben. Darüber hinaus wird eine professionsethische Beurteilung der Massnahme der Zwangsernährung vorgenommen, wobei das Wissen über das Krankheitsbild sowie die sozialen, psychologischen und medizinischen Auswirkungen einer Zwangsbehandlung anhand des reflexiven ethischen Begründungsmodells miteinbezogen werden. Diese Überlegungen können als Orientierung für ähnliche Situationen in der Praxis der klinischen Sozialarbeit dienen.

1.4 Berufsrelevanz

In der Schweiz werden stark untergewichtige Personen mit Anorexie aufgrund der hohen vitalen Gefährdung in Akutspitälern behandelt (Universitätsspital [USZ], 2024). Folglich werden auch Zwangsernährungen in somatischen Spitälern durchgeführt (Rutishauser et al., 2023, S. 44). Personen mit Anorexie leiden häufig nicht nur unter den psychischen und physischen Folgen ihrer Erkrankung, sondern auch unter erheblichen sozialen Problemen (BzGA, o. J.). Die Krankheit kann unter anderem zu Beeinträchtigungen in sozialen Interaktionen und zu Schwierigkeiten in der Schule (Kühl-Frese & Deloch, 2019, S. 17-19), in der Ausbildung oder am Arbeitsplatz führen (Zeeck et al., 2011, S. 64). Zudem betreffen psychische Erkrankungen immer das gesamte soziale System und nicht nur die betroffene Person selbst. Es ist Aufgabe der Sozialen Arbeit, Betroffene und ihre Angehörigen bei der Bewältigung sozialer Probleme zu unterstützen und somit soziale Verhältnisse zu schaffen, die Gesundheit und Genesung fördern (Wildrich-Sanchez, 2024, S. 26-30). Entsprechend gehören Sozialarbeitende bei der Behandlung von anorektischen Personen oft zum interprofessionellen Behandlungsteam (Resmark & Friederich, 2020, S. 550). Gemäss dem Berufskodex sind Sozialarbeitende in interprofessionellen Teams dazu

aufgerufen, sich einzubringen und den Auftrag, der durch den Berufskodex gestellt wird, zu erfüllen (Avenir Social, 2010, S. 15). Zudem tragen Sozialarbeitende im Akutspital eine Mitverantwortung für die Handlungen der Einrichtung (Schmocker, 2016, S. 161). Dies gilt folglich auch dann, wenn es um die Frage der Zwangsernährung bei anorektischen Personen geht. Auch die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) betont die Wichtigkeit der interprofessionellen Zusammenarbeit und der transparenten, nachvollziehbaren Entscheidungsfindung. Die Richtlinie hebt zusätzlich hervor, wie wichtig ethische Unterstützung bei Einzelfallentscheidungen ist. Dabei sollten nach Möglichkeit alle Personen aus dem Behandlungs- und Betreuungsteam miteinbezogen werden (SAMW, 2023, S. 7-10). Sobald die klinische Sozialarbeit bei einer Person involviert wird, ist sie Teil des Behandlungsteams und erhält dadurch eine weitere Bestätigung ihrer Rolle bei ethischen Entscheidungen. Trotz dieser Bestätigung zeigt sich in der Praxis, dass die Rolle der Sozialarbeit im Gesundheitswesen noch unterentwickelt ist (Pauls & Mühlum, 2024, S. 28) und eine professionelle Verunsicherung besteht (Geissler-Piltz et al., 2010, S. 20).

1.5 Adressatenschaft

Diese Bachelor-Arbeit richtet sich an Fachkräfte der klinischen Sozialarbeit in der Schweiz, die in ihrer beruflichen Praxis mit Zwangsernahrungen von anorektischen Personen konfrontiert werden können. Auch für medizinische Fachkräfte, insbesondere Internist*innen, Psychiater*innen und Psycholog*innen, die an der Behandlung von anorektischen Personen beteiligt sind, bietet diese Arbeit wertvolle Erkenntnisse und neue Perspektiven. Darüber hinaus richtet sich die Arbeit an alle Leser*innen, die aus beruflichen oder privaten Gründen an diesem Thema interessiert sind.

1.6 Aufbau der Arbeit

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in sechs Teile. Kapitel 2 führt die Leser*innen in das Krankheitsbild der Anorexie ein. Das Kapitel 3 befasst sich mit der rechtlichen Situation in der Schweiz und klärt, welche gesetzliche Grundlage für die Anordnung einer Zwangsernährung besteht und welche Voraussetzungen dafür erfüllt sein müssen. Diesem Kapitel wird besondere Bedeutung beigemessen, da die Rechtsprechung nicht eindeutig ist und es deshalb einer sorgfältigen Auslegung bedarf. Dabei fokussiert die Arbeit auf die Rechtsprechung auf Bundesebene. Kapitel 4

zeigt auf, wann und warum eine Zwangsernährung angeordnet wird, und es wird zusammengefasst, welche Auswirkungen eine Zwangsernährung laut bestehender Literatur auf die betroffenen Personen haben kann. Kapitel 5 beurteilt die Massnahme der Zwangsernährung aus professionsethischer Sicht der klinischen Sozialarbeit. Den Abschluss der Arbeit bildet Kapitel 6. Es werden alle Fragestellungen prägnant beantwortet, es folgt ein Ausblick.

2 Anorexia nervosa

Anorexia nervosa, kurz Anorexie genannt, ist eine Form einer Essstörung. Der Begriff Anorexia nervosa stammt aus dem Griechischen und bedeutet wörtlich übersetzt *Appetitverlust*. Der Zusatz *nervosa* deutet darauf hin, dass die Erkrankung nervlich bzw. psychisch bedingt ist. Für ein absolutes Verständnis ist an dieser Stelle anzumerken, dass anorektische Personen nicht an Appetitverlust leiden, sondern eine ausgeprägte Angst entwickeln, zuzunehmen (BZgA, o. J.).

Wie bereits im Kapitel 1.1 ausgeführt, lassen sich diagnostisch verschiedene Formen von Essstörungen unterscheiden. Essstörungen sind psychosomatische Erkrankungen. Sie gehören nicht zu den Suchterkrankungen, weisen aber deutlichen Suchtcharakter auf. Alle Arten von Essstörungen gehen mit deutlichen Einbussen in der empfundenen gesundheitsbezogenen Lebensqualität der betroffenen Person sowie ihrer Familienmitglieder einher. Die Anorexie ist die auffälligste aller Essstörungen, da sie in der Regel mit massivem Untergewicht sowie erheblichen quantitativen und qualitativen Einschränkungen in der Nahrungsaufnahme einhergeht (Wunderer, 2015, S. 30-32). Der Erkrankungsbeginn liegt bei der Anorexie typischerweise in der Pubertät (Resmark & Friederich, 2020, S. 546). Ungefähr 90 % der Erkrankten sind weiblich (de Zwaan, 2016, S. 27). Das auffälligste Merkmal der Anorexie ist der stark reduzierte Ernährungszustand, oft begleitet von drastischem Gewichtsverlust. Personen mit schwerer Anorexie weisen einen kachektischen Ernährungszustand auf. Ihre äussere Erscheinung ist blass und bei vielen fehlt subkutanes Fett, sodass Knochen, Muskeln und Sehnen deutlich sichtbar sind (Teufel et al., 2022, S. 29).

Nachfolgend werden die psychischen und physischen Auswirkungen der Anorexie, die Therapie sowie der Verlauf und die Entstehung der Erkrankung thematisiert, um ein umfassendes Verständnis für das Krankheitsbild zu vermitteln.

2.1 Psychische Auswirkungen der Anorexie

Die zentralen Symptome der Anorexie sind die stark eingeschränkte Nahrungsaufnahme und die ausgeprägte Angst vor einer Gewichtszunahme (de Zwaan, 2016, S. 27). Auffällig ist, dass die Betroffenen den Gewichtsverlust häufig nicht adäquat wahrnehmen können oder gar verleugnen. In extremen Fällen fühlen sich Personen auch bei massivem Untergewicht noch zu dick, insbesondere am Bauch, an den Hüften und an den Oberschenkeln. Dieses Empfinden wird als Körperbildstörung bezeichnet. Das Gewicht und die Figur haben dabei einen übermässigen Einfluss auf die Selbstbewertung einer Person (Teufel et al., 2022, S. 29-30). Aufgrund dieser Körperbildstörung nehmen sich viele Betroffene selbst nicht als gefährdet wahr und lehnen oft Hilfe von Angehörigen und Fachpersonen ab (Zeeck et al., 2011, S. 64). Je länger die Erkrankung andauert und je mehr körperliche Komplikationen auftreten, desto eher nimmt die Krankheitseinsicht zu (de Zwaan, 2016, S. 27). Charakteristisch für die Anorexie ist, dass das angestrebte Körpergewicht nicht nur unterhalb der medizinischen Norm liegt, sondern durch die betroffenen Personen im Verlauf der Erkrankung immer weiter herabgesetzt wird. Die Angst vor einer Gewichtszunahme bleibt trotz fortschreitender Abmagerung bestehen, weshalb sie sich häufig wiegen und auch Körperumfänge übermässig oft kontrollieren. Der Gewichtsverlust wird durch eingeschränkte Nahrungszufuhr, Erbrechen, übermässige körperliche Aktivität oder die Einnahme von Abführmitteln und Diuretika herbeigeführt (Teufel et al., 2022, S. 29-30). Ein weiteres Merkmal der Anorexie ist die ständige gedankliche Beschäftigung mit dem Thema Essen. Kalorienzählen gehört zur Tagesordnung, und es wird viel Zeit für die Zubereitung und Beschaffung von Nahrungsmitteln aufgewendet. Betroffene vermeiden zucker-, fetthaltige und kohlenhydratreiche Lebensmittel. Mit der Zeit werden nur noch bestimmte Nahrungsmittel verzehrt und die Menge, die eingenommen wird, wird stark reduziert. Gemeinsame Mahlzeiten mit anderen Personen werden häufig vermieden. Das Entwickeln von Essritualen und zwanghaften Verhaltensweisen sind ebenfalls typische Merkmale einer Anorexie. Dies kann beinhalten, dass die Nahrung in kleinste Teile zerlegt und sehr langsam gegessen wird. Ein weiteres Symptom der Anorexie ist ein übertriebener Bewegungsdrang. Erkrankte sind oft zwanghaft mehrere Stunden pro Tag körperlich aktiv. Trotz des bestehenden Untergewichts betonen viele Betroffene, sich fit und leistungsfähig zu fühlen. Sie möchten weiterhin überdurchschnittliche Leistungen erbringen, sei es im Beruf, im Studium oder in der Schule. Hingegen nehmen die sozialen Kontakte ab und beschränken sich bei den meisten Erkrankten auf wenige Personen (Biedert,

2008, S. 11). Menschen mit Anorexie beschreiben sich oft als ehrgeizig, perfektionistisch, zwanghaft ordentlich und übertrieben kontrolliert, häufig schon vor Ausbruch der Krankheit. Diese Persönlichkeitsmerkmale verstärken sich durch die Anorexie, insbesondere bei langem Krankheitsverlauf (Simchen, 2021, S. 31-48). Die Anorexie kann auch Auswirkungen auf die kognitiven Fähigkeiten haben. Dieses Symptom wird im Kapitel 3.2.3 genauer erläutert.

2.2 Komorbidität

Im Vergleich zur Normalbevölkerung treten bei anorektischen Personen verschiedene psychische Störungen gehäuft auf (Biedert, 2008, S. 15). Die Depression ist die häufigste Begleiterkrankung bei Personen mit Anorexie. Die meisten Studien zeigen eine lebenszeitbezogene Komorbidität von ca. 50-70 %. Weitere 35-40 % der Betroffenen hatten bereits vor Beginn der Anorexie leichte depressive Episoden oder eine anhaltende Depression. Auch Angststörungen sind mit einer Komorbiditätsrate von ca. 65 % sehr häufig vertreten. Besonders oft zeigen sich zudem soziale Phobien und Zwangsstörungen. Bei einer Verbesserung oder Heilung der anorektischen Symptome verringern sich häufig auch die komorbiden Symptome (von Wietersheim, 2022, S. 188).

2.3 Physische Auswirkungen der Anorexie

Neben den komorbiden psychischen Störungen kommt es häufig auch zu somatischen Komplikationen als Folge der Essstörung. Die Anorexie entwickelt schnell eine hohe Eigendynamik (Pauli, 2021, Oktober) und kann gefährliche körperliche Zustände hervorrufen. Wie bereits erwähnt, verfügen viele Betroffene gerade in der Anfangsphase der Erkrankung oft über keine Krankheitseinsicht. Die ersten Kontakte mit medizinischem Fachpersonal erfolgen häufiger aufgrund körperlicher Folgen als wegen der Symptome der Essstörung selbst (Friederich et al., 2022, S. 269-270). Der Kalorienmangel führt zu einer Unterversorgung verschiedener Organe, darunter Gehirn, Herz und Lunge (Pauli, 2021, Oktober). Dadurch ist der Körper gezwungen, alle verfügbaren Energiereserven zu mobilisieren und gleichzeitig die nicht überlebenswichtigen Aktivitäten zu reduzieren. Der Energieverbrauch im Körper wird durch folgende Massnahmen gesenkt:

- Senkung der Hauttemperatur
- Hauttrockenheit

- Verlangsamung der Herzfrequenz
- Senkung des Muskeltonus (Biedert, 2008, S. 16).

Zudem verlangsamt sich die Verdauung, was sich bei Betroffenen häufig in Form von Verstopfungen bemerkbar macht. Zusätzliches Erbrechen kann das Gleichgewicht der Blutsalze, insbesondere von Natrium und Kalium stören, was zu gefährlichen Herzrhythmusstörungen führen kann (Friederich et al., 2022, S. 272-274). Weiter kann es bei Personen mit Anorexie zu einem Hirnschwund kommen, der vor allem das Lernen und die Emotionsverarbeitung beeinträchtigt. Diese Hirnatrophie scheint jedoch bei einer Normalisierung des Gewichts vollständig reversibel zu sein (Bailer, 2022, S. 254). Auch Haarausfall und Hormonstörungen sind häufige Folgen der Anorexie, wobei auch diese in der Regel bei einer Gewichtszunahme vollständig reversibel sind (Friederich et al., 2022, S. 270-273). Je länger die Erkrankung besteht, desto höher ist das Risiko, dass bei weiblichen anorektischen Personen die Regelblutung ausbleibt. Bei einer chronischen Anorexie mit anhaltendem Ausbleiben der Regelblutung besteht eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für Infertilität (Glass et al., 2022, S. 277-280). Ein chronischer Verlauf der Anorexie kann zudem zu einer verringerten Knochendichte bis hin zu Osteoporose führen. Die Pubertät ist eine entscheidende Phase für den Knochenaufbau, in der die maximale Knochendichte erreicht wird. Da der Krankheitsbeginn bei vielen Betroffenen in der Pubertät liegt, kommt es bei ihnen oft zu einem beeinträchtigten Knochenaufbau und einer reduzierten maximalen Knochenmasse (Friederich et al., 2022, S. 271–272).

2.4 Klassifikation nach ICD-11

Die Anorexie lässt sich aufgrund des erheblichen Untergewichts häufig leicht erkennen. Für eine genaue Diagnosestellung sind jedoch spezifische Kriterien massgeblich (Resmark & Friederich, 2020, S. 544). In der Schweiz wird der ICD-10-GM (International Classification of Diseases German Modification) zur Kodierung von Diagnosen verwendet (Bundesamt für Statistik, o. J.). Aus diesem Grund werden im Rahmen dieser Arbeit die Kriterien nach dem ICD und nicht nach dem DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) dargestellt. Die Umstellung auf die elfte Revision des ICD bringt wesentliche Neuerungen im Kapitel über Essstörungen mit sich. Derzeit liegt noch keine offizielle Übersetzung der glossarartigen Definitionen des ICD-11-Browsers der WHO vor. Die deutschen Autor*innen Gradl-Dietsch et al. haben jedoch 2022 eine

eigene Übersetzung erstellt (S. 18–22). Aufgrund der erheblichen Änderungen im ICD-11 wird auf deren Übersetzungsleistung zurückgegriffen:

ICD-11-Kriterien der Anorexia nervosa	
Signifikant niedriges Körpergewicht im Verhältnis zur Grösse und zum Entwicklungsstand (BMI bei Erwachsenen unter 18,5 kg/m ² und bei Kindern und Jugendlichen unter der fünften BMI-Altersperzentile), welches nicht auf einen Mangel an Nahrungsmitteln oder eine andere Erkrankung zurückzuführen ist.	
Anhaltende Verhaltensmuster, um die Wiederherstellung eines normalen Körpergewichts zu verhindern, in Verbindung mit entsprechender Angst vor Gewichtszunahme. Dazu zählen reduzierte Kalorienzufuhr (restriktives Essverhalten), Purging-Verhalten (z. B. selbstinduziertes Erbrechen oder Laxanzien-Abusus) und Massnahmen, die darauf abzielen, einen erhöhten Energieverbrauch zu erreichen (übertriebene körperliche Aktivitäten).	
Ein niedriges Körpergewicht und eine schlanke Finger haben für die Selbstbewertung der betroffenen Personen einen übertriebenen Einfluss, oder es liegt eine verzerrte Wahrnehmung des eigenen Körpers vor. Dies führt oft zu einer Fehleinschätzung – die Erkrankten nehmen sich als normal- oder übergewichtig wahr.	

Tabelle 1: Darstellung der diagnostischen Kriterien nach ICD-11 für die Anorexia nervosa (eigene Darstellung auf der Basis von Gradl-Dietsch et al., 2022, S. 21)

Im ICD-11 wird die Anorexia nervosa anhand des Körpergewichts und der Verhaltensmuster unterteilt (Gradl-Dietsch et al., 2022, S. 18).

Einteilung anhand des Körpergewichts	
Signifikant niedriges Körpergewicht	Bei der AN mit signifikant niedrigem Körpergewicht werden alle Kriterien der AN erfüllt und der BMI liegt bei Erwachsenen zwischen 18,5 kg/m ² und 14,0 kg/m ² . Bei Kindern und Jugendlichen liegt der BMI zwischen der 5. und der 3. BMI-Altersperzentile (Gradl-Dietsch et al., 2022, S. 21).

Gefährlich niedriges Körpergewicht	Bei der AN mit gefährlich niedrigem Körpergewicht liegt der BMI bei Erwachsenen unter 14,0 kg/m ² und bei Kindern und Jugendlichen unter der 3. BMI-Altersperzentile (Gradl-Dietsch et al., 2022, S. 22).
Zusätzlich wird spezifiziert, um welchen Subtypus es sich handelt	
Restriktiver Typus (asketische Form)	Anorektische Personen vom restriktiven Typus zeigen keine regelmässigen Essanfälle oder Purging-Verhalten. Der Gewichtsverlust sowie die Aufrechterhaltung des niedrigen Körpergewichts werden entweder allein durch restriktives Essverhalten oder Fasten herbeigeführt oder kombiniert mit einem erhöhten Energieverbrauch, beispielsweise durch übermässige körperliche Aktivität (Gradl-Dietsch et al., 2022, S. 21).
Binge- / Purging-Typus (bulimische Form)	Der Binge-Eating / Purging-Typ bezieht sich auf Personen, die den Gewichtsverlust sowie die Aufrechterhaltung des niedrigen Gewichts durch restriktives Essverhalten herbeiführen, begleitet von Kompensationsverhalten zur Entledigung aufgenommener Nahrung (z. B. selbsterbeigeführtes Erbrechen, Laxanzien-Abusus, Einläufe). Zu diesem Typ gehören auch Personen, die Essattacken haben, aber keine Gegenmassnahmen ergreifen (Gradl-Dietsch et al., 2022, S. 21).

Tabelle 2: Darstellung der diagnostischen Kriterien nach ICD-11 für die Anorexia nervosa, Einteilung nach Körpergewicht und Verhaltensmuster (eigene Darstellung auf der Basis von Gradl-Dietsch et al., 2022, S. 21-22)

Zudem gibt es im ICD-11 neu eine Diagnose für Personen mit Anorexie in Remission, die ein normales Körpergewicht haben. Eine Essstörung, die nicht alle Kriterien gemäss ICD-11 erfüllt, wäre als andere spezifische Anorexia nervosa oder als sonstige Anorexia nervosa zu kodieren (Gradl-Dietsch et al., 2022, S. 20).

2.5 Therapie

Für die Therapie der Anorexie stehen verschiedene Behandlungssettings zur Verfügung: das stationäre, das tagesklinische und das ambulante Setting. Da der Heilungsprozess in der Regel über einen langen Zeitraum erfolgt, werden im Laufe der Zeit häufig unterschiedliche Settings erforderlich. Die Therapie soll möglichst früh beginnen, um eine Chronifizierung, wann immer möglich, zu vermeiden. Primär sollte die Therapie psychotherapeutisch ausgerichtet sein, daneben sollen aber auch körperliche und ernährungsbezogene Probleme berücksichtigt werden. Die Behandlung der Anorexie zielt darauf ab:

- ein für Alter und Grösse angemessenes Körpergewicht wiederherzustellen und zu halten,
- das Essverhalten zu normalisieren,
- körperliche Folgen des Essverhaltens und des Untergewichts zu behandeln,
- die emotionalen, kognitiven und interaktionellen Probleme, die der Erkrankung zu Grunde liegen, zu behandeln,
- und die soziale Integration zu fördern (Resmark & Friederich, 2020, S. 549-551).

Bei der Entscheidung, ob eine stationäre Behandlung notwendig ist oder nicht, werden drei Bereiche berücksichtigt. Erstens das aktuelle Gewicht sowie der Gewichtsverlauf, insbesondere bei einem BMI von unter 14 kg/m^2 . Zweitens wird der medizinische Status beachtet und drittens die Schwere der essbezogenen Symptomatik sowie die psychische Komorbidität (Zipfel et al., 2022, S. 83). Bei anorektischen Personen sind es aber häufig die medizinischen Komplikationen, die eine vollstationäre Behandlung notwendig machen (Köpp & Tillinger, 2023, S. 72).

Um das primäre Behandlungsziel, nämlich die Gewichtszunahme zu erreichen, stehen verschiedene Ansätze zur Verfügung (Thiel & Paul, 2022, S. 406):

<ul style="list-style-type: none">• Essen von normalen Nahrungsmitteln in Anwesenheit und mit Ermutigung von Mitarbeitenden
<ul style="list-style-type: none">• Trinken von Sondennahrung in Anwesenheit und mit Ermutigung von Mitarbeitenden
<ul style="list-style-type: none">• Kombinieren von normalen Nahrungsmitteln und Sondennahrung

<ul style="list-style-type: none"> • Füttern durch Mitarbeitende
<ul style="list-style-type: none"> • Ernährung über eine Magensonde ohne Fixierung
<ul style="list-style-type: none"> • Ernährung über eine PEG-Sonde ohne Fixierung
<ul style="list-style-type: none"> • Kombinieren von mehreren Möglichkeiten
<ul style="list-style-type: none"> • Ernährung über Magen- oder PEG-Sonde mit Fixierung

Tabelle 3: Mögliche Ernährungsformen bei Personen mit Anorexie (eigene Darstellung auf der Basis von Thiel & Paul, 2022, S. 406).

Bei anorektischen Personen mit sehr tiefem Körpergewicht ist es wichtig, dass eine Gewichtsrestitution rasch eingeleitet, aber langsam durchgeführt wird. Denn ein weiterer Gewichtsverlust kann aufgrund der anhaltenden Unterversorgung zu einer Hirnatrophie sowie weiteren medizinischen Komplikationen führen (vgl. Kapitel 2.3). Zudem steigert eine initiale Gewichtszunahme die Krankheitseinsicht und erleichtert oft auch weitere psychotherapeutische Interventionen, da die kognitiven und körperlichen Folgen der Mangelernährung gemildert werden (Trachsel et al., 2016, S. 177). Die Zwangsernährung mittels Ernährungssonde darf nur als Ultima Ratio nach rechtlicher Klärung der Situation durchgeführt werden (Kind, 2012, S. 84).

Zwangsbehandlungen gegen den Willen einer Person sollten in spezialisierten Einrichtungen durchgeführt werden, die eine intensive internistische Betreuung sicherstellen können (Zeeck et al., 2011, S. 78-79). In der Schweiz fehlen solche spezialisierten Einrichtungen (Milos, 2017, S. 34). Daher werden schwer untergewichtige anorektische Personen, die eine Zwangsernährung benötigen, in der Schweiz in Akutspitälern behandelt und durch Psychiater*innen mitbetreut. Sobald eine minimale körperliche Stabilisierung erreicht ist und keine akute Lebensgefahr mehr besteht, kann die weitere Behandlung in einer auf Essstörungen spezialisierten Klinik erfolgen (USZ, 2024).

2.6 Verlauf

In den letzten hundert Jahren wurden mehr als 300 Studien zum Verlauf der Anorexie durchgeführt. Die Ergebnisse zum Langzeitverlauf zeigen, dass ungefähr die Hälfte der betroffenen Personen eine vollständige Genesung erreicht. Bei der anderen Hälfte wird die Krankheit chronisch.

Die höchste Rückfallrate ist während des ersten Jahres nach stationärer Behandlung zu verzeichnen. Faktoren, die mit einer niedrigeren Rückfallrate verbunden sind, umfassen eine kürzere Krankheitsdauer, ein jüngeres Alter und ein geringes Purging-Verhalten. Im Gegensatz dazu erhöhen ein übermässiges Sport- und Bewegungsverhalten sowie frühere Suizidversuche, wiederholte spezialisierte Behandlungen und ausgeprägte Zwangssymptome das Rückfallrisiko. Zudem sind ein niedriges Gewicht vor Beginn der Therapie ($\text{BMI} < 13 \text{ kg/m}^2$) und zum Zeitpunkt des Therapieabschlusses ($\text{BMI} < 15,5 \text{ kg/m}^2$) sowie das Vorhandensein zusätzlicher psychischer Störungen Prädiktoren für einen ungünstigen Verlauf (Zipfel et al., 2022, S. 82-84). Je kürzer der Verlauf, desto eher können somatische Spätfolgen verhindert werden (vgl. Kapitel 2.3).

2.7 Mortalität

Personen, die unter einer Anorexie leiden, weisen zusammen mit den Betroffenen von Suchterkrankungen die höchste Mortalitätsrate unter den psychischen Erkrankungen auf. International gesehen liegt die Mortalitätsrate bei der Anorexie zwischen 0,5 % und 1 %. Das bedeutet, dass von 1000 Menschen mit Anorexie jedes Jahr zwischen 5 und 10 Personen an den Folgen der Erkrankung sterben. Zu den häufigsten Todesursachen zählen Infektionen mit tödlich verlaufender Blutvergiftung, Elektrolytentgleisungen, die zu einem Herz-Kreislauf-Versagen führen, sowie Suizid (Zipfel et al., 2022, S. 84). Rutishauser et al. (2023) legen dar, dass ca. 25 % der Todesfälle auf Suizid zurückzuführen sind. 75 % sterben an den Folgen der medizinischen Komplikationen, was verdeutlicht, dass anorektische Personen grundsätzlich als somatisch schwer krank beurteilt werden sollten (S. 42).

2.8 Erklärungsansatz – Biopsychosoziales Modell

Essstörungen sind multifaktoriell bedingt. Sie entstehen durch ein komplexes Zusammenspiel von verschiedenen Faktoren. Biologische Einflüsse spielen eine ebenso wichtige Rolle wie psychologische und soziale Aspekte (Wunderer, 2015, S. 70).

George L. Engel vertrat 1977 die Ansicht, dass das damals vorherrschende biomedizinische Modell nicht ausreicht, um Krankheiten optimal zu erkennen und zu behandeln. Der biomedizinische Ansatz konzentrierte sich hauptsächlich auf die Erkennung organspezifischer Mechanismen einer Krankheit und vernachlässigte soziale und psychologische Faktoren (Tretter, 2020, S. 14). George L. Engel kritisierte diese dualistische Herangehensweise. Um eine Beziehung

zwischen biochemischen und klinischen Vorgängen herzustellen, ist ein zusätzlicher psychosozialer Zugang erforderlich. Das biopsychosoziale Modell ist ein ganzheitlicher Ansatz, der auf den Prinzipien der biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren basiert (Adler & Grögler, 2011, S. 85-91).

2.8.1 Biologische Einflussfaktoren

Familien- und Zwillingsstudien haben gezeigt, dass die erbliche Komponente bei der Anorexie eine wichtige Rolle spielt. Verwandte ersten Grades von Personen mit Anorexie haben im Vergleich zu Personen ohne familiäre Belastung ein etwa zehnmal höheres Risiko, selbst eine Anorexie zu entwickeln (Frieling et al., 2022, S. 152). Zusätzlich ist erwiesen, dass Hormone, Neurotransmitter (insbesondere Serotonin und Dopamin) und Abweichungen in neuronalen Regelkreisen mit gestörtem Essverhalten in Verbindung stehen können (Wunderer, 2015, S. 71-73).

2.8.2 Individuelle psychologische Einflussfaktoren

Auf der psychologischen Seite des biopsychosozialen Modells werden bei anorektischen Personen Selbstwertdefizite, Perfektionismus, ein hohes Kontrollbedürfnis sowie weitere Persönlichkeitsmerkmale als Einflussfaktoren angenommen. Das Essverhalten dient als Mittel, Kontrolle über den eigenen Körper und somit vermeintlich auch über das Leben zu erlangen. Es ermöglicht den Betroffenen, den hochgesteckten, durch soziokulturelle Vorgaben geprägten Erwartungen zu entsprechen. Darüber hinaus können belastende Erfahrungen aus der Vergangenheit, wie sexueller Missbrauch oder Vernachlässigung, das Risiko für die Entwicklung einer Essstörung erhöhen (Wunderer, 2015, S. 76-80).

2.8.3 Soziale und soziokulturelle Einflussfaktoren

Essstörungen sind keine kulturgebundenen Syndrome. Soziale und soziokulturelle Einflüsse sind aber unbestreitbar (Wunderer, 2015, S. 108). Für den Einfluss soziokultureller Faktoren spricht eine Reihe von empirisch gesicherten Beobachtungen. Dazu zählen die ungleiche Geschlechterverteilung, das typische Erkrankungsalter während der Adoleszenz und die Verbindung der Anorexie mit dem westlichen Lebensstil (Steinhausen, 2005, S. 8-9). Insbesondere das Schlankeitsideal, Rollenanforderungen und Massenmedien können zur Entstehung einer Anorexie beitragen. Studien zeigen, dass die durch die Medien vermittelten Schlankeitsideale in westlichen Industrieländern dazu führen, dass vor allem bei jungen Frauen die Zufriedenheit mit dem

eigenen Körper sinkt und Essstörungssymptome getriggert werden können (Peter & Brosius, 2020, S. 56-60). Insbesondere dann, wenn auch die Peers die körperliche Erscheinung hoch bewerten (Wunderer, 2015, S. 109). Jäger (2022) ergänzt, dass bei anorektischen Personen jedoch nicht der Wunsch, dem gängigen Schönheitsideal zu entsprechen, im Vordergrund steht. Der Krankheitswert liegt vielmehr auf einer intrapsychischen oder interpersonellen Ebene. Trotzdem kann die Anorexie durch Schlankheitsideale verstärkt und legitimiert werden. Zudem kann sie durch modebewusste Diätversuche getriggert werden, löst sich jedoch im weiteren Verlauf von einer Orientierung an den gesellschaftlichen Idealen deutlich ab (S. 172-173). Auch Stress in sozialen Beziehungen sowie mangelnde soziale Unterstützung stehen in Zusammenhang mit Essstörungssymptomen und Rückfällen in die Symptomatik (Wunderer, 2015, S. 108).

2.9 Zusammenfassung des Kapitels

Die Anorexia nervosa ist eine Form einer Essstörung. Von Anorexie betroffene Personen nehmen stark ab und haben eine ausgeprägte Angst vor Gewichtszunahme. Der Gewichtsverlust wird durch eine stark verminderte Nahrungsaufnahme, übermässige körperliche Aktivität und teilweise durch unangemessenes Kompensationsverhalten wie Erbrechen oder durch die Einnahme von Abführmitteln und Diuretika verursacht. Betroffene leiden an einer verzerrten Selbstwahrnehmung und sind gedanklich ständig mit dem Thema Essen beschäftigt. Sie zählen Kalorien, und vermeiden zucker-, fetthaltige sowie kohlenhydratreiche Lebensmittel. Viele von ihnen entwickeln auch Essrituale sowie zwanghafte Verhaltensweisen. Komorbide psychische Störungen wie Depressionen und Angststörungen sind bei der Anorexie häufig. Insbesondere zu Beginn der Erkrankung haben viele anorektische Personen keine Krankheitseinsicht, was dazu führt, dass sie sich gegenüber Therapien oft ambivalent oder ablehnend zeigen. Körperlich kann die Anorexie zu schwerwiegenden medizinischen Komplikationen wie Herzrhythmusstörungen, Hirnatrophie oder hormonellen Störungen führen. Bei chronischer Anorexie besteht die Gefahr von dauerhaften gesundheitlichen Schäden wie Osteoporose und Infertilität. Trotz Behandlung besteht ein hohes Rückfallrisiko, vor allem im ersten Jahr nach einer stationären Therapie. Die Krankheit weist eine hohe Mortalitätsrate auf – meist zurückzuführen auf Infektionen, Herz-Kreislauf-Versagen oder Suizid. Das biopsychosoziale Modell bietet einen umfassenden Ansatz, um der multikausalen Entstehung einer Anorexie gerecht zu werden.

3 Rechtliche Analyse

Im nachfolgenden Kapitel wird die rechtliche Situation in Bezug auf die fürsorgerische Unterbringung (FU) und die Zwangsernährung mittels Ernährungssonde bei anorektischen Personen dargelegt. Dabei wird auf die rechtliche Situation auf Bundesebene verwiesen und regelmässig die Übereinkunft der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, die UN-Behindertenrechtskonvention (BRK), herangezogen. Die BRK gilt unter anderem für Menschen, die an einer chronischen psychischen Erkrankung leiden. Laut Art. 12 BRK sind alle Menschen mit Behinderung in jeglichen Lebensbereichen gleichberechtigt. Sie haben einen Rechtsanspruch auf die erforderliche Unterstützung, damit ihnen die gleichberechtigte Ausübung ihrer Rechts- und Handlungsfähigkeit möglich wird (Gehring & Scherr, 2021, S. 33).

Wie im Kapitel 2 erläutert, leiden anorektische Personen häufig unter starkem Untergewicht, was neben psychischen auch zahlreiche somatische Auswirkungen mit sich bringen kann (Friederich et al., 2022, S. 269). Wann eine stationäre Behandlung notwendig wird, muss im Einzelfall erwogen werden (Zipfel et al., 2022, S. 83). Aufgrund der oftmals fehlenden Krankheitseinsicht lehnen anorektische Personen häufig eine notwendige stationäre Behandlung ab. Wenn die Anorexie ein lebensbedrohliches Ausmass erreicht oder befürchtet werden muss, dass bei Nichtbehandlung ein erheblicher gesundheitlicher Schaden eintritt und damit eine Selbstgefährdung vorliegt, stellt sich für Angehörige, Therapeut*innen und Ärzt*innen die Frage nach einer FU (Zeeck et al., 2011, S. 74-78). Eine FU greift als freiheitsberaubende Zwangsmassnahme massiv in die Persönlichkeitsrechte und die Selbstbestimmung einer Person ein und darf nur unter sehr spezifischen Voraussetzungen angeordnet werden (Pro Mente Sana, o. J.).

3.1 Die fürsorgerische Unterbringung nach Art. 426 ZGB

Die fürsorgerische Unterbringung bezeichnet die zwangsweise Einweisung einer Person in eine geeignete Einrichtung, wenn eine angemessene Behandlung oder Betreuung auf alternative Weise nicht gewährleistet werden kann. Diese Zwangsmassnahme erfolgt gegen den Willen einer urteilsfähigen Person oder, falls die Urteilsfähigkeit nicht vorhanden ist, gegen den mutmasslichen Willen dieser Person und dient dem Zweck der Personensorge. Im vorrevidierten Recht war mit den Bestimmungen zur fürsorgerischen Freiheitsentziehung (FFE) nur die Einweisung in eine geeignete Anstalt geregelt. Mit der Revision des ZGB sind nun zusätzlich die

Behandlung ohne Zustimmung nach Art. 434 ZGB sowie die bewegungseinschränkende Massnahmen nach Art. 438 i.V.m. Art. 383 ff. ZGB ins Bundesrecht aufgenommen worden. Somit wird dieser gesamte Bereich schweizweit einheitlich. Die Kombination einer Einweisung gegen oder ohne den Willen, die Behandlung oder Betreuung ohne Zustimmung und die Einschränkung der Bewegungsfreiheit entsprechen der FU im weiteren Sinne (FU i.w.S.). Die eigentliche Einweisung ist die FU im engeren Sinne (FU i.e.S.) (Dubno & Rosch, 2022, S. 624-625).

Die FU i.e.S. stellt einen schwerwiegenden Eingriff in die persönliche Freiheit nach Art. 10 Abs. 2 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV) vom 18. April 1999, SR 101 dar, und ist deshalb an die Voraussetzungen von Art. 36 BV gebunden, insbesondere an die Verhältnismässigkeit. Die gesetzliche Grundlage für die FU findet sich in Art. 426 ZGB (Guillod, 2013, S. 719). Die Anordnung einer FU erfordert einen Schwächezustand (psychische Störung, geistige Behinderung oder schwere Verwahrlosung), der zu einer Schutzbedürftigkeit führt. Es geht um eine notwendige Behandlung oder Betreuung, die nicht anders gewährleistet werden kann. Die Definition, was unter notwendiger Behandlung oder Betreuung zu verstehen ist, leitet sich insbesondere aus dem Verhältnismässigkeitsprinzip ab, unter Berücksichtigung des Kriteriums der Zumutbarkeit. Aufgrund der Schwere des Eingriffs rechtfertigen nur besonders schwere oder zeitlich akute Gefährdungssituationen eine FU. Zusätzlich muss eine geeignete Einrichtung vorhanden sein, und im Rahmen der Verhältnismässigkeitsprüfung ist eine Einweisung auch nur dann zulässig, wenn sie als Massnahme geeignet ist, um das Ziel der Wiedererlangung der Selbständigkeit und Selbstverantwortung zu erreichen. Es ist an dieser Stelle wichtig zu betonen, dass die Anordnung einer FU nicht automatisch die Befugnis zur Durchführung medizinischer Behandlungen ohne Zustimmung der betroffenen Person einschliesst. Die Anordnung einer FU ist primär eine behördliche Angelegenheit, also die der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB). Der Kanton kann aber diese Angelegenheit an Ärzt*innen delegieren. Die kantonale Frist beträgt in der Regel sechs Wochen, nach dieser Zeit muss die eingewiesene Person wieder entlassen werden – ausser die KESB ordnet eine neue und zeitlich unbefristete FU an (Dubno & Rosch, 2022, S. 624-630). Eingewiesene Personen dürfen für die Zeit der FU eine Vertrauensperson beiziehen. Diese muss von der Klinik, wenn immer möglich, in die Behandlung miteinbezogen werden (Dubno & Rosch, 2022, S. 638).

Die Anordnung einer FU muss in jedem Einzelfall sorgfältig geprüft werden. Bei einer anorektischen Person, bei der eine FU zur Behandlung geprüft wird, könnten die Überlegungen wie folgt

aussehen: Grundsätzlich wird der Schwächezustand die psychische Erkrankung, also die Anorexie, sein. Der Schutzbedarf, der sich aus dem Schwächezustand ableiten lässt, ist ein stationärer Behandlungsbedarf, wenn die betroffene Person aufgrund der Folgen der Erkrankung massiv gefährdet ist und die Behandlung nicht anders erfolgen kann. Der Schutzbedarf bezieht sich auf die Personensorge und muss im Einzelfall genau konkretisiert werden. Zudem ist es wichtig zu beachten, dass die Situation anders beurteilt werden muss, wenn die betroffene Person aus-therapiert ist und palliativ behandelt wird. Im Rahmen der Verhältnismässigkeitsprüfung muss geprüft werden, ob das Ziel der FU, also die Wiedererlangung der Selbständigkeit und Selbstverantwortung erreicht werden kann. Gemäss Fassbind (2021b) kann eine FU in schweren Fällen jedoch auch darauf abzielen, eine Stabilisierung der Situation zu erreichen oder eine weitere Verschlechterung zu verhindern (S. 979-980). Wenn eine anorektische Person in Bezug auf die Behandlung der Anorexie urteilsfähig ist und sich gegen die Behandlung der Anorexie ausspricht, sind die Chancen für eine Veränderung eher gering. Nach Fassbind (2012) ist in diesem Fall eine FU nur dann zulässig, wenn es keine weniger einschneidendere Massnahme gibt, die der betroffenen Person genügend Schutz bietet, bzw. kein Rechtfertigungsgrund, beispielsweise in Form einer Einwilligung der betroffenen Person, vorliegt. Für eine FU zur Behandlung müssen die Voraussetzungen für eine Behandlung ohne Zustimmung nicht bereits mit der Einweisung erfüllt sein. Schliesslich kann es immer noch sein, dass die betroffene Person nach erfolgter Einweisung der Behandlung zustimmt (S. 315). Nur in akuten und schwerwiegenden Gefährdungssituationen kann die Zumutbarkeit bejaht werden. Dies kann beispielsweise der Fall sein, wenn der BMI so niedrig ist, dass unmittelbar schwere medizinische Komplikationen drohen, oder wenn die Anorexie zu einer akuten Suizidalität führt, die eine FU notwendig macht, um das Leben der betroffenen Person zu schützen.

Aus der Auslegung von Art. 14 BRK ergibt sich, dass eine Behinderung niemals der alleinige Grund für einen Freiheitsentzug sein darf. Eine FU nur aufgrund eines diagnostizierten Schwächezustands (wie einer geistigen Behinderung oder psychischen Störung) würde daher gegen die Konvention verstossen (Rosch, 2023a, S. 399-401). Dies stellt das Zusammenspiel von Schwächezustand und Schutzbedürftigkeit im gesamten Erwachsenenschutz infrage. Die Anknüpfung an eine geistige Behinderung oder psychische Störung wäre somit nicht länger zulässig. Diese Auffassung wird dadurch begründet, dass sich aus der Behinderung eine Gefährlichkeit ergebe und diese nicht spezifisch für behinderte Personen sei, sondern ebenso bei

Nichtbehinderten vorkommen kann. Für solche Fälle sei die Unterbringung ersatzlos zu streichen, und stattdessen soll das Polizeirecht angewendet werden. Dies wirft die berechnigte Frage auf, ob der Erwachsenenenschutz tatsächlich legitimiert ist, als massgeblicher Anknüpfungspunkt eine geistige Behinderung oder psychische Störung zu nennen. Zudem wird auch fälschlicherweise der Eindruck vermittelt, dass der Erwachsenenenschutz dazu dienen soll, vor Fremdgefährdung zu schützen (Rosch, 2017, S. 252).

3.2 Urteils(un)fähigkeit

Urteilsfähigkeit ist kein medizinischer, sondern ein juristischer Begriff. Im Erwachsenenenschutz gibt es keine spezifische Definition, daher gilt die in Art. 16 ZGB verankerte Definition. Gemäss diesem Gesetzesartikel ist eine Person urteilsfähig, solange es ihr nicht aufgrund ihres Alters, geistiger Behinderung, psychischer Störung, Rausch oder ähnlichen Zuständen an der Fähigkeit mangelt, vernunftgemäss zu handeln. Die Beurteilung der Urteilsfähigkeit umfasst sowohl subjektive als auch objektive Kriterien (Wetterauer, 2024, S. 22-23).

3.2.1 Subjektive Kriterien

Für das Vorliegen der Urteilsfähigkeit sind in der Rechtsprechung zwei Fähigkeiten erforderlich, die kumulativ erfüllt sein müssen. Das ist erstens die intellektuelle Fähigkeit, einen eigenen vernünftigen Willen zu bilden (Willensbildungsfähigkeit), und zweitens die Fähigkeit, gemäss diesem Willen zu handeln (Willensumsetzungsmöglichkeit) (Wetterauer, 2024, S. 23).

3.2.2 Objektive Kriterien

Eine Urteilsunfähigkeit im Sinne von Art. 16 ZGB setzt voraus, dass sie zumindest teilweise auf objektivierbaren Ursachen beruht, wie etwa Kindesalter, geistiger Behinderung, psychischer Störung, Rausch oder ähnlichen Zuständen. Fehlt einer Person die Fähigkeit, vernunftgemäss zu handeln, aus Gründen, die nicht in Art. 16 ZGB aufgeführt sind, so ist sie nicht urteilsunfähig im Sinne des Gesetzes. Denn die fehlende Fähigkeit, vernunftgemäss zu handeln, und das Vorliegen eines in Art. 16 ZGB genannten Schwächezustandes sind, wie bereits erwähnt, kumulative Voraussetzungen (Wetterauer, 2024, S. 24).

3.2.3 Urteilsfähigkeit bei Anorexia nervosa

Bei Personen mit Anorexie gelten dieselben gesetzlichen, berufsrechtlichen und ethischen Kriterien zur Beurteilung der Urteilsfähigkeit wie bei anderen Personen auch. Bei anorektischen Personen erfordert diese Beurteilung jedoch besondere psychiatrische Kenntnisse. Denn während eines Gesprächs können Menschen mit Anorexie vordergründig oft klar, überlegt und kohärent wirken. Trotz ihrer schweren Krankheit können sie überraschend lange im Alltag funktionieren. Erst wenn gezielte Fragen zur Ernährung, zur Wahrnehmung des eigenen Körpers oder zur Notwendigkeit einer Behandlung bzw. Normalisierung des Gewichts gestellt werden, tritt die Psychopathologie der erkrankten Person zutage. Betroffene sind oft schwer unterernährt, häufig depressiv und leiden unter Einschränkungen der kognitiven Funktionen. Die Fähigkeit, Informationen in einem Gesamtzusammenhang einzuordnen, ist reduziert. Zudem haben anorektische Personen häufig Mühe, die Folgen des eigenen Handelns einzuschätzen. In den meisten Fällen von schwerer, vital lebensbedrohlicher Anorexie muss daher davon ausgegangen werden, dass die Urteilsfähigkeit beeinträchtigt ist. Diese Tatsache entbindet die Fachpersonen jedoch nicht davon, die Urteilsfähigkeit in jedem Einzelfall genau zu prüfen und eine festgestellte Urteilsunfähigkeit zu begründen (Milos et al., 2019, S. 925-926). Ein Entscheid zur Ablehnung einer Behandlung oder die Verweigerung einer dringend notwendigen Gewichtszunahme ist daher nicht immer das Ergebnis einer freien Willensbildung, sondern kann ein Symptom der Anorexie und somit Ausdruck der psychischen Erkrankung sein (Thiel & Paul, 2022, S. 403).

3.3 Medizinische Behandlungen bei Urteilsunfähigkeit

Jede medizinische Behandlung stellt einen Eingriff in die körperliche und psychische Integrität einer Person dar und bedeutet damit eine Verletzung der Persönlichkeit nach Art. 28 ZGB (Häfeli, 2021, S. 86). Jeder ärztliche Heileingriff ist nur rechtmässig, wenn die urteilsfähige Person einwilligt, ein überwiegendes privates oder öffentliches Interesse besteht oder ein Gesetz den Eingriff rechtfertigt (Rosch, 2015, S. 363). Der selbstbestimmte Behandlungsentscheid einer urteilsfähigen Person ist vom Behandlungsteam zu respektieren, selbst wenn dies aus Sicht des Behandlungsteams unvernünftig erscheinen mag (Trachsel et al., 2016, S. 178). Der Entscheid muss also nicht objektiv vernünftig sein, sondern aufgrund eines autonom ablaufenden Willensbildungsprozesses gereift sein – und er muss in Übereinstimmung mit der subjektiven Wertewelt der betroffenen Person stehen (Rosch, 2015, S. 363-364).

Wenn nun beispielsweise Personen mit Anorexie eine fehlende Bereitschaft für eine medizinisch erforderliche Behandlung zeigen, dann ist vom Behandlungsteam zu klären, inwieweit die Symptome und Folgen der Anorexie die Willensbildungsfähigkeit und Willensumsetzungsmöglichkeit beeinträchtigen (vgl. Kapitel 3.2). Bei genereller Urteilsunfähigkeit oder bei festgestellter Urteilsunfähigkeit in Bezug auf eine konkrete Behandlung legt der Gesetzgeber fest, wer stellvertretend für diese Person über medizinische Massnahmen entscheiden kann. Medizinische Massnahmen umfassen alle diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Massnahmen, welche Eingriffe in die physische oder psychische Integrität einer Person darstellen und deshalb eines Rechtfertigungsgrundes bedürfen (Gassmann, 2015b, S. 128-129).

3.4 Vertretung bei medizinischen Massnahmen (Art. 377 ff. ZGB)

Ist eine Person hinsichtlich medizinischer Massnahmen urteilsunfähig, muss das ärztliche Personal abklären, ob eine gültige Patientenverfügung gemäss Art. 372 ZGB besteht. Vorbehalten bleiben Notfallsituationen (Gassmann, 2015a, S. 103). Enthält die gültige Patientenverfügung hinreichend konkrete Weisungen zur betreffenden medizinischen Massnahme, ist sie verbindlich. Dasselbe gilt auch für medizinische Anordnungen, die in einem Vorsorgeauftrag festgehalten sind. Liegt weder eine Patientenverfügung noch ein Vorsorgeauftrag vor oder enthalten diese keine Weisungen zur entsprechenden medizinischen Situation, dann besteht Raum für stellvertretende Entscheidungen von vertretungsberechtigten Personen (Gassmann, 2015b, S. 133). Die Vertretung nach Art. 377 ff. ZGB kommt also nur zur Anwendung, wenn die urteilsunfähige Person die Vertretung nicht selbst geregelt hat. Sie ist subsidiär zur eigenen Vorsorge, und Art. 378 ZGB regelt in klarer Hierarchie die zur Vertretung berechtigten Personen (Häfeli, 2021, S. 87-89). Gibt die vertretungsberechtigte Person ihre Einwilligung für eine medizinische Massnahme, kann sie durchgeführt werden (Dubno & Rosch, 2022, S. 632). Art. 377 und 378 ZGB halten nicht nur fest, wer in welcher Reihenfolge die Kompetenz hat, die urteilsunfähige Person zu vertreten, sondern verpflichten auch das ärztliche Personal, bei Fehlen einer Patientenverfügung vor der Behandlung einer urteilsunfähigen Person einen Behandlungsplan zu erstellen. Die vertretungsberechtigte Person wird bei der Erstellung des Behandlungsplans miteinbezogen, und der behandelnde Arzt / die behandelnde Ärztin leistet ihr gegenüber die ärztliche Aufklärungspflicht (Häfeli, 2021, S. 87-88). Das medizinische Fachpersonal klärt also über Gründe, Zweck, Art, Modalitäten, Risiken, Nebenwirkungen und Kosten, sowie über Folgen eines Unterlassens der Behandlung und über mögliche Behandlungsalternativen auf. Die

Aufklärung muss so umfassend sein, wie wenn sich diese Person selbst der medizinischen Massnahme unterziehen würde, damit sie daraufhin in der Lage ist, im besten Interesse der urteilsunfähigen Person zu entscheiden. Wann immer möglich, wird auch die urteilsunfähige Person in die Entscheidungsfindung einbezogen, vorausgesetzt, sie kann sich dazu äussern (Fountoulakis & Rosch, 2022, S. 529-530). Der Behandlungsplan regelt alle medizinischen Massnahmen, ausser alltägliche Massnahmen, die keine besondere Gefahr oder länger dauernde Beeinträchtigung der körperlichen Integrität darstellen (Rosch, 2015, S. 366). Ist die betroffene Person nur vorübergehend urteilsunfähig, muss mit der Entscheidung über einen ärztlichen Eingriff zugewartet werden, bis die Person die Einwilligungsfähigkeit wiedererlangt – vorausgesetzt, das Abwarten bringt keine Gefahr für die Gesundheit der betroffenen Person mit sich (Gassmann, 2015b, S. 131-132).

Zwei Ausnahmen bleiben vorbehalten:

- Erstens Notfallsituationen, in denen es zeitlich nicht mehr möglich ist, die vertretungsberechtigte Person zu kontaktieren (vgl. Kapitel 3.4.3) und mit dieser Person einen Behandlungsplan zu erstellen (Fountoulakis & Rosch, 2022, S. 530).
- Die andere Ausnahme bilden Art. 433 ff. ZGB. Sie greifen, wenn es um medizinische Massnahmen bei urteilsunfähigen Personen geht, die per FU untergebracht sind, sofern es sich bei der medizinischen Massnahme um die Behandlung der psychischen Störung handelt (ebd.). Art. 380 ZGB geht noch weiter und legt dar, dass sich die Behandlung einer psychischen Störung einer urteilsunfähigen Person in einer psychiatrischen Einrichtung nach den Bestimmungen über die FU richtet. Er beschränkt also Art. 434 f. ZGB auf medizinische Behandlungen von urteilsunfähigen Personen in einer psychiatrischen Einrichtung. Damit finden bei allen anderen medizinischen Massnahmen ausserhalb von psychiatrischen Kliniken ebenfalls die Art. 377 ff. ZGB Anwendung, unabhängig davon, ob die Personen fürsorgerisch untergebracht sind oder nicht (Dubno & Rosch, 2022, S. 632). Diese Differenzierung führt zu erheblichen Abgrenzungsschwierigkeiten, wenn die betroffene Person fürsorgerisch in einer Psychiatrie untergebracht ist und sowohl an einer psychischen als auch an einer somatischen Erkrankung leidet (Coskun-Ivanovic, 2023, S. 314-316). Die Botschaft begründet die Schaffung dieses Sonderrechts damit, dass die Regelung betroffene Personen schützt, ohne weitere Umstände von Angehörigen psychiatrisch versorgt werden zu können (Gassmann, 2015b, S. 136). Denn die

herrschende Lehre (Boente, 2015, S. 979-980 und Fassbind, 2021a, S. 845-847) sowie der Gesetzgeber gehen davon aus, dass sich die Bestimmungen von Art. 380 ZGB auch auf den Eintritt in eine Einrichtung zur Behandlung der psychischen Störung beziehen (Botschaft zur Änderung des ZGB BBI 2006 7001 vom 28.06.2006, S. 7037). Was bedeutet, dass beim Eintritt einer urteilsunfähigen Person in eine psychiatrische Einrichtung eine FU angeordnet werden muss. Wenn die betroffene Person aber freiwillig in eine Psychiatrie eintritt und erst im Laufe des Aufenthalts urteilsunfähig wird, teilen sich die Lehrmeinungen, ob hier auch eine FU angeordnet werden muss oder ob die gesetzlichen Vertretungsrechte gelten (Guillod & Hertig, 2013, S. 308-309).

Die Bestimmungen zur Vertretung bei medizinischen Massnahmen fokussieren primär auf Personen, die ihre Urteilsfähigkeit im Laufe ihres Lebens verloren haben und somit zuvor in der Lage waren, ihren Willen in urteilsfähigem Zustand zu äussern. Für Personen mit seit Geburt bestehender Urteilsunfähigkeit sind die Art. 377 und 378 ZGB nur eingeschränkt anwendbar. In diesen Fällen besteht häufig eine umfassende Beistandschaft gemäss Art. 398 ZGB, die auch das Vertretungsrecht bei medizinischen Massnahmen umfasst. Dadurch sind nahestehende Personen im Sinne von Art. 378 ZGB in der Regel vom Vertretungsrecht ausgeschlossen. Der Erwachsenenschutz greift nur bei urteilsunfähigen volljährigen Personen. Bei der Vertretung urteilsunfähiger Minderjähriger gelten hingegen die Bestimmungen zur elterlichen Sorge (Art. 296 ff. ZGB) und zum Kinderschutz (Art. 307 ff. ZGB) (Gassmann, 2015b, S. 129).

3.4.1 Vertretungskaskade (Art. 378 ZGB)

Art. 378 ZGB regelt in klarer Hierarchie die zur Vertretung berechtigten Personen. Diese Reihenfolge orientiert sich am Grundsatz der grösstmöglichen Selbstbestimmung und am Subsidiaritätsprinzip. Vorrang hat dabei die in einer Patientenverfügung oder einem Vorsorgeauftrag benannte vertretungsberechtigte Person. Andernfalls hat eine behördlich angeordnete Beistandschaft Vorrang vor anderen berechtigten Personen. Art. 378 Abs. 1 Ziff. 3–7 ZGB enthält eine abschliessende Aufzählung von Angehörigen der betroffenen Person, die der Reihe nach gesetzlich zur Vertretung berechtigt sind. Die Vertretungsberechtigung basiert nicht nur auf einem formalen Kriterium, sondern setzt auch eine tatsächlich gelebte Beziehung voraus, entweder durch das Führen eines gemeinsamen Haushalts oder durch regelmässige persönliche Beistandsleistungen (Häfeli, 2021, S. 89-90).

Wenn mehrere Personen vertretungsberechtigt sind, darf der gutgläubige Arzt respektive die gutgläubige Ärztin voraussetzen, dass jede Person im Einverständnis mit den anderen handelt (Art. 378 Abs. 2 ZGB). Wenn in einer Patientenverfügung Weisungen zur entsprechenden medizinischen Massnahme fehlen, dann entscheidet die vertretungsberechtigte Person nach dem mutmasslichen Willen und den Interessen der urteilsunfähigen Person (Art. 378 Abs. 3 ZGB). Der mutmassliche Wille einer Person bezieht sich auf das, was die Person gewollt hätte, wenn sie sich frei und in voller Kenntnis der Umstände äussern könnte. Wenn der mutmassliche Wille nicht ermittelt werden kann, ist nach den objektiven Interessen der betroffenen Person, d.h. gemäss medizinischer Indikation zu entscheiden (SAMW, 2019, S. 24). Medizinische Massnahmen ohne Heilzweck, wie beispielsweise Schönheitsoperationen, sind absolut höchstpersönliche Rechte, bei denen urteilsunfähige Personen nicht vertreten werden können (Frey et al., 2022, S. 594).

3.4.2 Zustimmung auch zur zwangsweisen Durchführung?

Wenn Angehörige gemäss der Vertretungskaskade nach Art. 378 ZGB die Zustimmung zu einer medizinischen Massnahme geben, kann diese durchgeführt werden (Dubno & Rosch, 2022, S. 632). Doch was passiert, wenn sich die betroffene Person gegen die Massnahme wehrt? Können Angehörige auch die Zustimmung zur zwangsweisen Durchführung einer medizinischen Massnahme geben?

Die SAMW (2018) hält in ihrer medizinisch-ethischen Richtlinie fest, dass bei urteilsunfähigen Personen Zwangsbehandlungen auch gegen deren Widerstand durchgeführt werden können, wenn keine frühere ablehnende Willensäusserung eruiert werden kann und eine legitimierte Vertretungsperson die Zustimmung gegeben hat (S. 10). Laut Rosch (2014) ist dies fraglich. Normalerweise liegt das Zwangsmonopol beim Staat. Und dort, wo Zwang ausgeübt wird, gibt es klar definierte Regeln. Dies wurde im revidierten Recht besonders beachtet. Bei der FU sind die Voraussetzungen und Rahmenbedingungen für die Bestimmung des Aufenthalts gegen den Willen einer Person sowie gegen den mutmasslichen Willen einer urteilsunfähigen Person klar definiert. Auch bei medizinischen Massnahmen für urteilsunfähige Personen, die in psychiatrische Kliniken eingewiesen wurden und an einer psychischen Störung leiden, gibt es klar umschriebene Voraussetzungen – beispielsweise für eine Medikation ohne Zustimmung. Im Gegensatz dazu werden in den Vertretungsrechten nach Art. 377 ff. ZGB keine zwangsweisen

Durchführungsmassnahmen genannt. Nach Rosch können Angehörige und Nachkommen keine Zustimmung zur zwangsweisen Durchführung geben (S. 9). Auch nach der Auffassung von Vogel (2021) stellen Zwangsmassnahmen im Sinne eines unmittelbaren Zwangs schwere Eingriffe in die Rechtsstellung der betroffenen Person dar und sind somit grundrechtlich relevant. Aus seiner Sicht können die gesetzlichen Vertretungspersonen oder eine vorgängige Zustimmung im Rahmen der Patientenverfügung keine genügende gesetzliche Grundlage bieten, für eine zwangsweise Durchsetzung der medizinischen Behandlung (S. 273). Das gilt m.E. auch für Situationen, in denen betroffene Personen beim Eintritt ins Akutspital einen Behandlungsvertrag unterschreiben und einer medizinischen Massnahme zustimmen, später jedoch urteilsunfähig werden und sich gegen diese Massnahme wehren.

Dies wirft die Frage auf, wer stattdessen befugt ist, eine Zwangsbehandlung anzuordnen (Rosch, 2014, S. 9). Nach Vogel (2021) sind drei Szenarien denkbar:

1. In dringlichen Fällen kann gestützt auf Art. 379 ZGB eine medizinische Massnahme nach dem mutmasslichen Willen und den Interessen der urteilsunfähigen Person durch die Ärztin oder den Arzt angeordnet werden (vgl. Kapitel 3.4.3). Ob die zwangsweise Durchsetzung der medizinischen Massnahme durch diese gesetzliche Bestimmung abgedeckt ist, wurde von gerichtlichen Instanzen noch nicht beurteilt.
2. Die betroffene Person wird per FU, gestützt auf Art. 426 ZGB, durch das ärztliche Personal oder die KESB untergebracht. Anschliessend kommen Art. 433 ff. ZGB zur Anwendung.
3. Das ärztliche Personal meldet sich gestützt auf Art. 381 Abs. 2 Ziff. 3 ZGB bei der KESB und stellt den Antrag, dass die KESB, basierend auf Art. 392 Ziff. 1 ZGB, die Behandlung anordnet und gemäss Art. 450g ZGB die Vollstreckung auch unter Anwendung von unmittelbarem Zwang beschliesst (S. 274).

In Kapitel 3.6 werden diese drei Szenarien nochmals aufgegriffen und es wird dargelegt, welche dieser Möglichkeiten bei einer Zwangsernährung in Betracht gezogen werden können.

3.4.3 Dringliche Fälle (Art. 379 ZGB)

Von einer dringlichen Situation sprechen wir, wenn unverzügliches medizinisches Handeln erforderlich ist, um das Leben der betroffenen Person zu retten oder ernsthafte gesundheitliche

Schäden zu vermeiden. In solchen Notfallsituationen ist das ärztliche Personal berechtigt, die notwendigen medizinischen Massnahmen durchzuführen, ohne zuvor die Einwilligung der vertretungsberechtigten Person einzuholen. Dies gilt nicht nur für Notfälle im engeren Sinne, sondern auch für Situationen, in denen unklar ist, wer die betroffene Person vertritt, und in denen ein Aufschub der Behandlung erhebliche gesundheitliche Risiken bergen würde. Die vertretungsberechtigte Person muss dennoch so schnell wie möglich informiert und der mutmassliche Wille der betroffenen Person ermittelt werden. Bei der Entscheidung, ob gehandelt werden muss oder eine Verzögerung möglich ist, muss das Ausmass des gesundheitlichen Nachteils bei einer Behandlungsverzögerung berücksichtigt werden (SAMW, 2018, S. 12). Die Behandlung muss sich am objektiven Gesundheitsinteresse und am mutmasslichen Willen der betroffenen Person orientieren. Stehen diese beiden Aspekte im Widerspruch zueinander, so ist dem mutmasslichen Willen Vorrang einzuräumen, da das Recht auf Autonomie stärker zu gewichten ist als die Fürsorgepflicht (Gassmann, 2015b, S. 136). Wenn die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt die betroffene Person bereits längere Zeit kennt, sollte sie oder er in der Lage sein, diesen mutmasslichen Willen zu erkennen. Auch das Patientendossier kann Hinweise über den mutmasslichen Willen enthalten. Kennt aber das ärztliche Personal die betroffene Person nicht, kann es nicht auf ein bestehendes Dossier zurückgreifen und den mutmasslichen Willen der betroffenen Person kaum verlässlich einschätzen. In diesem Fall wird sich das ärztliche Personal daher ausschliesslich nach den objektiven Interessen der Person entscheiden müssen. Der Eingriff in die Persönlichkeitsrechte der betroffenen Person, den das medizinische Personal bei einer Behandlung ohne deren Zustimmung oder ohne Zustimmung der vertretungsberechtigten Person vornimmt, wird durch die Notwendigkeit gerechtfertigt, die Gesundheit oder das Leben der betroffenen Person und somit übergeordnete Interessen zu schützen (Guillod & Hergtig, 2013, S. 303-305).

3.5 Medizinische Massnahmen ohne Zustimmung bei Personen mit psychischer Erkrankung im Rahmen einer FU in einer psychiatrischen Klinik (Art. 433 ff. ZGB)

Wie bereits erläutert, finden bei Personen, die fürsorgerisch in einer psychiatrischen Klinik untergebracht sind, in Bezug auf medizinische Massnahmen zur Behandlung der psychischen Störung nicht die Art. 377 ff. ZGB Anwendung, sondern die Bestimmungen der Art. 433 ff. ZGB. Art. 433 ZGB hält fest, dass bei der Unterbringung einer Person in einer psychiatrischen Einrichtung

zur Behandlung der psychischen Störung, zwingend ein schriftlicher Behandlungsplan erstellt werden muss, welcher die medizinischen Massnahmen in der Zukunft regelt. Der Behandlungsplan wird für urteilsfähige und urteilsunfähige Personen erstellt und muss stets den laufenden Entwicklungen angepasst werden. Vorbehalten bleiben Notfallsituationen (vgl. Kapitel 3.5.2). Es geht darum, dass die urteilsfähige Person die Folgen und Wirkungen der ärztlichen Behandlung verstehen kann und in Kenntnis dieser Angaben selbstbestimmt einwilligen kann. Das ärztliche Personal benötigt wiederum diese Einwilligung, um die Behandlung rechtmässig zu machen. Die betroffene Person und, wenn möglich, auch die Vertrauensperson werden bei der Erstellung des Behandlungsplans miteinbezogen. Der Behandlungsplan wird dann der betroffenen Person zur Zustimmung unterbreitet (Dubno & Rosch, 2022, S. 633). Stimmt die Person dem Behandlungsplan zu, können die im Behandlungsplan vorgesehenen medizinischen Massnahmen durchgeführt werden. Nur wenn die betroffene Person dem Behandlungsplan nicht zustimmt oder aufgrund von Urteilsunfähigkeit nicht gültig zustimmen kann, können medizinische Massnahmen zwangsweise unter den Voraussetzungen von Art. 434 ZGB angeordnet werden (Ben-Attia, 2024, S. 162-163). Liegt eine Patientenverfügung vor, wird diese berücksichtigt. Im Gegensatz zur Behandlung somatischer Erkrankungen ist sie jedoch nicht verbindlich und muss lediglich berücksichtigt werden. Gibt es bei urteilsunfähigen Personen keine Patientenverfügung, kann nur nach Art. 434 f. ZGB behandelt werden (Dubno & Rosch, 2022, S. 633).

3.5.1 Voraussetzungen Behandlung ohne Zustimmung (Art. 434 ZGB)

Eine medizinische Behandlung ohne Zustimmung stellt eine Verletzung der Persönlichkeitsrechte dar und im öffentlichen Recht handelt es sich um einen Eingriff in die persönliche Freiheit nach Art. 10 BV. Daher müssen die Voraussetzungen für Grundrechtseinschränkungen gemäss Art. 36 BV erfüllt sein. Aufgrund der Tragweite des Eingriffs ist eine ausdrückliche formelle gesetzliche Grundlage erforderlich. Das öffentliche Interesse ergibt sich aus der Verantwortung der Gesellschaft, das Schicksal psychisch kranker Menschen nicht zu ignorieren. Es zählt zur Grundpflicht einer Gemeinschaft, Hilfe zu leisten. Zudem muss die Behandlung ohne Zustimmung verhältnismässig sein und darf die persönliche Freiheit nicht in ihrem Kerngehalt beeinträchtigen (Guillod, 2013, S. 785). Die gesetzliche Grundlage findet sich in Art. 434 ZGB. Es müssen folgende Voraussetzungen kumulativ erfüllt sein:

1. **Ernsthafte Gefährdungssituation:** Art. 434 Abs. 1 Ziff. 1 ZGB hält fest, dass der betroffenen Person ohne Behandlung ein ernsthafter gesundheitlicher Schaden drohen muss oder das Leben oder die körperliche Integrität Dritter ernsthaft gefährdet sein muss. Die Gefährdung der psychischen Integrität von Dritten reicht hingegen nicht aus (Pro Mente Sana, 2015, S. 19).
2. **Urteilsunfähigkeit in Bezug auf die Behandlungsbedürftigkeit:** Gemäss Art. 434 Abs. 1 Ziff. 2 ZGB muss die betroffene Person in Bezug auf die Behandlungsbedürftigkeit urteilsunfähig sein. Pro Mente Sana (2015) kritisiert diesen Begriff der Urteilsunfähigkeit in Bezug auf die Behandlungsbedürftigkeit, da dieser Begriff die medizinische Notwendigkeit der Behandlung zum Kriterium der Urteilsfähigkeit macht und nicht die Frage nach dem Vorhandensein der notwendigen Verstandes- und Willensfähigkeiten. Wenn die medizinische Notwendigkeit zum Kriterium für die Urteilsfähigkeit wird, dann fehlt die Urteilsfähigkeit immer dann, wenn eine Person eine ärztliche Behandlung ablehnt, die von einer medizinischen Fachperson als notwendig erachtet wird. Statt *Behandlungsbedürftigkeit* empfiehlt Pro Mente Sana, diesen Begriff durch *Behandlung* zu ersetzen (S. 19). Denn es geht darum, dass die betroffene Person einen Willen in Bezug auf den Bedarf nach Behandlung bilden und diesen Willen auch umsetzen kann (Guillod, 2013, S. 790).
3. **Verhältnismässigkeit:** Art 434 Abs. 1 Ziff. 3 ZGB hält fest, dass keine andere, weniger einschneidendere Massnahme als die Behandlung ohne Zustimmung zur Verfügung stehen darf. Es wird folglich im Rahmen der Verhältnismässigkeitsprüfung überlegt, ob die Massnahme geeignet, erforderlich und zumutbar ist. Ausserdem muss die Behandlung dem aktuellen Stand der Wissenschaft entsprechen (Pro Mente Sana, 2015, S. 20).
4. **Weitere Voraussetzungen:** Zusätzlich zu den Punkten 1 bis 3 muss die vorgesehene Behandlung weitere Voraussetzungen erfüllen. Sie muss im Behandlungsplan vorgesehen sein und schriftlich durch den Chefarzt oder die Chefärztin angeordnet werden. Der Chefarzt / Die Chefärztin darf dabei nicht der behandelnde Arzt / die behandelnde Ärztin sein (Rosch, 2015, S. 370). Zusätzlich muss die vorgesehene Behandlung nach Art. 434 Abs. 2 ZGB der betroffenen Person und deren Vertrauensperson gemeinsam mit der Abgabe einer Rechtsmittelbelehrung schriftlich mitgeteilt werden (Ben-Attia, 2024, S. 163-164).

Im klinischen Alltag zeigt sich die Schwierigkeit, den Begriff *ernsthafter gesundheitlicher Schaden* zu definieren. Hochakute Situationen sind bereits durch Art. 435 ZGB abgedeckt (vgl. Kapitel 3.5.2). Daher handelt es sich bei Massnahmen nach Art. 434 ZGB um elektive, also geplante und planbare Zwangsmassnahmen, denen die unmittelbare Dringlichkeit fehlt; ansonsten wäre es im klinischen Alltag kaum möglich, den Chefarzt oder die Chefärztin hinzuzuziehen. Da eine Zwangsmassnahme einen schweren Eingriff in die Persönlichkeitsrechte darstellt, ist eine Einzelfallanalyse unerlässlich (Dubno & Rosch, 2022, S. 635-636). Dubno und Rosch (2022) empfehlen, die Bedingungen und Voraussetzungen zur Anordnung einer Zwangsmassnahme seitens der psychiatrischen Klinik zu erhöhen. Vor der Anordnung sollte eine klinisch-ethische Konferenz oder zumindest eine ausführliche Fallvorstellung mit dem Chefarzt oder der Chefärztin durchgeführt werden. Da bei einer Zwangsmassnahme nach Art. 434 ZGB keine unmittelbare Dringlichkeit besteht, kann den Rechtsmitteln gegen die Anordnung aufschiebende Wirkung erteilt werden. Wenn keine Vertrauensperson vorhanden ist, unterstützt die Klinik die Betroffenen, falls sie Hilfe beim Verfassen des Rekurses brauchen (S. 636). Die schriftliche Anordnung der medizinischen Behandlung umfasst auch die Ermächtigung des Personals, die zur Durchsetzung der angeordneten Behandlung notwendigen Zwangsmassnahmen vorzunehmen (BGE 5A_255/2017 vom 18.05.2017 E. 2.5.). Wenn es verschiedene Vorgehensweisen gibt, sollte in der Anordnung festgehalten werden, welche Zwangsmassnahme angeordnet werden soll. Zudem muss immer alles Mögliche versucht werden, um die betroffene Person dazu zu bringen, sich ohne physischen Zwang der Behandlung zu unterziehen (Häfeli, 2021, S. 281).

Gemäss Art. 17 der BRK sind Eingriffe, die ausschliesslich aufgrund einer Behinderung erfolgen, unzulässig. Gesetzliche Regelungen sind nur dann erlaubt, wenn sie Menschen mit Behinderungen gleich behandeln wie Menschen ohne Behinderungen. Ein Eingriff ist ausserdem nur zulässig, wenn er zum Schutz höherwertiger Güter wie Leben oder körperlicher und seelischer Unversehrtheit notwendig ist. Eine medizinische Behandlung ist daher in der Regel zulässig, wenn sie zur Abwehr von Lebensgefahr oder schwerwiegender Gesundheitsrisiken notwendig ist und dem mutmasslichen Willen der betroffenen Person entspricht. Zwangsbehandlungen sind jedoch nur nach strenger Verhältnismässigkeitsprüfung zulässig, wobei auch der verursachte Schmerz, das physische Leiden und mögliche dauerhafte gesundheitliche Auswirkungen berücksichtigt werden müssen. Für den schweizerischen Kontext dürften die strengen Voraussetzungen für medizinische Massnahmen gemäss Art. 434 ZGB ausreichend sein. Mit der Ausnahme,

dass die in Ziff. 2 von Art. 434 Abs. 1 ZGB genannte (ausschliessliche) Drittgefährdung als Voraussetzung unzulässig wäre (Rosch, 2023b, S. 489-490).

3.5.2 Psychiatrische Notfallsituationen (Art. 435 ZGB)

Eine Notfallsituation liegt vor, wenn sofortiges Handeln erforderlich ist, damit das Leben oder die körperliche und psychische Integrität der betroffenen Person oder Dritter geschützt werden kann. Die drei inhaltlichen Voraussetzungen für eine Behandlung ohne Zustimmung, welche in Art. 434 Abs. 1 Ziff. 1 – 3 ZGB festgehalten sind, müssen kumulativ erfüllt sein. Aufgrund der Dringlichkeit ist es jedoch in solchen Situationen nicht möglich, die formellen Voraussetzungen für eine Zwangsbehandlung, wie die Anordnung durch den Chefarzt oder die Chefärztin sowie die Schriftlichkeit der Anordnung, einzuhalten. Unverzüglich ergriffene unerlässliche medizinische Massnahmen dürfen nur für den Zeitraum des Notfalls angewendet werden, also so lange, bis die Voraussetzungen für eine ordentliche oder eine Zwangsbehandlung mit Behandlungsplan erfüllt werden können. Mit der Umsetzung der Voraussetzungen für ein ordentliches Behandlungsvorgehen muss sofort begonnen werden. Alle medizinischen Massnahmen müssen von qualifiziertem ärztlichen Personal nach pflichtgemäsem Abschätzen der Notfallsituation angeordnet werden. Der Wille der betroffenen Person ist, wenn immer möglich, zu berücksichtigen und umzusetzen, auch wenn dies nicht zum medizinisch optimalen Ergebnis führt, aber dennoch die Notfallsituation ausreichend entschärft. Notfallmassnahmen müssen mit einer Begründung dokumentiert werden (Pro Mente Sana, 2015, S. 20-21). Die betroffene Person ist so bald wie möglich über die ergriffenen Massnahmen inklusive Begründung zu informieren. In aller Regel wird auch die Vertrauensperson informiert, sofern die betroffene Person dies nicht ausdrücklich verweigert (Rosch, 2015, S. 373).

3.6 Zwangsernährung von anorektischen Personen

Bei der künstlichen Ernährung von anorektischen Personen stellen sich zahlreiche rechtliche Fragen. Die folgende Grafik hilft dabei, die Massnahme der künstlichen Ernährung im Kontext der beschriebenen rechtlichen Ausführungen einzuordnen. Anschliessend wird erläutert, wie rechtlich vorzugehen ist, wenn sich die betroffene Person gegen eine künstliche Ernährung wehrt und eine Zwangsernährung notwendig wird. Der Begriff Zwangsernährung wird im Kapitel 4.1 noch genauer erläutert.

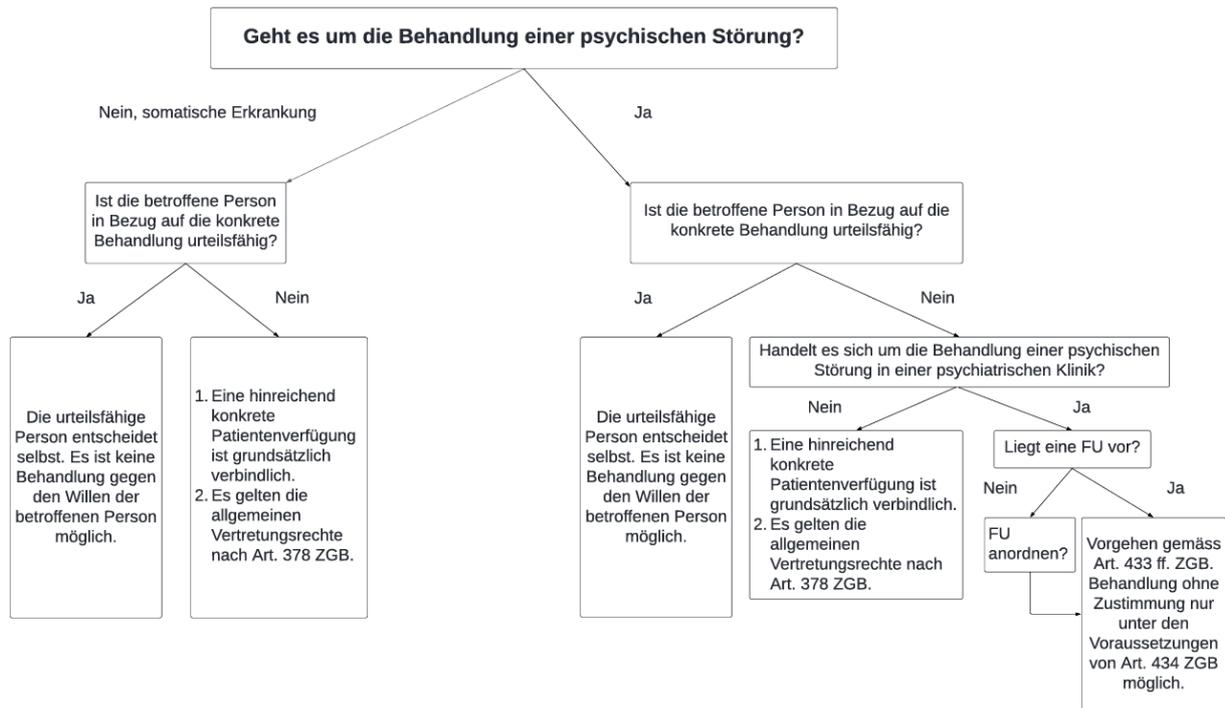


Abbildung 1: Vertretung bei medizinischen Massnahmen (eigene Darstellung)

Vorab stellt sich die Frage, ob es sich bei der künstlichen Ernährung einer anorektischen Person um die Behandlung einer psychischen oder einer somatischen Erkrankung handelt. Die Anorexie ist eine psychische Erkrankung, in deren Folge die Mangelernährung als Symptom auftritt. Coskun-Ivanovic (2023) argumentiert, dass die Mangelernährung nach ICD-11 eine somatische Erkrankung darstellt und es sich folglich bei der künstlichen Ernährung mittels Ernährungssonde um die Behandlung einer somatischen Erkrankung handelt (S. 330). Das Kantonsgericht St. Gallen hat sich im Jahr 2021 mit dieser Frage befasst und hielt fest, dass die künstliche Ernährung bei Personen mit Anorexie strenggenommen als somatische Behandlung betrachtet werden müsse. Dennoch sei diese Behandlung untrennbar mit der Diagnose der Anorexie verbunden – die Mangelernährung sei die direkte Folge der Essstörung und die künstliche Ernährung somit als Behandlung der psychischen Störung zu werten (KGer SG KES.2021.21-K2 vom 30.11.2021). Diese Herleitung des Kantonsgerichts ist in sich schlüssig und nachvollziehbar. So wurde in Kapitel 2 dargelegt, dass die eingeschränkte Nahrungsaufnahme ein Hauptsymptom der Anorexie darstellt und die Mangelernährung somit die direkte Folge davon ist.

Als nächstes stellt sich die Frage, ob die betroffene Person in Bezug auf die konkrete Behandlung urteilsfähig ist oder nicht. Grundsätzlich kann eine urteilsfähige anorektische Person nicht gegen ihren Willen behandelt werden, egal ob es sich um die Behandlung einer psychischen oder einer somatischen Erkrankung handelt.

Im Falle von Urteilsunfähigkeit ist zu klären, ob sich die betroffene Person in einer psychiatrischen Klinik oder in einer anderen Einrichtung befindet. Wie bereits erwähnt, wird eine künstliche Ernährung in der Regel erst durchgeführt, wenn der BMI sehr niedrig ist und ein hohes Risiko für körperliche Komplikationen besteht, was eine Behandlung im Akutspital erforderlich macht (vgl. Kapitel 2.5). Zudem kann die künstliche Ernährung mit diversen medizinischen Komplikationen verbunden sein, die eine intensive internistische Behandlung erfordern (vgl. Kapitel 4). Bei der künstlichen Ernährung handelt es sich somit um die Behandlung einer psychischen Störung, die in einem Akutspital erfolgt. Wie in Kapitel 3.4 dargelegt, gelten bei freiwillig eingetretenen und fürsorglich untergebrachten Personen, die sich ausserhalb einer psychiatrischen Klinik befinden, die gesetzlichen Vertretungsrechte nach Art. 377 ff. ZGB, sofern sie urteilsunfähig sind und medizinische Massnahmen benötigen. Daher muss m.E. bei der Behandlung von urteilsunfähigen anorektischen Personen, die sich in einem Akutspital aufhalten (egal ob per FU oder freiwillig), in erster Linie die Patientenverfügung sowie der Vorsorgeauftrag berücksichtigt werden und subsidiär die Einwilligung einer vertretungsberechtigten Person eingeholt werden. Wenn sich eine urteilsunfähige anorektische Person in einer gültigen Patientenverfügung zur künstlichen Ernährung geäussert hat, muss sich das Behandlungsteam an die Verfügung halten. Ist die Patientenverfügung entweder ungültig oder enthält sie keine hinreichend konkrete Weisung betreffend künstlicher Ernährung, dann gilt die Kaskadenordnung nach Art. 378 ZGB. Stellvertretungsberechtigte Personen können subsidiär ihre Einwilligung zu einer künstlichen Ernährung geben. Wenn sich die betroffene Person aber gegen die Einlage der Ernährungssonde wehrt, können vertretungsberechtigte Personen keine Zustimmung zur zwangsweisen Vollstreckung bzw. zur Zwangsernährung geben (vgl. Kapitel 3.4.2). Vogel (2021) vertritt zudem die Meinung, dass eine formgültige Patientenverfügung keine genügende gesetzliche Grundlage für eine zwangsweise Durchsetzung der medizinischen Behandlung bietet (S. 272). Also selbst wenn eine anorektische Person in einer gültigen Patientenverfügung vermerkt hat, dass bei Verweigerung einer künstlichen Ernährung diese zwangsweise vollzogen werden darf, reicht dies nicht aus, um körperlichen Zwang anzuwenden. In Kapitel 3.4.2 wurden drei mögliche Vorgehensweisen für das ärztliche Personal dargelegt, wie es reagieren kann, falls es zwar die Einwilligung der vertretungsberechtigten Person für die medizinische Behandlung erhalten hat, die betroffene Person sich aber dagegen wehrt:

1. In dringlichen Fällen kann gestützt auf Art. 379 ZGB eine medizinische Massnahme nach dem mutmasslichen Willen und den Interessen der urteilsunfähigen Person durch die Ärztin oder den Arzt angeordnet werden (vgl. Kapitel 3.4.3). Ob die zwangsweise Durchsetzung der medizinischen Massnahme durch diese gesetzliche Bestimmung abgedeckt ist, wurde von gerichtlichen Instanzen noch nicht beurteilt.
2. Die betroffene Person wird per FU, gestützt auf Art. 426 ZGB, durch das ärztliche Personal oder die KESB untergebracht. Anschliessend kommen Art. 433 ff. ZGB zur Anwendung.
3. Das ärztliche Personal meldet sich gestützt auf Art. 381 Abs. 2 Ziff. 3 ZGB bei der KESB und stellt den Antrag, dass die KESB, basierend auf Art. 392 Ziff. 1 ZGB, die Behandlung anordnet und gemäss Art. 450g ZGB die Vollstreckung auch unter Anwendung von unmittelbarem Zwang beschliesst (S. 274).

Im Hinblick auf die Zwangsernährung lassen sich folgende Überlegungen dazu anstellen:

Wie in Kapitel 3.4.3 aufgezeigt, dürfen Ärzt*innen in dringlichen Situationen, wenn die Zeit nicht mehr reicht, um die vertretungsberechtigte Person zu informieren sowie deren Entscheid abzuholen, gestützt auf Art. 379 ZGB die Massnahmen ergreifen, die dem mutmasslichen Willen der betroffenen Person entsprechen und im Interesse der Gesundheit der betroffenen Person notwendig sind. Dies ist denkbar, wenn sich der Allgemeinzustand der betroffenen anorektischen Person schnell verschlechtert und keine Zeit mehr bleibt, um die vertretungsberechtigte Person zu informieren. Wenn sich die betroffene Person aber gegen die künstliche Ernährung wehrt, ist nicht abschliessend geklärt, ob Art. 379 ZGB auch die zwangsweise Durchführung dieser Massnahme beinhaltet (Vogel, 2021, S. 274). Es gibt bereits Kantone, die spezifische Regelungen dazu kennen. Beispielsweise legen § 24 und § 26 des Zürcher Patientinnen- und Patientengesetzes vom 5. April 2004 fest, dass Zwangsbehandlungen bei körperlichen und psychischen Erkrankungen im Rahmen von Art. 379 ZGB in Notsituationen durchgeführt werden dürfen, um eine ernsthafte und unmittelbare Gefahr für die Gesundheit oder das Leben der betroffenen Person oder Dritter abzuwenden. Auf weitere kantonale Bestimmungen kann im Rahmen dieser Arbeit nicht eingegangen werden.

Die zweite Option kommt nicht in Frage, denn der Art. 380 ZGB beschränkt die Art. 433 ff. ZGB auf psychiatrische Kliniken. Da Zwangsernährungen nicht in psychiatrischen Einrichtungen

durchgeführt werden, sind die Art. 433 ff. ZGB nicht anwendbar. Zudem kann m.E. eine FU nicht bloss zur Vollstreckung angeordnet werden.

Meines Erachtens stellt die dritte Variante das rechtlich korrekte Vorgehen im Fall einer Zwangsernährung dar. Allerdings wirft dieser Ansatz zeitliche Fragen auf, da das Vorgehen Zeit beansprucht, die je nach Dringlichkeit möglicherweise nicht vorhanden ist. Daher sollte dem ärztlichen Personal m.E. in Notsituationen gemäss Art. 379 ZGB die Kompetenz eingeräumt werden, eine zwangsweise Durchführung einer künstlichen Ernährung eigenständig anzuordnen. Dabei muss sich das ärztliche Personal am mutmasslichen Willen der betroffenen Person orientieren. Lässt sich dieser nicht eruieren, richtet sich der Entscheid ausschliesslich nach den Interessen der betroffenen Person (Guillod & Hertig, 2013, S. 304), d.h. gemäss medizinischer Indikation (SAMW, 2019, S. 24). Wie oben erwähnt, gibt es Kantone, die diese Möglichkeit bereits im kantonalen Recht vorsehen.

3.6.1 BGE 5A_1021/2021

Eingangs Kapitel 3.6 wird auf einen Entscheid des Kantonsgerichts St. Gallen verwiesen. Die Beschwerdeführerin hat diesen Fall im Jahr 2021 bis vor Bundesgericht gebracht. Bei der betroffenen Person handelt es sich um eine erwachsene anorektische Person, die per FU im Kantonsspital St. Gallen untergebracht wurde. Die Beschwerdeführerin war aufgrund der Anorexie stark mangelernährt und es drohten ihr multiple Gesundheitsschäden, die zum Tode führen können. Aufgrund dieses lebensbedrohlich tiefen BMI's hat der Chefarzt der allgemeinen inneren Medizin eine Zwangsernährung mittels Ernährungssonde angeordnet. Er stützte sich dabei auf Art. 434 ZGB. Es wurde eine Zwangsernährung mittels Sonde in den Magen oder Dünndarm geplant. Gegen diese Anordnung hat die betroffene Person ihr Rechtsmittel ergriffen und Beschwerde eingereicht. Zuerst bei der Verwaltungsrekurskommission, danach beim Kantonsgericht und letztlich beim Bundesgericht. Wie bereits erwähnt, hat das Kantonsgericht in seinem Urteil festgehalten, dass die Mangelernährung die direkte Folge der Anorexie ist und es sich daher bei der Zwangsernährung um die Behandlung der psychischen Erkrankung handelt. Dem Kantonsgericht erschien das Vorgehen nach Art. 434 ZGB richtig. Es hielt auch fest, dass die Botschaft die Zwangsernährung als Anwendungsfall von Art. 434 ZGB sieht (KGer SG KES.2021.21-K2 vom 30.11.2021). Im höchstgerichtlichen Urteil wurde im Gegensatz zum vorinstanzlichen Urteil keine Stellungnahme zur Anwendbarkeit von Art. 434 ZGB abgegeben, da die

Beschwerdeführerin insbesondere die Verhältnismässigkeit der Massnahme beanstandet hat. Der Umstand, dass die Beschwerdeführerin in einem Akutspital und nicht in einer psychiatrischen Einrichtung zwangsernährt werden sollte, wurde nicht diskutiert (BGE 5A_1021/2021 vom 17.12.2021). Die bundesgerichtliche Rechtsprechung betreffend Anwendbarkeit von Art. 434 ZGB bei der Zwangsernährung in Akutspitalern bleibt daher abzuwarten.

3.6.2 Diskussion

Die Differenzierung des Gesetzgebers zwischen der Behandlung einer psychischen und der Behandlung einer somatischen Erkrankung führt zu unterschiedlichen Rechtsstellungen der betroffenen Personen, abhängig von der Art der Erkrankung. Dies ist in Bezug auf die Rechtsgleichheit problematisch. So bleibt die Behandlung einer psychischen Erkrankung in einer psychiatrischen Einrichtung weiterhin stark von einem paternalistischen bzw. direktiven Verständnis der Beziehung zwischen medizinischem Fachpersonal und Patient*innen geprägt (Gassmann, 2015b, S. 136). Darüber hinaus ist die Patientenverfügung bei der Behandlung psychischer Störungen in psychiatrischen Kliniken nicht absolut verbindlich; das Behandlungsteam muss sie lediglich berücksichtigen. Gemäss Rosch (2015) ist aber eine rechtsgültige Patientenverfügung unter Vorbehalt von Art. 435 ZGB und Rechtfertigungsgründen, wenn immer möglich als verpflichtend zu behandeln (S. 368). Auch können Angehörige, mit Ausnahme höchstpersönlicher Rechte, der Durchführung aller medizinischer Massnahmen zustimmen. Nach Art. 434 ZGB darf der Chefarzt oder die Chefarztin nur Behandlungen anordnen, wenn ohne diese Behandlung ernsthafte gesundheitliche Schäden drohen (Rosch, 2015, S. 370). Diese Themen sind auch aus Sicht der BRK kritisch zu diskutieren und bedürfen einer vertieften Auseinandersetzung, die im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich ist.

3.7 Zusammenfassung des Kapitels

Urteilsfähigkeit ist kein medizinischer, sondern ein juristischer Begriff, der in Art. 16 ZGB definiert wird. Die Beurteilung der Urteilsfähigkeit einer anorektischen Person erfordert vertiefte psychiatrische Kenntnisse, da sie trotz schwerer Erkrankung vordergründig oft klar wirken, die Erkrankung aber häufig zu kognitiven Einschränkungen führt, die einen Einfluss auf die Urteilsfähigkeit haben können. Urteilsfähige Personen entscheiden selbst über medizinische Behandlungen, und Ärzt*innen dürfen nur mit dem Einverständnis der betroffenen Person eine medizinische Behandlung durchführen. Bei einer urteilsunfähigen Person, die eine medizinische

Behandlung benötigt, legt der Gesetzgeber fest, wer stellvertretend für diese Person über die medizinische Massnahme entscheiden kann. Art. 377 ZGB hält fest, dass bei Urteilsunfähigkeit grundsätzlich die Patientenverfügung gilt und nur subsidiär die Einwilligung einer nach Art. 378 ZGB vertretungsberechtigten Person eingeholt wird. Es gibt jedoch zwei Ausnahmen. Die erste Ausnahme bildet Art. 379 ZGB. In Situationen, in denen es zeitlich nicht mehr möglich ist, die vertretungsberechtigte Person zu kontaktieren und einen Behandlungsplan mit ihr zu erstellen, darf der Arzt / die Ärztin nach dem mutmasslichen Willen und den Interessen der urteilsunfähigen Person medizinische Massnahmen ergreifen. Die zweite Ausnahme bilden Behandlungen einer psychischen Störung von urteilsunfähigen Personen, die fürsorgerisch in einer psychiatrischen Klinik untergebracht sind. Hier gelangen die Art. 433 ff. ZGB zur Anwendung.

Da die künstliche Ernährung bei anorektischen Personen in der Regel erst durchgeführt wird, wenn eine hohe vitale Gefährdung vorliegt, werden diese Personen im Akutspital und nicht in einer psychiatrischen Einrichtung behandelt. Deshalb kommen bei Urteilsunfähigkeit die Art. 377 ff. ZGB und nicht die Art. 433 ff. ZGB zur Anwendung. Primär wird daher immer die Patientenverfügung sowie der Vorsorgeauftrag herangezogen und subsidiär die Einwilligung einer nach Art. 378 ZGB vertretungsberechtigten Person eingeholt. Falls sich die betroffene Person gegen die Einlage der Ernährungssonde wehrt, findet sich im Bundesrecht, im Rahmen von Art. 377 ff. ZGB, keine Bestimmung zur zwangsweisen Vollstreckung. In diesem Fall hat sich das ärztliche Personal gestützt auf Art. 381 Abs. 2 Ziff. 3 ZGB bei der KESB zu melden und den Antrag zu stellen, dass die KESB gemäss Art. 392 Ziff. 1 ZGB die Behandlung anordnet und nach Art. 450g ZGB die Vollstreckung auch unter Anwendung von unmittelbarem Zwang beschliesst. Da dieses Vorgehen Zeit beansprucht und die KESB in einer Notsituation nach Art. 379 ZGB nicht zeitnah handeln kann, muss das ärztliche Personal m.E. in Konstellationen von Art. 379 ZGB die Kompetenz haben, die Vollstreckung einer Zwangsernährung eigenständig anzuordnen. Dabei orientiert sich das ärztliche Personal am mutmasslichen Willen der betroffenen Person. Lässt sich dieser nicht eruieren, wird gemäss medizinischer Indikation entschieden. In einigen Kantonen ist diese Möglichkeit bereits im kantonalen Recht verankert. Die diesbezügliche Rechtsprechung des Bundesgerichts ist ausstehend.

4 Auswirkungen einer Zwangsernährung bei Anorexia nervosa

Wie im vorherigen Kapitel aufgezeigt, stellt eine Zwangsernährung einen schweren Eingriff in die physische und psychische Integrität einer Person dar und darf nur als Ultima Ratio angeordnet werden. Die Zwangsernährung gegen den Willen einer Person kann mit zahlreichen Auswirkungen verbunden sein, die in diesem Kapitel thematisiert werden. Aufgrund der begrenzten Literatur zu den psychologischen und sozialen Folgen einer Zwangsernährung wird im Folgenden die vorhandene Literatur zu den allgemeinen Auswirkungen von Zwangsbehandlungen bei psychischen Erkrankungen herangezogen und auf die Zwangsernährung angewendet.

4.1 Die Zwangsernährung als Zwangsbehandlung

Gemäss der SAMW (2018) handelt es sich bei Zwangsbehandlungen um alle medizinischen Massnahmen, die unter Zwang angewendet werden und darauf abzielen, die Gesundheit der Betroffenen zu erhalten oder wiederherzustellen (S. 9). Geiser und Rosch (2017) definieren diesen Begriff ähnlich: «Als Zwangsbehandlung ist eine medizinische Behandlung anzusehen, welche durch unmittelbaren Zwang durchgesetzt werden kann» (S. 393). Das Bundesgericht sieht demgegenüber einen offeneren Begriff für die Zwangsbehandlung vor. Es zählt insbesondere Situationen dazu, in denen unter Anwendung physischer Gewalt Medikamente verabreicht werden. In verschiedenen Bundesgerichtsentscheiden finden sich aber auch weitere Konstellationen, die der Zwangsbehandlung zugeordnet werden (Geiser & Rosch, 2017, S. 393):

- Eine Person willigt unter Androhung von unmittelbarem Zwang in eine ärztliche Behandlung ein (BGE 5P.366/2002 vom 26.11.2002 E. 4).
- Eine Person nimmt nach einer vorgenommenen zwangsweisen Verabreichung von Medikamenten, diese im weiteren Verlauf des Aufenthalts ohne Druck bzw. freiwillig ein (BGE 5A_353/2012 vom 19.06.2002 E. 3.4.1).
- Nach der Entlassung aus der FU unterzieht sich eine Person einer ambulanten medikamentösen Behandlung (BGE 5A_666/2013 vom 07.10.2023 E. 3.2).

- Die KESB ordnet für eine Person die zwangsweise Vollstreckung der Depotmedikation an, falls sich diese Person nicht freiwillig therapieren lässt (BGE 5A_356/2016 vom 08.06.2016 E. 5.2.1).

Das Bundesgericht hält medikamentöse Zwangsbehandlungen für schwere Eingriff in die körperliche und geistige Integrität eines Menschen und sieht diese als Verletzung von Art. 10 Abs. 2 BV und Art. 8 Ziff. 1 der Europäische Menschenrechtskonvention (EMRK) vom 4. November 1950, SR 0.101 an, da sie die menschliche Würde zentral betreffen. Daher bedarf es für solche Massnahmen einer ausdrücklichen gesetzlichen Grundlage. Diese muss sich in einem Gesetz im formellen Sinn finden und genügend bestimmt sein. Umstritten ist die Lehre, inwiefern die Vollstreckungsnorm, also der unmittelbare Zwang zur Durchsetzung selbst, auf einer ausreichenden gesetzlichen Grundlage beruhen muss. Wenn das Bundesgericht weitere Konstellationen der Zwangsbehandlung zuordnet, welche nicht unmittelbaren Zwang beinhalten, stellt sich die Frage, inwiefern es sich hier jeweils um schwere Eingriffe handelt, die einer gesetzlichen Grundlage im formellen Sinn bedürfen (Geiser & Rosch, 2017, S. 393).

Folgen wir der obigen Definition von Geiser und Rosch (2017), wird die Zwangsernährung von anorektischen Personen dann als Zwangsbehandlung betrachtet, wenn sie unter direktem Zwang erfolgt, etwa durch Festhalten, Sedieren oder Fixieren.

4.2 Indikation und Zweck einer Zwangsernährung

Bei anorektischen Personen, bei denen eine natürliche Nahrungsaufnahme verweigert wird, versucht das Behandlungsteam zunächst eine Einwilligung für eine künstliche Ernährung zu erlangen. Ist die Person in Bezug auf die konkrete Behandlung urteilsunfähig, kommen die Art. 377 ff. ZGB zum Tragen (vgl. Kapitel 3.4). Wehrt sich die urteilsunfähige Person gegen die künstliche Ernährung, während gleichzeitig eine erhebliche Selbstgefährdung besteht, stellt sich die Frage nach einer Zwangsernährung gegen ihren Willen (Kind, 2012, S. 85). Gemäss Thiel und Paul (2022) lässt sich keine exakte Gewichtsgrenze für die Überprüfung der Einleitung einer künstlichen Ernährung festlegen. Die Indikation sollte aber spätestens ab einem BMI von unter 13 kg/m² geprüft werden, denn Erfahrungswerte zeigen, dass bei einem BMI von unter 13 kg/m² die Mortalität deutlich ansteigt. Es kann aber auch bei einem höheren Gewicht zu Suizidalität, Elektrolytentgleisungen, Herzrhythmusstörungen und anderen akuten psychischen oder

physischen Problemen kommen, die eine künstliche Ernährung notwendig machen (S. 405-407). Die Indikation für eine Zwangsernährung ist aus ärztlicher Sicht gegeben, wenn die betroffene Person unter der Erkrankung oder deren Folgen leidet oder künftig leiden wird und es keine weniger einschneidendere Massnahme gibt, mit der das Ziel erreicht werden kann. Zudem muss die Behandlung zu einer Verbesserung des gesundheitlichen Zustands führen (Graumann, 2014, S. 143) und der Nutzen der Behandlung muss die zu erwartenden Beeinträchtigungen deutlich überwiegen (Dodegge, 2016, S. 27). Es wird folglich eine Verhältnismässigkeitsprüfung gemacht. Der Zweck bzw. Nutzen der Zwangsernährung liegt darin, das Überleben der betroffenen Person zu sichern. Sie soll ausserdem dabei helfen, den Betroffenen neue Perspektiven zu ermöglichen und ihre Motivation für eine weiterführende Therapie zu stärken (Thiel & Paul, 2022, S. 405-407). Gemäss Trachsel et al. (2016) ist eine Zwangsernährung kurzfristig meistens effektiv. Sie führt aber durchschnittlich nicht zu einem besseren Langzeitüberleben der betroffenen Person (S. 177-178).

Als Risiken respektive Belastungen sind folgende Punkte zu beachten (Wiesing, 2013, S. 1336):

- Gesundheitliche Risiken, die mit der Anwendung des jeweiligen Zwangsmittels verbunden sein können;
- die mögliche Beeinträchtigung des Behandlungserfolgs durch die Ausübung von Zwang;
- das subjektive Erleben der betroffenen Person. Verschiedene Zwangsmassnahmen werden von betroffenen Personen unterschiedlich tiefgreifend erlebt;
- die mögliche Beeinträchtigung des Vertrauensverhältnisses zwischen dem ärztlichen Personal und der betroffenen Person, welche die Grundlage für die aktuellen und künftigen Behandlungen darstellt.

In jedem Fall ist eine differenzierte und einzelfallbezogene Beurteilung unumgänglich (ebd.). Grundsätzlich gilt: Je schwerwiegender der Eingriff, desto deutlicher muss der Nutzen hervortreten. Bei einem langen und ungünstigen Behandlungsverlauf ist eine nachvollziehbare und detaillierte Darlegung erforderlich, weshalb eine Zwangsbehandlung noch Erfolg versprechen soll. Ein blosser Behandlungsoptimismus, der auf dem Prinzip des Ausprobierens basiert, reicht nicht aus (Dodegge, 2016, S. 27). Der Respekt vor der betroffenen Person fordert das Behandlungsteam folglich auf, die Grenzen der therapeutischen Möglichkeiten zu akzeptieren. Zwangsernährungen sind nur gerechtfertigt, wenn sie eine Aussicht auf ausreichende Verbesserung

von Gesundheit und Lebensqualität mit sich bringen. Bei schweren chronischen Verläufen, bei denen anorektische Personen offensichtlich von keiner Therapie und auch von keiner Zwangsbehandlung ausreichend profitieren, sollte auf die Einleitung oder Fortsetzung einer Zwangsernährung verzichtet werden (Thiel & Paul, 2022, S. 407).

4.3 Mögliche Auswirkungen einer Zwangsernährung auf die betroffene Person

Eine Zwangsernährung kann mit verschiedenen Folgen für die betroffene Person verbunden sein. Neben psychologischen und sozialen Auswirkungen kann diese Massnahme auch zu medizinischen Komplikationen führen (Thiel & Paul, 2022, S. 404-407).

4.3.1 Psychologische und soziale Auswirkungen

Zwangsmassnahmen können in bestimmten Situationen unerlässlich sein, um das Leben und die Gesundheit einer Person zu schützen. Solche Massnahmen gehen jedoch immer mit einem gewissen Mass an Gewaltanwendung einher, was verschiedene Auswirkungen auf die betroffene Person haben kann. Es gibt verschiedene Formen der Gewalt. Bei der physischen Gewalt wird durch die Anwendung von körperlicher Kraft eine direkte physische Schädigung des Menschseins verursacht, was die gravierendste Form der Gewalt darstellt. Eine weitere Form der Gewalt ist die psychische Gewalt. Sie wird durch Isolation, Demütigung und Verweigerung von Kommunikation, sowie durch die Verletzung des Selbstwertgefühls der betroffenen Person ausgeübt. Die dritte Art von Gewalt ist die Schädigung durch Unterlassen und umfasst insbesondere das Versäumnis, die notwendige Fürsorgepflicht zu erfüllen. Die vierte Form der Gewalt bildet die strukturelle Gewalt. Diese führt dazu, dass bestimmte Menschengruppen durch gesellschaftliche Rahmenbedingungen benachteiligt werden, was sie handlungsunfähig macht (Maio, 2015, S. 3-5). Bei der Zwangsernährung sind vor allem die physische und psychische Gewalt zentral, da Personen zwecks Einlage und Belassen der Ernährungssonde teilweise fixiert, festgehalten oder sediert werden müssen (Rutishauser et al., 2023, S. 44) und dabei ihre Autonomie massiv übergangen wird. Auch die Gewalt durch Unterlassen kann eine Rolle spielen, wenn das ärztliche Personal der nötigen Fürsorgepflicht nicht nachkommt. Bei der Behandlung schwer anorektischer Personen kann das Unterlassen der nötigen Fürsorgepflicht dazu führen, dass die medizinischen Komplikationen infolge der Mangelernährung fortschreiten und die Krankheit im schlimmsten Fall tödlich verläuft (vgl. Kapitel 2).

Eine Zwangsbehandlung stellt für Betroffene aufgrund der angewendeten physischen Gewalt ein traumatisches Ereignis dar, welches das Ausmass und die Intensität normaler Belastungen im Alltag überschreitet und Entsetzen, Angst und intensive Hilflosigkeit auslösen kann. Gelingt die Bewältigung und die Verarbeitung von diesem traumatischen Ereignis längerfristig nicht, kann sich daraus eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) entwickeln (Gschwend, 2006, S. 9-14). Der schwere Eingriff einer Zwangsbehandlung in das Recht auf persönliche Freiheit sowie in das Selbstbestimmungsrecht eines Menschen kann psychische Traumatisierungen hervorrufen, da die Massnahme nicht nur das Übergehen der Autonomie beinhaltet, sondern weitergeht und das Übergehen einer beurkundeten Ablehnung umfasst, was eine Ausübung von Gewalt bedeutet. Betroffene fassen die Zwangsbehandlung häufig nicht als Fürsorge auf, sondern empfinden sie als eine demütigende Handlung (Maio, 2015, S. 4-5). Eine Zwangsbehandlung kann zudem zu einem Vertrauensverlust in die Gesundheitsfachpersonen führen und die weitere Zusammenarbeit deutlich erschweren (Dodegge, 2016, S. 16). Nach Thiel und Paul (2022) muss die therapeutische Beziehung aber durch die Entscheidung für eine Zwangsernährung nicht zwangsläufig beeinträchtigt werden; im Gegenteil, eine Zwangsbehandlung kann für gewisse Betroffene sogar eine Erleichterung darstellen. Sie soll aber keinesfalls die Motivation für weitere Therapien zerstören. Vielmehr sollte sie Betroffene unterstützen, neuen Mut für eine weiterführende Therapie ohne Zwang zu schöpfen. Ein unreflektierter oder übermässiger Einsatz von Zwang kann die betroffene Person unnötig traumatisieren und stellt einen erheblichen Behandlungsfehler dar. Oft reicht bereits eine klare Erklärung des ärztlichen Personals, dass eine Ernährung mittels Ernährungssonde unvermeidlich ist, um die nötige Kooperation zu erreichen, wodurch direkte Gewalt vermieden werden kann. Fixierungen sind auf das absolut notwendige Minimum zu reduzieren und so schnell wie möglich wieder zu beenden. Parallel zur Zwangsernährung sollte in der Psychotherapie gemeinsam mit der betroffenen Person an der Motivation für eine selbständige und ausgewogene Nahrungsaufnahme gearbeitet werden. Menschen mit Anorexie haben häufig eine labile Selbstwertregulation und erleben oft Konflikte in Bezug auf Autonomie und Abhängigkeit. Es ist besonders schwierig, dieses Erleben von mangelhafter Sicherheit und Autonomie unter den ungünstigen Rahmenbedingungen einer Zwangsbehandlung nicht noch zu verstärken. Unbedingte Voraussetzung dafür ist ein respektvoller Umgang mit der betroffenen Person. Dadurch können die Würde und das Selbstwertgefühl der betroffenen Person geschützt werden (S. 405-407). Dazu gehört, dass alle wesentlichen Details

der Therapie vor, während und nach der Massnahme offen mit der betroffenen Person besprochen werden und sie so weit wie möglich in den Prozess einbezogen wird (Guillod, 2013, S. 792).

4.3.2 Medizinische Risiken

Bei extrem untergewichtigen Personen mit einem BMI von unter 14 kg/m² kann die Wiederaufnahme einer regelmässigen Ernährung das Refeeding-Syndrom auslösen. Die Symptome variieren und reichen von Herzinsuffizienz über neurologische Beschwerden bis hin zu schweren Infektionen. Das Syndrom entsteht durch die metabolische Umstellung während der Auffütterungsphase, die einen erhöhten Nährstoffbedarf sowie erhebliche Flüssigkeits- und Elektrolytverschiebungen in den Zellen mit sich bringt. Dies kann zu Wasseransammlungen (Ödemen) im Körper führen, die sich meist spontan zurückbilden, jedoch in seltenen Fällen zu Herzinsuffizienz mit Lungenödem führen können. Daher sind eine engmaschige laborchemische Überwachung und die Kontrolle der Vitalzeichen während der Zwangsernährung extrem untergewichtiger Personen erforderlich (Friederich et al., 2022, S. 274-275).

Bei der Zwangsernährung von anorektischen Personen werden häufig Magen- oder PEG-Sonden eingesetzt, was mit verschiedenen Risiken verbunden sein kann. Das Einlegen der Sonde kann zu Verletzungen führen, insbesondere wenn sich die betroffene Person aktiv wehrt und die Sonde unter physischer Gewalt eingeführt wird. Bei der Magensonde besteht das Risiko, dass Mageninhalt zurückfliesst und aspiriert wird (Kind, 2012, S. 85-86), was eine Lungenentzündung auslösen kann (MSD, 2022). Auch Fixierungen können Verletzungen verursachen (Klein & König, 2016, S. 140). Wenn eine Fixierung unumgänglich ist, muss die betroffene Person so betreut werden, dass Komplikationen jederzeit erkannt und, wenn möglich, verhindert werden können, auch wenn dies eine 1:1-Betreuung erfordert (SAMW, 2018, S. 15). Darüber hinaus besteht die Gefahr, dass die Person sich die Sonde herausreisst (Zeeck et al., 2011, S. 78), was ebenfalls zu Verletzungen führen kann. Ausserdem kann die Sondennahrung gastrointestinale Probleme wie Übelkeit, Erbrechen, Durchfall oder Verstopfung verursachen. Bei der PEG-Sonde kann es zusätzlich zu Infektionen an der Einstichstelle der Bauchwand kommen, die wiederum weitere Komplikationen auslösen können (MSD, 2022).

4.4 Zusammenfassung des Kapitels

Unter einer Zwangsernährung verstehen wir die zwangsweise Ernährung mittels Ernährungssonde unter Anwendung von unmittelbarem Zwang. Primär wird immer versucht, die Einwilligung der betroffenen Person zu erhalten. Zwangsernährungen dürfen nur als Ultima Ratio und mit grösster Sorgfalt durchgeführt werden. Ihr primäres Ziel ist es, das Überleben der betroffenen Person zu sichern und ihr gleichzeitig neue Perspektiven zu eröffnen. Die Risiken und Belastungen, die mit der Zwangsernährung verbunden sein können, müssen bei der Prüfung der ärztlichen Indikation berücksichtigt werden. Denn die Massnahme selbst sowie die körperliche und psychische Gewalt, die bei einer Zwangsernährung angewendet wird, können unterschiedliche Auswirkungen auf die betroffenen Personen haben. Auf psychologischer und sozialer Ebene kann eine Zwangsernährung zu einer psychischen Traumatisierung und möglicherweise auch zu einem nachhaltigen Vertrauensverlust gegenüber den Gesundheitsfachpersonen führen – dies muss jedoch nicht zwangsläufig der Fall sein. Zudem können schwerwiegende medizinische Komplikationen wie etwa das Refeeding-Syndrom auftreten, und das Einlegen sowie Belassen der Ernährungssonde kann mit verschiedenen Risiken verbunden sein. So kann es passieren, dass bei aktiver Gegenwehr während der Sondeneinlage Mageninhalt aspiriert wird, was wiederum eine Lungenentzündung auslösen kann. Auch Verletzungen und Infektionen sind möglich. Jede Zwangsmassnahme sollte so schnell wie möglich wieder beendet werden. Ein respektvoller Umgang sowie der aktive Einbezug der betroffenen Person sind unerlässlich, um ihre Autonomie in dieser schwierigen Situation nur soweit absolut nötig einzuschränken.

5 Ethik in der klinischen Sozialarbeit

In diesem Kapitel wird zunächst das grundlegende Verständnis der klinischen Sozialarbeit im Akutspital erläutert. Anschliessend wird die Berufsethik der Sozialen Arbeit thematisiert. Es folgt eine professionsethische Auseinandersetzung mit der Zwangsernährung bei anorektischen Personen.

5.1 Klinische Sozialarbeit im Akutspital

Die klinische Sozialarbeit ist ein spezialisierter Bereich der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen (Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit, o. J.). Klinische Sozialarbeit basiert auf einem biopsychosozialen Ansatz und konzentriert sich auf die soziale Diagnostik, Beratung und Behandlung von Individuen im Kontext ihres sozialen Umfelds. Ziel ist es, die Belastungen der Klient*innen zu reduzieren und ihre Bewältigungsstrategien durch gezielte Interventionen zu stärken (Pauls & Gahleitner, 2022, S. 514-515). Die klinische Sozialarbeit legt ihren Schwerpunkt auf die soziale Dimension im Kontext von Gesundheit und Krankheit. Bei entsprechender Indikation überschneiden sich ihre Tätigkeiten mit anderen Berufsgruppen innerhalb interprofessioneller Teams. Diese Teams verfolgen das gemeinsame Ziel, die Gesundheit der Menschen zu verbessern und zu erhalten, wobei die einzelnen Professionen innerhalb des Teams unterschiedliche Methoden anwenden (Geissler-Piltz et al., 2010, S. 10-13). Auch Avenir Social (2018) hält fest, dass die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen den Genesungsprozess, die gesellschaftliche Teilhabe und den Schutz von gesundheitlich Beeinträchtigten sowie von Erkrankungen bedrohten und behinderten Menschen in ihrer Lebenswelt fördert. Dies tut sie, indem sie insbesondere die sozialen Aspekte der Gesundheit thematisiert und positiv beeinflusst (S. 3). Allgemein gesagt ist die klinische Sozialarbeit für Menschen zuständig, die aufgrund einer Erkrankung psychische und soziale Leiden entwickeln oder aufgrund von sozialen Leiden an Leib oder Seele erkranken. Die klinische Sozialarbeit umfasst verschiedene Arbeitsfelder (Geissler-Piltz et al., 2010, S. 13-14), wobei der Fokus in dieser Arbeit auf der Spitalsozialarbeit liegt. Laut Bienz und Reinmann (2004) arbeiten Sozialarbeitende im Spital in der Regel in zwei Teams: Einerseits sind sie Teil eines Teams von Sozialarbeitenden, andererseits gehören sie einem interprofessionellen Team an, das auch Ärzt*innen und Pflegekräfte umfasst. Eine enge und effektive Zusammenarbeit in diesen interprofessionellen Teams ist entscheidend, um notwendige Informationen für die psychosozialen Anliegen der Klient*innen und deren Angehörigen zu erhalten und eine optimale

Betreuung zu gewährleisten (S. 62-63). Die klinische Sozialarbeit im Akutspital sollte so rasch wie möglich miteinbezogen werden, um krankheitsbedingte soziale Problemlagen abfedern zu können. Medizinische, psychische und soziale Aspekte verändern sich ständig und können sich auch wechselseitig beeinflussen. Deshalb ist die klinische Sozialarbeit nicht nur bei Behandlungsbeginn, sondern im gesamten Behandlungsverlauf unumgänglich. Unabhängig vom Krankheitsbild ist eine biopsychosoziale Diagnostik inklusive Erfassung der Belastungs- und Stressfaktoren wie auch eine Ressourcendiagnostik notwendig, um eine gezielte Intervention planen zu können (Bösel et al., 2024, S. 344-348).

In der Praxis zeigt sich aber, dass die klinische Sozialarbeit noch zu wenig anerkannt wird (Pauls & Mühlum, 2024, S. 28) und ihr Einfluss von den anderen Professionen des Behandlungsteams als eher marginal betrachtet wird. Insgesamt fällt auf, dass Sozialarbeitende im Spital ihre Berufsrolle zu wenig ausüben können und im interprofessionellen Team eine Randposition einnehmen (Bienz & Reinmann, 2004, S. 66-67). Zudem zeigen Untersuchungen eine Tendenz zur Selbstabwertung und professionellen Unsicherheit unter Sozialarbeitenden im Kontext der klinischen Sozialarbeit (Geissler-Piltz et al., 2010, S. 20).

5.2 Gegenstand und Mandate der Sozialen Arbeit

Die Debatte über die Mandatsfrage der Sozialen Arbeit war lange Zeit von ihrem gesellschaftlichen Doppelmandat geprägt, das Hilfe und Kontrolle umfasst. Demnach sollte die Soziale Arbeit Menschen, die Unterstützung benötigen, helfen und gleichzeitig deren Unterstützungswürdigkeit prüfen. In diesem Modell legt die Gesellschaft die Bedarfe fest und stellt die notwendigen Mittel zur Verfügung. Erst 300 Jahre nach dem ersten Mandat entwickelte sich ein zweites Mandat, das grundlegende menschliche Ansprüche in den Mittelpunkt stellte. Dieses Mandat wurde durch die gesellschaftlichen Veränderungen und Bürgerrechtsbewegungen des 20. Jahrhunderts geprägt. Hierbei wird der Bedarf nicht von Organisationen, sondern von den Betroffenen selbst definiert. Schmocker sieht beide Mandate als unzureichend und betrachtet dies als einen von mehreren Gründen, ein drittes Mandat für die Soziale Arbeit zu postulieren. Dieses dritte Mandat geht vom gegenstandstheoretischen und moralphilosophisch begründeten Menschen- und Gesellschaftsbild aus. Demnach stehen nicht die Bedarfe und legitimen Ansprüche im Vordergrund, sondern die menschlichen Bedürfnisse. Dabei zielt die Funktion der Sozialen Arbeit auf den Abbau von Bedürfnisspannungen (Schmocker, 2016, S. 144-145).

Gemäss Schmocker (2011) gründet das dritte Mandat der Sozialen Arbeit auf folgenden drei Dimensionen (S. 21):

- Das erste Element ist das Professionswissen. Es umfasst das Beschreibungs- und Erklärungswissen in Bezug auf den Gegenstand der Sozialen Arbeit.
- Das zweite Element setzt sich aus der ethischen Basis und dem Berufskodex zusammen: Darauf können sich Fachpersonen der Sozialen Arbeit bei ihren Entscheidungen unabhängig vom aktuellen Zeitgeist oder institutionellen und klientelbedingten Druck berufen.
- Das dritte Element beruft sich auf die Menschenwürde und die in den internationalen berufsethischen Richtlinien klar definierten Menschen- und Sozialrechte. Diese wirken als Legitimationsbasis, die über Gesetze, bindende Verträge, Aufträge und Arbeitsbündnisse hinausgeht und, wenn nötig, eigenständige Aufträge ermöglicht.

Fachpersonen der Sozialen Arbeit räumen dem dritten Mandat als fachspezifische Orientierungshilfe höchste Priorität ein. Das Tripelmandat der Sozialen Arbeit priorisiert in einem Konfliktfall die realen menschlichen Bedürfnisse gegenüber der Bedarfslogik der Organisationen. Dadurch gewinnen Fachpersonen der Sozialen Arbeit an Expertise und methodischer Sicherheit in der Zusammenarbeit mit Klient*innen (Schmocker, 2016, S. 149).

Im Kontext der Zwangsernährung stellt die rechtliche Situation das erste Mandat dar (vgl. Kapitel 3). Das zweite Mandat bezieht sich auf den Wunsch der betroffenen Person, nicht zwangsernährt zu werden. Im Rahmen des dritten Mandats stellt sich für die zuständigen Sozialarbeiter*innen im interprofessionellen Team die zentrale Frage, ob eine Zwangsernährung in diesem spezifischen Fall aus professionsethischer Sicht legitimiert werden kann. Diese professionelle Einschätzung basiert, wie zuvor dargelegt, auf der Berufsethik und dem Fachwissen. Im Folgenden wird zunächst die Professionsethik ausführlich behandelt, bevor abschliessend die Zwangsernährung aus der Perspektive des dritten Mandats der Sozialen Arbeit analysiert wird.

5.3 Die Professionsethik der Sozialen Arbeit

Der Professionsethik kommt eine wichtige Rolle zu, denn ethische und moralische Fragen sind untrennbar mit dem Arbeitsalltag von Sozialarbeitenden verbunden (Hartmann, 2019, S. 41-42).

Klinische Sozialarbeit, die als Teildisziplin der Sozialen Arbeit primär im Gesundheitswesen angesiedelt ist, beeinflusst auch ihre Professionsethik. Wenn sich die klinische Sozialarbeit als Teil der Sozialen Arbeit betrachtet, muss sie sich auch an deren Werten orientieren (Hug, 2016, S. 308-309). Es wird nachfolgend also von der Profession der Sozialen Arbeit ausgegangen, deren Inhalte können jedoch genau so auf die klinische Sozialarbeit angewendet werden. Die klinische Sozialarbeit muss sich aber mit der Bereichsethik des Gesundheitswesens auseinandersetzen, um u.a. ihre eigene Position schärfen zu können. Dabei muss sie jedoch, wenn sie ihre Identität wahren will, ihre spezifischen, auf soziale Fragen ausgerichteten, berufsethischen Prinzipien beibehalten (Hug, 2016, S. 308-309).

In den nachfolgenden Kapiteln werden die Begriffe Ethik, Moral, Moralität und Ethos definiert, und in einem zweiten Schritt wird erläutert, wieso es in der Sozialen Arbeit einer Professionsethik bedarf und wie diese ausgestaltet ist. Danach wird das Wertegebäude der Sozialen Arbeit erläutert.

5.3.1 Ethik, Moral, Moralität und Ethos

Gemäss Schmocker (2011) beschäftigt sich die Ethik mit menschlichen Handlungen, die moralische Ansprüche erheben. Sie bemüht sich, solche Handlungen auf nachvollziehbare Weise zu begründen, damit sie von anderen als verbindlich anerkannt werden können. Diese Aussagen dienen Fachpersonen der Sozialen Arbeit als Argumentationsstrategien, um moralische Probleme und Konflikte im professionellen Handeln klar zu erfassen und mögliche Lösungsvorschläge entwickeln sowie deren moralische Konsequenzen durchdenken zu können. Nach sorgfältiger Überlegung sollen sich die Fachpersonen der Sozialen Arbeit für eine bestimmte Lösung entscheiden können. Die Ethik bildet somit die Grundlage für gut begründete moralische Entscheidungen (S. 44). Die Moral befasst sich mit der Frage nach dem richtigen Handeln von Menschen. Sie umfasst alle Normen und Ideale, die von einer Person oder Gesellschaft als richtig und wichtig anerkannt werden. Sie beschreibt demnach ein gutes und korrektes Verhalten. Dazu gehören auch die vernünftigen Überzeugungen, die es ermöglichen, diesen Normen und Idealen eine ernsthafte Bedeutung zu verleihen, sie zu rechtfertigen und bei Bedarf kritisch zu hinterfragen und zu verändern (Hartmann, 2019, S. 41-42). Gemäss Schmocker (2011) ist für die Soziale Arbeit im Berufskodex das Allgemeinverbindliche und Unbedingte festgehalten, welches somit ein Regelsystem darstellt. Unter dem Begriff Moral wird folglich etwas verstanden,

das zwar mit einem allgemeinen Geltungsanspruch verbunden ist, sich aber im Laufe der Zeit verändern kann. Der Begriff Moralität fasst alle moralischen Handlungen zusammen, welche als sittlich gut bezeichnet werden. Eine Moral erfordert stets die Begründung und Legitimation durch den Begriff der Moralität. Moralität ist das zur festen Grundhaltung gewordene Streben nach Gut-Sein, das den Sinnhorizont einer Praxis bestimmt. Wer aus dieser Grundhaltung heraus handelt, besitzt moralische Kompetenz (S. 51-52). Der Begriff Ethos bezeichnet den Kern der moralischen Einstellungen, Grundsätze und ethisch-moralischen Normen. Dieser Kern bildet die Grundlage für das Handeln einer Profession. Das Ethos konstituiert und integriert somit die Einheit einer Profession (Schmocker, 2011, S. 44).

5.3.2 Notwendigkeit einer Professionsethik

Laut Lob-Hüdepol (2007) ist es ein wesentlicher Bestandteil der Professionalität in der Sozialen Arbeit, ein eigenes Selbstverständnis sowie einen klaren Bezug zum Fachgebiet zu entwickeln und zu begründen. Die Sozialarbeit sollte ihre moralischen und normativen Werte nicht einfach von anderen Berufsgruppen übernehmen. Auch wenn die Professionsethik der Sozialen Arbeit auf ethischen Referenztheorien aufbaut, können allgemeine Moraltheorien nicht ohne Weiteres auf die Praxis angewendet werden. Wie bereits erwähnt, prägen moralisch verzwickte Situationen den Berufsalltag von Sozialarbeitenden. Solche Dilemmasituationen erfordern klare Verfahren und Kriterien, nach denen moralische Prinzipien und Grundsätze im Konfliktfall abgewogen und miteinander verknüpft werden können (S. 113-117). Der Berufsverband Avenir Social hat einen Berufskodex entwickelt, der Fachpersonen in der Schweiz als Grundlage und Orientierungshilfe bei moralischen Dilemmata dient. Dieser Kodex beschreibt die ethischen Prinzipien, denen Sozialarbeitende verpflichtet sind (Hug, 2016, S. 309). Wenn sich in einer konkreten Situation die Frage stellt, auf welche Weise moralisch gehandelt werden soll, dient der Berufskodex im Sinne einer Anleitung dazu, eine Lösung zu finden. Inhaltlich folgt der Berufskodex den ethischen Prinzipien aus der internationalen IFSW/ISSAW-Definition (Portmann, 2019, S. 100).

Eine Zwangsernährung stellt einen schwerwiegenden Eingriff dar. Es stellt sich die Frage, ob diese Massnahme aus professionsethischer Sicht legitimiert werden kann. Denn für die Soziale Arbeit ist es zentral zu prüfen, ob die gesetzliche Regelung selbst vor dem Hintergrund ihrer ethischen Werte legitim ist. Denn nicht alles, was rechtlich erlaubt ist, entspricht zwangsläufig

den ethischen Standards der Sozialen Arbeit. Daher muss sich die Profession stets fragen, ob eine Zwangsernährung mit ihren ethischen Grundsätzen vereinbar ist. Sollte dies nicht der Fall sein, gebietet es die Moralität der Sozialen Arbeit, gegen solche Gesetze anzugehen. Nur gesetzlich geregelte Zwangsmassnahmen, die auch aus der Perspektive der Sozialen Arbeit als legitim anerkannt werden, können moralisch vertretbar sein (Schmocker, 2019a, S. 118-119).

5.4 Wertewissen der Sozialen Arbeit

Für die folgende professionsethische Abwägung werden zunächst die Begriffe Werte und Normen definiert und anschliessend die zentralen Werte aus dem Wertegebäude der Sozialen Arbeit vorgestellt.

5.4.1 Werte und Normen

Laut Schmid (2011) sind Werte individuelle Bewertungen, die auf den Bedürfnissen der Menschen basieren und sowohl materielle als auch immaterielle Güter umfassen. Menschliches Handeln orientiert sich an Werten, wobei sich die Frage stellt, welche Werte als Orientierung dienen sollten. Neben individuellen Werten gibt es auch gesellschaftliche Werte, die das Zusammenleben organisieren und strukturieren. Sie dienen den Einzelnen als Orientierung, indem sie festlegen, was jede*r tun und lassen darf. So lernt der Mensch, zwischen dem zu unterscheiden, was ihm persönlich wichtig ist, und dem, was er als gesellschaftlich wertvoll erachtet. Kulturell geprägte gesellschaftliche Werte stehen den persönlichen Werten vor (S. 34-35).

Normen spielen ebenfalls eine zentrale Rolle in der Sozialisation, sie sind jedoch von Werten zu unterscheiden. Schmid (2011) beschreibt Normen als Handlungsanleitungen, die durch Werte gestützt werden und diese konkretisieren. Normen manifestieren sich auf gesellschaftlicher Ebene in Gesetzen und Vorschriften und tragen zur Ordnung des Zusammenlebens bei (S. 35).

Bei der Beurteilung, ob eine Zwangsernährung in einem konkreten Einzelfall professionsethisch legitimiert werden kann, treffen verschiedene Wertansprüche aufeinander. Das führt in ein Dilemma. In solchen Dilemma-Situationen ist es zentral, dass sich Fachpersonen der Sozialen Arbeit von den Werten aus dem Wertegebäude der Sozialen Arbeit leiten lassen und im Einzelfall diese verschiedenen Prinzipien und Werte konkretisieren und gegeneinander abwägen. Denn die Ethik der Sozialen Arbeit ist plural und kann nicht auf einen einzigen Wert oder ein einziges

Prinzip zurückgeführt werden. In diesem Prozess kann der Berufskodex als Unterstützung beigezogen werden (Schmid, 2022a, S. 35).

5.4.2 Das Wertegebäude

Das Wertewissen der Sozialen Arbeit konzentriert sich auf den gegenstandstheoretischen Kernbereich (Schmocker, 2016, S. 155). In der IFSW/IASSW-Definition der Sozialen Arbeit werden folgende zentralen Eckwerte beschrieben (Schmocker, 2019b, S. 125-126):

- Die Prinzipien der Menschenrechte und die Anerkennung der Verschiedenheit spielen eine zentrale Rolle, wenn es um die Förderung von gesellschaftlichen Veränderungen und Entwicklungen geht.
- Die soziale Gerechtigkeit und die gemeinschaftliche Verantwortung sind Prinzipien, die entscheidend für die Förderung des sozialen Zusammenhaltes sind.
- Das Prinzip der Menschenwürde bildet die Grundlage für die Förderung der Ermächtigung und Befreiung von Menschen.

Folglich bildet die Menschenwürde das Fundament für das Wertegebäude der Sozialen Arbeit. Die Menschenwürde wiederum wird von den Prinzipien der Menschenrechte und der sozialen Gerechtigkeit getragen. Diese Prinzipien werden zusätzlich durch das Prinzip der Anerkennung von Vielfalt und das Prinzip der gemeinschaftlichen Verantwortung gestärkt (Schmocker, 2019b, S. 125-126).

5.5 Reflexives ethisches Begründungsmodell

In diesem Kapitel wird die Zwangsernährung von anorektischen Personen aus der Sicht des dritten Mandates der Sozialen Arbeit unter Einbezug zentraler Werte professionsethisch erwogen und abschliessend zusammengefasst. Dabei orientiere ich mich am reflexiven ethischen Begründungsmodell, welches sich an Tödt (1977) anlehnt. Das reflexive ethische Begründungsmodell hilft Fachpersonen der Sozialen Arbeit, einen ethischen Standpunkt einzunehmen und diesen zu begründen. Dieses Modell kann sowohl individuell als auch in Gruppen angewendet werden. Es besteht aus vier Schritten, die im Folgenden dargestellt werden (Schmid, 2022b, S. 12). Die vorliegende Fallsituation ist rein hypothetisch und die Überlegungen lassen sich nicht 1:1 auf andere Fälle von anorektischen Personen übertragen, bei denen eine Zwangsernährung in

Betracht gezogen wird. Eine solche Abwägung muss stets im Einzelfall erfolgen, wobei das Modell als Struktur für das Vorgehen dient und Fachpersonen bei einer fundierten, reflektierten Entscheidungsfindung unterstützt.

1. Situationsbeschreibung

Eine anorektische Person befindet sich in einem Akutspital mit einem lebensbedrohlich tiefen BMI von 12 kg/m². Die Ärzt*innen gehen davon aus, dass bei anhaltender Nahrungsverweigerung schwerwiegende gesundheitliche Schäden bis hin zum Tod eintreten. Die betroffene Person lehnt jede Form der Nahrungsaufnahme, inklusive künstlicher Ernährung über eine Sonde, strikt ab. Alle Versuche, eine Zustimmung für eine künstliche Ernährung zu erhalten, sind gescheitert. Eine Prüfung der Urteilsfähigkeit hat ergeben, dass die betroffene Person aufgrund der Anorexie in Bezug auf die Massnahme der künstlichen Ernährung urteilsunfähig ist. Die betroffene Person wurde in der Vergangenheit noch nie zwangsernährt. Die rechtliche Lage ist geklärt. Das Behandlungsteam steht nun vor der Entscheidung, entweder die Wünsche der betroffenen Person zu respektieren oder bei der KESB eine Zwangsernährung zu beantragen.

2. Formulierung strittiger moralischer Fragestellungen

In diesem ethischen Dilemma geraten verschiedene zentrale Werte miteinander in Konflikt. Wie in Kapitel 5.4.2 beschrieben, bildet die Wahrung der Menschenwürde das Fundament des Wertebäudes der Sozialen Arbeit. Menschenwürde bedeutet, dass alle Menschen von Natur aus verletzlich sind und auf den Schutz und die Anerkennung durch andere angewiesen sind. Diese gegenseitige Zusicherung, einander in dieser Verletzlichkeit zu schützen, wird als Menschenwürde verstanden. Sie ist nichts Angeborenes, sondern muss im täglichen Umgang immer wieder neu hergestellt werden – durch gegenseitigen Respekt und den Schutz der Integrität jeder einzelnen Person (Schmocker, 2019c, S. 23). Daraus ergibt sich die zentrale Frage, ob und wie die Menschenwürde bei einer Zwangsernährung gewahrt werden kann, in Anbetracht der Tatsache, dass Zwang eine Verletzung der physischen und psychischen Integrität darstellt (Graumann, 2014, S. 140). Gleichzeitig stellt sich die Frage, ob das Recht auf Selbstbestimmung in einer Situation der akuten Lebensgefahr zugunsten des Fürsorgeprinzips eingeschränkt werden darf. Die zentrale moralische Fragestellung lautet daher: Kann die Zwangsernährung gegen den Willen der betroffenen Person aus professionsethischer Sicht legitimiert werden?

Die rechtliche Situation wird an dieser Stelle nicht diskutiert, da es sich dabei um eine nicht-moralische Frage handelt.

3. Analyse der moralischen Argumente

Eine Zwangsernährung stellt einen Eingriff in die körperliche Integrität dar, da sie unter Anwendung physischer Gewalt durchgeführt wird. Diese Gewaltanwendung kann sowohl körperliche Verletzungen als auch erhebliche psychische Belastungen verursachen. Die Massnahme der Zwangsernährung kann zu medizinischen Komplikationen führen, wie etwa dem Refeeding-Syndrom. Das Einlegen und Belassen der Ernährungssonde birgt zudem Risiken wie Aspiration, Verletzungen und Infektionen. Auch Fixierungen etc. können physische Verletzungen verursachen. Hinzu kommt, dass die Zwangsernährung gegen den Willen und die ausdrückliche Ablehnung der betroffenen Person durchgeführt wird, was ihre psychische Integrität verletzt.

Wie in Kapitel 4.3.1 beschrieben, stellt eine Zwangsernährung ein traumatisches Erlebnis dar, das bei Betroffenen unter anderem Angst und Hilflosigkeit auslösen kann. Wenn diese Erlebnisse nicht angemessen verarbeitet werden können, besteht das Risiko, dass eine PTBS entwickelt wird. Die SAMW (2018) führt weiter aus, dass psychische Traumatisierungen besonders wahrscheinlich sind, wenn die Zwangsmassnahme als ungerechtfertigt, beschämend oder gar als gezielte Schädigung empfunden wird (S. 14). Um dies zu vermeiden, muss das Behandlungsteam gezielte Massnahmen ergreifen, die im Rahmen von Punkt vier aufgezeigt werden.

Der Wert der Selbstbestimmung wird im Berufskodex festgehalten. Gemäss Art. 6.5 BK haben alle Menschen das Recht, ihre eigenen Entscheidungen im Hinblick auf ihr Wohlbefinden zu treffen, und dieses Recht genießt höchste Achtung, solange es weder ihr eigenes Wohl noch die Rechte und legitimen Interessen anderer gefährdet (Avenir Social, 2010, S. 10). Dies deutet darauf hin, dass die Selbstbestimmung eingeschränkt werden kann, wenn sich die betroffene Person durch ihre Entscheidung selbst gefährdet. Um die Gefährdung im konkreten Fall angemessen beurteilen zu können, sind ein Austausch mit den behandelnden Ärzt*innen sowie ein fundiertes Wissen über das Krankheitsbild der Anorexie erforderlich (vgl. Kapitel 2). So wissen wir aus der Literatur, dass die Anorexie vielfältige somatische Auswirkungen haben kann und das Sterblichkeitsrisiko bei einem BMI von unter 13 kg/m² signifikant ansteigt. Eine rasch eingeleitete Gewichtszunahme ist entscheidend für die Prognose und bildet die Grundlage für eine weiterführende Therapie, die sowohl auf eine Gewichtszunahme als auch auf die

Normalisierung des Essverhaltens abzielt. Zudem muss beachtet werden, dass viele anorektische Personen an einer Körperbildstörung leiden und oft über keine Krankheitseinsicht verfügen. Sie zeigen daher sehr häufig eine Ablehnung gegenüber Behandlungen, da sie in der Regel weiter abnehmen möchten. Die Behandlungen zielen hingegen darauf ab, das Körpergewicht zu erhöhen. Zusätzlich leiden anorektische Personen oft unter Einschränkungen der kognitiven Funktionen und haben ein geringes Selbstwertgefühl sowie ein starkes Bedürfnis nach Unabhängigkeit, befinden sich jedoch in einer verletzlichen Position, die besondere Unterstützung und Hilfe erfordert.

Die Anwendung von körperlichem Zwang, der die psychische und physische Integrität einer Person verletzt, stellt dadurch auch eine Verletzung der Menschenwürde dar. Andererseits kann das Unterlassen einer Zwangsernährung gravierende gesundheitliche Folgen bis hin zum Tod haben, was ebenfalls eine Verletzung der körperlichen Integrität darstellt. Zudem wurde in Kapitel 2 dargelegt, dass eine fortschreitende Gewichtsabnahme bei vielen anorektischen Personen zu kognitiven Beeinträchtigungen und einer Verstärkung komorbider psychischer Symptome führt, während eine Gewichtszunahme diese Symptome in der Regel verringert. Eine anorektische Person mit sehr tiefem BMI gefährdet folglich durch ihre Erkrankung auch ihre psychische Integrität und verletzt sich in ihrer eigenen Menschenwürde. Denn durch die verstärkte psychische Symptomatik ist sie vermehrt in der Kommunikation und Interaktion eingeschränkt, was wiederum die soziale Teilhabe erschweren kann. Aus diesem Blickwinkel kann die Zwangsernährung als ein Mittel zur Wiederherstellung der Menschenwürde betrachtet werden, da sich die Symptomatik der Erkrankung in aller Regel durch eine Gewichtszunahme verbessert. Aus der Literatur wissen wir, dass eine Zwangsernährung kurzfristig meistens effektiv ist, also dadurch eine Gewichtszunahme erreicht werden kann (vgl. Kapitel 4.2). Ebenso lässt sich argumentieren, dass das Unterlassen der Zwangsernährung die körperliche und psychische Integrität der betroffenen Person erheblich verletzt. Denn ihre Fähigkeit zur Selbstfürsorge ist durch die Erkrankung beeinträchtigt und sie erhält nicht die notwendige Unterstützung, um ihr Überleben zu sichern und ihre Menschenwürde zu wahren bzw. wiederherzustellen.

Eine Zwangsernährung muss folglich nicht immer mit einer vollständigen Missachtung der Menschenwürde verbunden sein. Sie kann unter Umständen trotz Zwangsbehandlung gewahrt bleiben, insbesondere wenn sich das Behandlungsteam bewusst ist, dass die Zwangsernährung die

menschliche Würde verletzt, und bemüht ist, die Menschenwürde aktiv immer wieder herzustellen.

4. Abwägung der Argumente und Einnahme eines Standpunktes

Die obige Auslegung zeigt, dass die Zwangsernährung einen Eingriff in die körperliche und psychische Integrität der betroffenen Person darstellt, da sie gegen den Willen der betroffenen Person unter Zwang erfolgt und mit verschiedenen Auswirkungen verbunden sein kann. Ohne Zwangsernährung wird zwar auf Zwang respektive Gewalt verzichtet, jedoch bleibt die körperliche und psychische Integrität der Person weiterhin erheblich gefährdet. Es besteht das Risiko schwerwiegender gesundheitlicher Komplikationen bis hin zum Tod, während gleichzeitig die psychischen Auswirkungen der Anorexie weiter verstärkt werden, was auch die soziale Teilhabe erschwert. Die Menschenwürde kann folglich sowohl bei einer Zwangsernährung durch das ärztliche Personal als auch bei einer Nichtbehandlung durch die betroffene Person selbst verletzt werden.

Gemäss Berufskodex kann die Selbstbestimmung einer Person eingeschränkt werden, wenn sie sich durch ihr Verhalten selbst in Gefahr bringt. Eine Person mit schwerer Anorexie, die die Nahrungsaufnahme verweigert, begibt sich in akute Lebensgefahr, da bei einem BMI von unter 13 kg/m² erhebliche körperliche Schäden bis hin zum Tod eintreten können. Zudem kann die Urteilsfähigkeit der betroffenen Person aufgrund der Anorexie beeinträchtigt sein, was eine Einschränkung der Selbstbestimmung zugunsten des Fürsorgeprinzips rechtfertigen kann. Eine Zwangsernährung schränkt jedoch die Selbstbestimmung nicht nur ein, sondern übergeht eine bewusst geäußerte Ablehnung. Diese Form der Gewaltanwendung stellt eine Verletzung der psychischen Integrität dar und kann zu Traumatisierungen führen sowie das Vertrauen in Gesundheitsfachpersonen untergraben.

Angesichts der akuten Lebensgefahr und der Tatsache, dass die Zwangsernährung im vorliegenden Fall die einzige effektive Massnahme darstellt, um schwere gesundheitliche Schäden abzuwenden, ist es aus professionsethischer Sicht vorrangig, das Leben der betroffenen Person zu schützen. Die Zwangsernährung darf aber auf keinen Fall dazu führen, dass die Menschenwürde vollständig missachtet wird. Der Einsatz von Zwang greift in die Menschenwürde ein, weshalb das Behandlungsteam die Würde vor, während und nach der Massnahme so stark wie möglich wahren und gegebenenfalls wiederherstellen muss (vgl. methodisches Vorgehen). Dazu gehört

auch, die Massnahme auf die betroffene Person abzustimmen und für den konkreten Fall zu beurteilen, ob eine Fixierung, eine Sedierung oder das Festhalten schwerwiegender ist. Nur wenn alle diese Punkte beachtet und umgesetzt werden, kann eine Zwangsernährung aus professionsethischer Perspektive unter dem Aspekt der Menschenwürde legitimiert werden. Dabei ist das Behandlungsteam in der Verantwortung, den Zwang auf das absolut notwendige Mindestmass zu beschränken und alle erforderlichen Vorkehrungen zu treffen, um einer Traumatisierung der betroffenen Person vorzubeugen. All diesen Überlegungen liegt die Voraussetzung zugrunde, dass das Behandlungsteam sämtliche Möglichkeiten ausschöpft, um vorab die Zustimmung oder zumindest eine aktive Duldung der betroffenen Person zu erreichen, sodass Zwang wann immer möglich vermieden werden kann.

Methodisches Vorgehen

Bei der Durchführung einer Zwangsernährung ist es wichtig, dass das Behandlungsteam mit besonderer Sorgfalt vorgeht. Gerade bei anorektischen Personen, die oft mit Selbstwert-, Abhängigkeits- und Autonomiekonflikten zu kämpfen haben, ist es entscheidend, ihr Bedürfnis nach Sicherheit und Selbstbestimmung unter den ungünstigen Bedingungen einer Zwangsbehandlung nicht noch weiter einzuschränken. Ein respektvoller und freundlicher Umgang der Fachpersonen stärkt das Selbstwertgefühl der betroffenen Person und unterstützt die Wiederherstellung ihrer Menschenwürde. Dazu gehört auch, dass zentrale Therapieaspekte offen besprochen und der betroffenen Person, wo immer möglich, Entscheidungsspielräume eingeräumt werden. So könnte das Behandlungsteam die betroffene Person beispielsweise in die Entscheidung über die Form der Nahrungszufuhr (z. B. Magensonde oder PEG-Sonde) einbeziehen (Thiel & Paul, 2022, S. 406–407). Für die Zwangsmassnahme an sich sollte zunächst ein geschützter Rahmen geschaffen werden. Zwangsmassnahmen dürfen nicht vor anderen Patient*innen durchgeführt werden. Das medizinische Personal, das die Massnahmen durchführt, muss über die notwendigen Kompetenzen verfügen, einschliesslich einer Ausbildung in verbalen und nonverbalen Deeskalationstechniken, in angemessenen Festhaltetechniken sowie in der Betreuung und Überwachung. Jede Person, die zwangsbehandelt wird, muss medizinisch überwacht werden. Falls eine Immobilisierung oder Fixierung unvermeidlich ist, muss die betroffene Person engmaschig betreut werden, um potenzielle Komplikationen frühzeitig erkennen und vermeiden zu können – gegebenenfalls auch durch eine 1:1-Betreuung. Wirtschaftliche Überlegungen, Personalmangel oder die Belastung des Personals dürfen niemals eine

Zwangsmassnahme rechtfertigen. Die Kommunikation mit der betroffenen Person vor, während und nach der Zwangsmassnahme ist entscheidend. Sie kann dazu beitragen, die Dauer der Massnahme zu minimieren oder sie sogar ganz zu verhindern, indem stattdessen weniger eingreifende Alternativen eingesetzt werden. Es muss im Voraus klar definiert werden, wer im Behandlungsteam die Kommunikation mit der betroffenen Person übernimmt. Eine angemessene und gezielte Kommunikation kann zudem deeskalierend wirken (SAMW, 2018, S. 13-15).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass eine Zwangsernährung bei einer stark untergewichtigen anorektischen Person aus der Perspektive der Sozialen Arbeit unter Umständen legitimiert werden kann, sofern die Menschenwürde bei der Umsetzung der Massnahme wiederhergestellt wird und das Überleben der betroffenen Person gesichert werden kann, auch wenn dies u.a. eine Einschränkung der Selbstbestimmung bedeutet. Diese Abwägung muss in jedem Einzelfall individuell und differenziert erfolgen. Eine pauschale Beurteilung ist nicht möglich. Dabei sollte besonderes Augenmerk auf die Art der Umsetzung der Zwangsmassnahme sowie auf den Grad des Einbezugs der betroffenen Person gelegt werden. Zudem ist zu berücksichtigen, ob die Person bereits eine Zwangsernährung erlebt hat und welche Prognose vorliegt.

5.6 Exkurs: Medizinethik

Im Gesundheitswesen ist die Medizinethik die etablierte Ethik. Da die klinische Sozialarbeit im Akutspital von der Medizinethik mitgeprägt wird, scheint es sinnvoll, kurz einen Blick auf diese zu werfen. Insbesondere auch vor dem Hintergrund, dass durch die Auseinandersetzung mit der Medizinethik der eigene Standpunkt geschärft werden kann.

Die bekanntesten Prinzipien in der Medizinethik sind diejenigen von Beauchamp und Childress (Hug, 2016, S. 308-310). Dazu zählen:

- Respekt vor der Selbstbestimmung
- Schadensvermeidung
- Fürsorge
- Gerechtigkeit

Diese Prinzipien sind nicht an eine bestimmte ethische Theorie gebunden, und ihre Abwägung erfolgt ohne ein festgelegtes Schema (Hug, 2016, S. 308-310). In konkreten Fällen können die

vier Prinzipien angewendet werden. Es gibt keine Hierarchie zwischen den verschiedenen Prinzipien. Dies kann nur der spezifische Einzelfall festlegen (Schlittmaier, 2014, S. 54).

Wie oben ersichtlich wird, legt die Ethik der Sozialen Arbeit auf den ersten Blick zwar ähnliche Schwerpunkte wie die Medizinethik, sie bietet jedoch auch wertvolle Ergänzungen. Ein Beispiel hierfür ist, dass der grundlegende Wert der Sozialen Arbeit – die Menschenwürde – in den vier Prinzipien der Medizinethik nicht explizit hervorgehoben wird. Um die Unterschiede zwischen den beiden Ethiken besser zu verstehen, ist eine vertiefte Auseinandersetzung mit der Medizinethik erforderlich.

Wie bereits erwähnt, empfehlen Dubno und Rosch (2022) vor der Anordnung einer Zwangsmassnahme eine klinisch-ethische Konferenz durchzuführen (S. 636). Auch die SAMW (2023) hebt die Bedeutung der ethischen Unterstützung hervor. Jede Person im Behandlungsteam sollte die Möglichkeit haben, bei Einzelfallentscheidungen ethische Unterstützung anfordern zu können. Diese ethische Unterstützung sollte im interprofessionellen Rahmen erfolgen und soweit möglich alle Mitglieder des Behandlungs- und Betreuungsteams einbeziehen (S. 7-10). Dies gilt ebenso für die klinische Sozialarbeit, sofern sie Teil des Behandlungsteams ist. In dieser Rolle ist die Soziale Arbeit gefordert, aktiv hinzusehen, Position zu beziehen und sich einzubringen (Hug, 2016, S. 322). Mit ihrer fundierten Professionsethik kann die klinische Sozialarbeit wertvolle Beiträge zu ethischen Diskussionen in der interprofessionellen Zusammenarbeit leisten.

5.7 Zusammenfassung des Kapitels

Die klinische Sozialarbeit ist ein spezialisierter Bereich der Sozialen Arbeit, der primär im Gesundheitswesen tätig ist und sich auf die soziale Dimension von Gesundheit und Krankheit fokussiert. Die Soziale Arbeit basiert auf drei grundlegenden Mandaten, denen Sozialarbeitende verpflichtet sind. Das dritte Mandat, welches unter anderem die Berufsethik beinhaltet, ist sehr zentral, da moralische und ethische Fragen den Arbeitsalltag von Sozialarbeitenden prägen. So auch die Frage nach einer Zwangsernährung bei einer anorektischen Person. Ist die klinische Sozialarbeit aufgrund der sozialen Auswirkungen der Anorexie in den Fall involviert, muss geklärt werden, ob die Massnahme der Zwangsernährung aus professionsethischer Sicht legitimiert werden kann. Das erfordert eine Auslegung von Werten und Prinzipien der Sozialen Arbeit, die anschliessend gegeneinander abgewogen werden müssen. Dabei muss auch

gegenstandstheoretisches Wissen in die Beurteilung einfließen. Zur Unterstützung können verschiedene Modelle, wie beispielsweise das reflexive ethische Begründungsmodell herangezogen werden. Im Rahmen der hypothetischen Fallanalyse konnte aufgezeigt werden, dass eine pauschale Beurteilung der Zwangsernährung aus professionsethischer Sicht nicht möglich ist und zwingend jeder Fall individuell betrachtet werden muss. Es wäre wünschenswert, dass vor jeder Anordnung einer Zwangsernährung eine klinisch-ethische Konferenz einberufen wird, an der alle Mitglieder des interprofessionellen Behandlungsteams teilnehmen. In diesem Rahmen kann die klinische Sozialarbeit ihre Perspektive einbringen, eine professionsethische Position beziehen und ihre Argumente darlegen. Da sich die Professionsethik der Sozialen Arbeit in einigen Aspekten von der Medizinethik unterscheidet, kann sie einen wertvollen Beitrag zu ethischen Diskussionen leisten.

6 Schlussfolgerungen für die Praxis

In diesem letzten Kapitel wird auf die vorliegende Bachelor-Arbeit zurückgeblickt. Die Leitfragen, welche die Arbeit strukturiert haben, werden nochmals prägnant beantwortet, und die wichtigsten Schlussfolgerungen für die Praxis der klinischen Sozialarbeit werden dargelegt. Abschliessend folgt ein Ausblick auf mögliche weiterführende Fragestellungen.

6.1 Beantwortung der Fragestellungen

1. Was ist eine Anorexie, und welche Folgen kann sie auf die psychische und physische Gesundheit einer Person haben?

Die Anorexia nervosa, kurz Anorexie, wird umgangssprachlich auch Magersucht genannt. Sie gehört zu der Gruppe der Essstörungen und ist eine schwere psychische Erkrankung, deren auffälligstes Merkmal der reduzierte Ernährungszustand ist. Die Folgen für die psychische und physische Gesundheit sind vielfältig und können schwerwiegend sein. Psychisch macht sich die Erkrankung in einem stark eingeschränkten Essverhalten und einer Körperbildstörung bemerkbar, die sich in einer intensiven Angst vor Gewichtszunahme, einer verzerrten Wahrnehmung des eigenen Körpers sowie einem übermässigen Einfluss des Gewichts und der Figur auf das Selbstwertgefühl äussert. Zudem bewerten Betroffene den Schweregrad ihres niedrigen Körpergewichts oft als weniger gravierend, als er tatsächlich ist. Aufgrund dieser Körperbildstörung fehlt

vielen anorektischen Personen zu Beginn der Erkrankung die Einsicht, dass sie krank sind. Sie sind gedanklich ständig mit dem Thema Essen beschäftigt, zählen Kalorien und zeigen einen übermässigen Bewegungsdrang. Diese Verhaltensweisen führen häufig zu psychischen Veränderungen. Dazu zählen etwa ein bedrücktes Erscheinungsbild und sozialer Rückzug. Die Anorexie ist häufig mit Depressionen und Angststörungen komorbid. Die Anorexie führt auf körperlicher Ebene zu einer Unterernährung, die die Funktion der Organe beeinträchtigen kann. Der Körper reagiert auf den Energiemangel, indem er Massnahmen wie die Senkung der Hauttemperatur und des Muskeltonus sowie die Verlangsamung der Herzfrequenz ergreift. Mögliche Folgen sind Herzrhythmusstörungen, eine Hirnatrophie, hormonelle Störungen und Haarausfall. Langfristig kann die Krankheit bleibende Schäden wie eine geringere Knochendichte oder Infertilität verursachen. Anorexie hat zusammen mit den Suchterkrankungen die höchste Mortalitätsrate unter den psychischen Erkrankungen. Etwa drei Viertel der Betroffenen, bei denen die Krankheit zum Tod führt, sterben an den Folgen medizinischer Komplikationen. Ein Viertel begeht Suizid.

2. Auf welcher gesetzlichen Grundlage kann eine Zwangsernährung bei anorektischen Personen angeordnet werden, und welches sind die Voraussetzungen dafür?

Urteilsfähige anorektische Personen entscheiden selbst, ob sie eine künstliche Ernährung über eine Ernährungssonde möchten oder nicht. Ist die Urteilsfähigkeit jedoch aufgrund der Erkrankung beeinträchtigt und die betroffene Person generell oder in Bezug auf die erforderliche medizinische Behandlung urteilsunfähig, bestimmt der Gesetzgeber, wer stellvertretend die Einwilligung zu der medizinischen Massnahme erteilen darf. Wenn sich bei anorektischen Personen die Frage nach einer künstlichen Ernährung stellt, ist der BMI in aller Regel sehr tief und Betroffene leiden bereits unter verschiedenen somatischen Folgeerscheinungen. Aus diesem Grund werden betroffene Personen in der Schweiz in Akutspitälern behandelt.

Für medizinische Behandlungen von urteilsunfähigen Personen im Akutspital gilt gemäss Art. 377 ZGB grundsätzlich die Patientenverfügung. Wenn die betroffene Person sich zur entsprechenden Behandlung nicht in einer Patientenverfügung geäussert hat, dann plant das ärztliche Personal unter Beizug der zur Vertretung bei medizinischen Massnahmen berechtigten Person die erforderliche Behandlung. Art. 378 ZGB regelt in klarer Hierarchie die zur Vertretung berechtigten Personen. Diese kann also stellvertretend die Einwilligung zu einer medizinisch

indizierten künstlichen Ernährung mittels Ernährungssonde geben. Die vertretungsberechtigte Person muss bei dieser Entscheidung den mutmasslichen Willen der betroffenen Person in Bezug auf die Behandlung oder Nichtbehandlung eruieren, und sie muss dafür sorgen, dass dieser Wille respektiert wird. Wenn die stellvertretungsberechtigte Person die Einwilligung zur künstlichen Ernährung gibt, sich die betroffene Person aber gegen die künstliche Ernährung wehrt, können Angehörige keine Zustimmung zu einer zwangsweisen Vollstreckung geben. Das Gleiche gilt für eine formgültige Patientenverfügung. Wenn dort festgehalten ist, dass die Zwangsernährung auch zwangsweise durchgeführt werden darf, bietet dies keine ausreichende gesetzliche Grundlage für die Anwendung von körperlichem Zwang. Das ärztliche Personal hat in dieser Situation die Möglichkeit, sich gemäss Art. 381 Abs. 2 Ziff. 3 ZGB bei der KESB zu melden und den Antrag zu stellen, dass die KESB direkt gestützt auf Art. 392 Ziff. 1 ZGB die Behandlung anordnet und nach Art. 450g ZGB die Vollstreckung auch unter Anwendung von unmittelbarem Zwang beschliesst. Vorbehalten bleiben Notfallsituationen, in denen sofortige Massnahmen erforderlich sind. Hier kommt Art. 379 ZGB zur Anwendung. Bis anhin wurde jedoch von gerichtlichen Instanzen noch nicht beurteilt, ob Art. 379 ZGB auch die zwangsweise Durchsetzung der medizinischen Massnahme in Notfallsituationen beinhaltet. Meiner Meinung nach sollte das ärztliche Personal in einer Notsituation gemäss Art. 379 ZGB die Befugnis haben, die Vollstreckung anzuordnen. Voraussetzung hierfür ist, dass unverzügliches medizinisches Handeln notwendig ist, um das Leben der betroffenen Person zu retten oder ernsthafte gesundheitliche Schäden abzuwenden. Die Behandlung sollte sich dabei am objektiven Gesundheitsinteresse und am mutmasslichen Willen der betroffenen Person orientieren. In einigen Kantonen existieren bereits im kantonalen Recht Bestimmungen, welche diese Möglichkeit vorsehen.

3. Wann und warum werden Zwangsernährungen durchgeführt, und welche Auswirkungen kann diese Massnahme gemäss bestehender Literatur auf die betroffene Person haben?

Unter einer Zwangsernährung verstehen wir die zwangsweise Ernährung einer Person mittels Ernährungssonde unter Anwendung von unmittelbarem Zwang. Eine genaue Gewichtsgrenze für die Einleitung dieser Massnahmen kann nicht definiert werden; jedoch sollte spätestens bei einem BMI von $\leq 13 \text{ kg/m}^2$ geprüft werden, ob sie indiziert ist, da das Risiko eines tödlichen Verlaufs erheblich steigt. Wenn eine anorektische Person nicht freiwillig in eine künstliche Ernährung einwilligt, stellt sich die Frage nach einer zwangsweisen Vollstreckung. Zwangsernährungen dürfen wie erwähnt, nur als Ultima Ratio erfolgen. Bei der Prüfung der ärztlichen

Indikation für eine Zwangsernährung wird eine Verhältnismässigkeitsprüfung gemacht, bei der immer auch Eingriffszweck und -wirkung gegeneinander abgewogen werden. Das Ziel der Zwangsernährung besteht darin, das Überleben der betroffenen Person zu sichern und ihr gleichzeitig neue Perspektiven zu eröffnen sowie die Motivation für eine weiterführende Therapie zu fördern. Es ist jedoch zu beachten, dass der Einsatz physischer Gewalt bei der Einlage und Belassung der Ernährungssonde erhebliche psychische, soziale und körperliche Folgen für die betroffene Person haben kann. Die Massnahme der Zwangsernährung beinhaltet nicht nur die Missachtung der Autonomie der betroffenen Person, sondern gar das Übergehen einer beurkundeten Ablehnung, was die psychische Integrität einer Person verletzt. Die Zwangsernährung stellt für Betroffene ein traumatisches Erlebnis dar, das intensive Gefühle von Angst und Hilflosigkeit auslösen kann. Wird dieses Erlebnis nicht verarbeitet, kann sich daraus eine PTBS entwickeln. Zudem kann eine Zwangsernährung das Vertrauen in das Gesundheitspersonal untergraben, was die weitere Zusammenarbeit erschwert – dies muss jedoch nicht zwangsläufig der Fall sein. Auf körperlicher Ebene besteht das Risiko, dass extrem untergewichtige Personen bei der Wiederernährung mittels Ernährungssonde das Refeeding-Syndrom entwickeln, was zu Herzinsuffizienz, neurologischen Beschwerden und schweren Infektionen führen kann. Deshalb ist eine engmaschige Überwachung dringend notwendig. Darüber hinaus können Ernährungssonden sowohl beim Legen als auch später Komplikationen wie Infektionen, gastrointestinale Probleme und Verletzungen verursachen. Auch Fixierungen bergen das Risiko verschiedener Verletzungen. Wenn eine Fixierung unvermeidbar ist, muss die betroffene Person so betreut werden, dass mögliche Komplikationen frühzeitig erkannt und vermieden werden können – selbst wenn dafür eine 1:1-Betreuung erforderlich ist. Der Einsatz physischer Gewalt wird, wann immer möglich, vermieden, und Zwangsmassnahmen müssen umgehend abgebaut werden, sobald sie nicht mehr erforderlich sind.

4. Wie kann die Massnahme der Zwangsernährung aus professionsethischer Sicht beurteilt werden, und welche Schlussfolgerungen ergeben sich daraus für die Praxis der klinischen Sozialarbeit?

Eine allgemeine professionsethische Beurteilung der Zwangsernährung aus Sicht der Sozialen Arbeit ist nicht möglich; stattdessen erfordert sie eine sorgfältige Einzelfallprüfung unter Berücksichtigung berufsethischer Prinzipien und dem Bezug von gegenstandstheoretischem Wissen. Zudem ist es entscheidend zu wissen, wie die Massnahme der Zwangsernährung konkret

durchgeführt wird und in welcher Weise die betroffene Person in diesen Prozess eingebunden wird.

Diese Beurteilung kann in der Praxis beispielsweise mithilfe des reflexiven ethischen Begründungsmodells erfolgen, bei dem neben den zentralen Werten der Sozialen Arbeit auch das Fachwissen über das Krankheitsbild Anorexie, dessen Folgen und die Auswirkungen von Zwang in die Beurteilung einfließen. Die hypothetische Fallanalyse aus Kapitel 5.5 zeigt, dass eine Zwangsernährung unter bestimmten Umständen aus der Perspektive der Sozialen Arbeit legitimiert werden kann. Voraussetzung dafür ist, dass die Menschenwürde während der Durchführung – so gut als möglich – gewahrt bleibt, das Überleben der betroffenen Person sichergestellt wird und ihr die grösstmögliche Selbstbestimmung gewährt wird, die in diesem Kontext möglich ist. Diese Aussage kann jedoch nicht verallgemeinert werden. Es ist zwingend notwendig, dass die Werte stets im Einzelfall gegeneinander abgewogen werden.

Entscheidungen über eine Zwangsernährung sollten, wenn immer möglich, im Rahmen einer klinisch-ethischen Konferenz getroffen werden, an der alle Mitglieder des Behandlungsteams beteiligt sind. Da die Professionsethik der Sozialen Arbeit in einigen Punkten von der Medizinethik abweicht, kann die Soziale Arbeit in interprofessionellen Teams einen wichtigen ergänzenden Beitrag leisten. Es ist besonders wichtig, dass die klinische Sozialarbeit aktiv an ethischen Entscheidungsprozessen mitwirkt und ihre Position klar vertritt. Eine vertiefte Auseinandersetzung mit der Medizinethik ist dabei unerlässlich, um den eigenen professionsethischen Standpunkt zu schärfen.

6.2 Relevanz und Ausblick für die Praxis

Sozialarbeitende sind bei der Behandlung anorektischer Personen im Akutspital häufig Teil des interprofessionellen Teams, da die Anorexie neben gesundheitlichen Beeinträchtigungen oft auch soziale Probleme mit sich bringt. Durch eine enge Zusammenarbeit im interprofessionellen Team ergibt sich für die betroffene anorektische Person ein Mehrwert, da ein breiterer Blickwinkel auf ihre Situation und Bedürfnisse ermöglicht wird, der medizinische, psychische und soziale Aspekte einschliesst.

Wird eine Zwangsernährung angewandt, stellt dies einen schweren Eingriff für die betroffene Person dar. Wie in Kapitel 4 aufgezeigt, kann eine Zwangsernährung mit vielfältigen

Auswirkungen für Betroffene verbunden sein, weshalb eine Zwangsernährung auch aus Sicht der Sozialen Arbeit nicht nur legal, sondern auch immer legitim sein muss. Dies erfordert eine sorgfältige berufsmoralische Abwägung der beteiligten Sozialarbeitenden, die sich dabei von ihrem internalisierten Wertegebäude der Sozialen Arbeit leiten lassen und Fachwissen miteinbeziehen. Um eine solche Abwägung vornehmen zu können, ist der interprofessionelle Austausch unerlässlich, damit ein umfassendes Verständnis des Falls entwickelt werden kann. Als Orientierung kann zum Beispiel das reflexive ethische Begründungsmodell herangezogen werden.

Im Berufskodex ist festgehalten, dass es Aufgabe der Sozialen Arbeit ist, sich in interprofessionellen Teams einzubringen und ihren Standpunkt zu vertreten. Da die Medizin in solchen Teams oft die vorherrschende Disziplin darstellt, kann es für die klinische Sozialarbeit herausfordernd sein, ihre Werte einzubringen und gerade in Bezug auf die Zwangsernährung eine klare Position zu vertreten. Mit ihrer fundierten Professionsethik kann die Soziale Arbeit jedoch einen wertvollen Beitrag leisten. Deshalb ist es wichtig, dass sie diese Position auch einnimmt und den Auftrag, der durch den Berufskodex gestellt wird, erfüllt.

Diese Bachelor-Arbeit basiert überwiegend auf theoretisch erarbeitetem Wissen. Eine Untersuchung der praktischen Umsetzung würde den Umfang der Arbeit sprengen. Daher wäre spannend, im Rahmen einer Forschungsarbeit zu untersuchen, wie Zwangsernahrungen in der Praxis tatsächlich durchgeführt werden und welche Rolle die klinische Sozialarbeit dabei einnimmt. In Zusammenarbeit mit Fachpersonen könnten auch Handlungsmöglichkeiten für die klinische Sozialarbeit im Kontext der Zwangsernährung abgeleitet werden. Dies könnte u.a. zur Professionalisierung und auch zur Legitimierung der klinischen Sozialarbeit im Kontext der Zwangsernährung beitragen. Nachfolgend werden drei weiterführende Fragestellungen aufgeführt, die sich aus der vorliegenden Arbeit ergeben:

- Wie sieht die interprofessionelle Zusammenarbeit in Bezug auf die Zwangsernährung von anorektischen Personen im Akutspital aus, und wie könnte sie verbessert werden?
- Wie kann sichergestellt werden, dass die zentralen Werte der Professionsethik der Sozialen Arbeit bei der Umsetzung einer Zwangsernährung eingehalten werden können?
- Warum gibt es in der Schweiz keine aktuellen Zahlen zur Prävalenz von Essstörungen? Welche Rolle spielt dabei der Umstand, dass es sich bei den Essstörungen vorwiegend um Erkrankungen handelt, die Frauen betrifft?

7 Literaturverzeichnis

- Adler, R. & Grögler, A. (2011). *Schmerz umfassend verstehen. Der biopsychosoziale Ansatz zeigt den Weg*. Hans Huber Verlag.
- Avenir Social (2018). *Leitbild Soziale Arbeit im Gesundheitswesen*. Avenir Social.
- Avenir Social (2010). *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen*. Avenir Social.
- Bailer, U. (2022). Bildgebende Verfahren bei Essstörungen. In S. Herpertz, M. de Zwaan & S. Zipfel (Hrsg.), *Handbuch Essstörungen und Adipositas* (3. Aufl., S. 253-260). Springer VS. 10.1007/978-3-662-63544-5
- Ben-Attia, O. (2024). *Unterbringung und Behandlung urteilsunfähiger Personen im Spannungsverhältnis zwischen Betreuungsvertrag, medizinischem Vertretungsrecht und Fürsorgerischer Unterbringung*. Schulthess Juristische Medien AG.
- Biedert, E. (2008). *Essstörungen*. E. Reinhardt Verlag.
- Bienz, B. & Reinmann, A. (2004). *Sozialarbeit im Krankenhaus: Aufgaben, Methoden, Ziele*. Haupt.
- Boente, W. (2015). Der Erwachsenenschutz. Die eigene Vorsorge und Massnahmen von Gesetzes wegen Art. 360-387 ZGB. In J. Schmid (Hrsg.), *ZK – Zürcher Kommentar*. Schulthess Juristische Medien AG.
- Bösel, M., Krottendorfer, K. & Thomas, A. (2024). Gesundheitsversorgung von Menschen mit somatischen Erkrankungen. In Sektion Klinische Sozialarbeit (Hrsg.), *Handbuch Klinische Sozialarbeit* (1. Aufl., S. 341-349). Beltz Verlag.
- Bundesamt für Statistik (o. J.). *Instrumente zur medizinischen Kodierung*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/nomenklaturen/medkk/instrumente-medizinische-kodierung.html>

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (o. J.). *Magersucht*. <https://www.bzga-essstoerungen.de/was-sind-essstoerungen/glossar/zeige/anorexia-nervosa/>

Coskun-Ivanovic, T. (2023). Zwangsernährung- gestützt worauf? *Zeitschrift für Kindes- und Erwachsenenschutz*, (4), 314-345. Schulthess Juristische Medien AG.

Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit (o. J.). *Klinische Sozialarbeit*. <https://www.dgsa.de/sectionen/klinische-sozialarbeit/>

De Zwaan, M. (2016). Essstörungen: Diagnose und Psychopathologie. In C. Archonti, E. Roediger & M. de Zwaan (Hrsg.), *Schematherapie bei Essstörungen* (S. 22-42). Beltz Verlag.

Dodegge, G. (2016). Aktuelle Probleme der Zwangsbehandlung – Zwangsbehandlung von Erwachsenen bei Selbstgefährdung. In D. Coester-Waltjen, V. Lipp, E. Schumann & B. Veit (Hrsg.), *Zwangsbehandlung bei Selbstgefährdung. 14. Göttinger Workshop zum Familienrecht* (S. 11-32). Göttinger Juristische Schriften.

Dubno, B. & Rosch, D. (2022). Die Fürsorgerische Unterbringung. In D. Rosch, C. Fountoulakis & C. Heck (Hrsg.), *Handbuch Kindes- und Erwachsenenschutz: Recht und Methodik für Fachleute* (3. Aufl., S. 624-648). Haupt.

Fassbind, P. (2021a). ZGB 380. In J. Kren Kostkiewicz, S. Wolf, M. Amstutz & R. Fankhauser (Hrsg.), *ZGB Kommentar – Schweizerisches Zivilgesetzbuch* (4. Aufl., S. 845-847). Orell Füssli Verlag AG.

Fassbind, P. (2021b). ZGB 426. In J. Kren Kostkiewicz, S. Wolf, M. Amstutz & R. Fankhauser (Hrsg.), *ZGB Kommentar – Schweizerisches Zivilgesetzbuch* (4. Aufl., S. 978-988). Orell Füssli Verlag AG.

Fassbind, P. (2012). *Erwachsenenschutz*. Orell Füssli Verlag AG.

Fountoulakis, C. & Rosch, D. (2022). Elemente des Erwachsenenschutzes. In D. Rosch, C. Fountoulakis & C. Heck (Hrsg.), *Handbuch Kindes- und Erwachsenenschutz: Recht und Methodik für Fachleute* (3. Aufl., S. 517-544). Haupt.

- Frey, G., Peter, S. & Rosch, D. (2022). Vertretungsbeistandschaft (Art. 394/395 ZGB). In D. Rosch, C. Fountoulakis & C. Heck (Hrsg.), *Handbuch Kindes- und Erwachsenenschutz: Recht und Methodik für Fachleute* (3. Aufl., S. 586-597). Haupt.
- Friederich, H., Terhoeven, V. & Nikendei, C. (2022). Medizinische Komplikationen bei Anorexia nervosa und Bulimia nervosa. In S. Herpertz, M. de Zwaan & S. Zipfel (Hrsg.), *Handbuch Essstörungen und Adipositas* (3. Aufl., S. 269-275). Springer VS. 10.1007/978-3-662-63544-5
- Frieling, H., Bleich, S. & Buchholz, V. (2022). Genetische Aspekte der Essstörungen. In S. Herpertz, M. de Zwaan & S. Zipfel (Hrsg.), *Handbuch Essstörungen und Adipositas* (3. Aufl., S. 151-156). Springer VS. 10.1007/978-3-662-63544-5
- Gassmann, J. (2015a). Zweiter Unterabschnitt: Die Patientenverfügung. In D. Rosch, A. Bächler & D. Jakob (Hrsg.), *Erwachsenenschutzrecht. Einführung und Kommentar zu Art. 360 ff. ZGB und VBVV* (2. Aufl., S. 93-108). Helbing Lichtenhahn Verlag.
- Gassmann, J. (2015b). Zweiter Unterabschnitt: Vertretung bei medizinischen Massnahmen. In D. Rosch, A. Bächler & D. Jakob (Hrsg.), *Erwachsenenschutzrecht. Einführung und Kommentar zu Art. 360 ff. ZGB und VBVV* (2. Aufl., S. 126-139). Helbing Lichtenhahn Verlag.
- Gehring, C. & Scherr, J. (2021). *Umgang mit Zwangsmassnahmen. Rechtsfragen und Praxistipps für die Arbeit in Krankenhäusern, Psychiatrien und Einrichtungen der Pflege und Teilhabeförderung* (2. Aufl.). Kohlhammer.
- Geiser, T. & Rosch, D. (2017). Zwangsmassnahmen im Kindes- und Erwachsenenschutz de lege lata und de lege ferenda. In A. Bächler & M. Cottier (Hrsg.), *Die Praxis des Familienrechts* (S. 391-403). Stämpfli Verlag AG.
- Geissler-Piltz, B., Mühlum, A. & Pauls, H. (2010). *Klinische Sozialarbeit*. E. Reinhardt Verlag.
- Glass, M., Gerwing, C. & Kersting, A. (2022). Gynäkologische Aspekte bei Anorexia nervosa und Bulimia nervosa. In S. Herpertz, M. de Zwaan & S. Zipfel (Hrsg.), *Handbuch Essstörungen und Adipositas* (3. Aufl., S. 277-284). Springer VS. 10.1007/978-3-662-63544-5

- Gradl-Dietsch, G., Föcker, M. & Hebebrand, J. (2022). Essstörungen im ICD-11 und DSM-5. In S. Herpertz, M. de Zwaan & S. Zipfel (Hrsg.), *Handbuch Essstörungen und Adipositas* (3. Aufl., S. 17-26). Springer VS. 10.1007/978-3-662-63544-5
- Graumann, S. (2014). Kann Zwang gerechtfertigt sein? Ethische Überlegungen zu unfreiwilligen psychiatrischen Behandlungen. In T. Henking & J. Vollmann (Hrsg.), *Gewalt und Psyche* (1. Aufl., S. 123-152). Nomos.
- Gschwend, G. (2006). *Nach dem Trauma – ein Handbuch für Betroffene und ihre Angehörigen* (1. Aufl.). Hans Huber Verlag.
- Guillod, O. (2013). Dritter Abschnitt: Die fürsorgerische Unterbringung. In A. Büchler, C. Häfeli, A. Leuba & M. Stettler, *Fam Kommentar: Erwachsenenschutz* (S. 700-830). Stämpfli Verlag AG.
- Guillod, O. & Hertig, A. (2013). Zweiter Unterabschnitt: Vertretung bei medizinischen Massnahmen. In A. Büchler, C. Häfeli, A. Leuba & M. Stettler, *Fam Kommentar: Erwachsenenschutz* (S. 273-316). Stämpfli Verlag AG.
- Häfeli, C. (2021). *Kindes- und Erwachsenenschutzrecht* (3. Aufl.). Stämpfli Verlag AG.
- Hartmann, A. (2019). Im Spannungsfeld von Ethik und Moral. *Sozialaktuell*, (4), 41-44.
- Hug, S. (2016). Ethische Fragen in der klinischen Sozialarbeit. In U. Merten & P. Zängl (Hrsg.), *Ethik und Moral in der Sozialen Arbeit. Wirkungsorientiert - kontextbezogen - habitusbildend* (S. 307-324). Barbara Budrich.
- Jäger, B. (2022). Soziokulturelle Aspekte der Essstörungen. In S. Herpertz, M. de Zwaan & S. Zipfel (Hrsg.), *Handbuch Essstörungen und Adipositas* (3. Aufl., S. 172-178). Springer VS. 10.1007/978-3-662-63544-5
- Kind, C. (2012). Verhinderung des Todes um jeden Preis? Ärztliches Ethos und Zwangsernährung. In B. Tag & D. Gross (Hrsg.), *Tod im Gefängnis. Hungerstreik, Suizid, Todesstrafe und «normaler» Tod aus rechtlicher, historischer und ethischer Sicht* (7. Aufl., S. 83-91). Campus.

- Klein, G. & König, D. (2016). Zwangsmassnahmen in der Psychiatrie: klinische Perspektive. *Swiss Medical Forum – Schweizerisches Medizin-Forum*, 16 (6), 137-141.
- Köpp, W. & Tillinger, T. (2023). *Essstörungen*. Psychosozial-Verlag.
- Kühl-Frese, H. & Deloch, A. (2019). *Essstörungen in der Schule. Handlungsleitfaden für den Umgang mit Betroffenen von Essstörungen*. IQSH.
- Lob-Hüdepol, A. (2007). Berufliche Soziale Arbeit und die ethische Reflexion ihrer Beziehung und Organisationsformen. In A. Lob-Hüdepol & W. Lesch (Hrsg.), *Ethik Sozialer Arbeit. Ein Handbuch* (S. 113-161). Schöningh UTB.
- Maio, G. (2015). Gewalt als Fürsorge? Ethische Grundreflexionen zum Zwang in der Psychiatrie. In G. Hänggi, *Zwangsmassnahmen in der Psychiatrie - Verwerflich oder unvermeidbar?* (S. 3-5). Sanatorium Kirchberg.
- Milos, G., Wolf, M., Robetin, L., Sprenger, M., Monteverde, S. & Schaer, D. (2019). *Integrierte Komplexbehandlung bei extremer Anorexia nervosa. Ein interdisziplinäres Behandlungskonzept des Universitätsspitals Zürich*. Hogrefe. <https://doi.org/10.1024/1661-8157/a003356>
- Milos, G. (2017). *Behandlung von schwerer Anorexia nervosa. Klinische und Ethische Reflexionen*. Universitätsspital Zürich.
- MSD Manual (2022). *Sondenernährung*. https://www.msmanual.com/de/heim/ern%C3%A4hrungsst%C3%B6rungen/ern%C3%A4hrungsunterst%C3%BCtzung/sondenern%C3%A4hrung#Verfahren_v8590390_de
- Pauli, D. (2021, Oktober). *Anorexia nervosa*. <https://www.socialnet.de/lexikon/Anorexia-nervosa>
- Pauls, H. & Gahleitner, S. (2022). Klinische Sozialarbeit. In Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hrsg.), *Fachlexikon der Sozialen Arbeit* (9., überarb. Aufl., S. 514–515). Nomos. <https://doi.org/10.5771/9783748911784>

- Pauls, H. & Mühlum, A. (2024). Skizze der Entstehung und Entwicklung der Klinischen Sozialarbeit mit biopsychosozialem Profil. In Sektion Klinische Sozialarbeit (Hrsg.), *Handbuch Klinische Sozialarbeit* (1. Aufl., S. 17-77). Beltz Verlag.
- Peter, C. & Brosius, H. (2020). *Die Rolle der Medien bei Entstehung, Verlauf und Bewältigung von Essstörungen*. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00103-020-03256-y>
- Portmann, R. (2019). Zur Ethik der Sozialen Arbeit. In R. Portmann & R. Wyrsh (Hrsg.), *Plädoyers zur Sozialen Arbeit von Beat Schmocker. Eine menschengerechte Gesellschaft bedarf der Sichtweise der Sozialen Arbeit* (S. 98-102). Interact.
- Pro Mente Sana (2015). *Das Erwachsenenschutzrecht. Informationen für Fachpersonen*. Schweizerische Stiftung Pro Mente Sana.
- Pro Mente Sana (o. J.). *Fürsorgerische Unterbringung*. <https://promentesana.ch/selbstbestimmt-gelesen/klinikaufenthalt-und-selbstbestimmung/fuersorgerische-unterbringung>
- Resmark G. & Friederich H. (2020). Anorexia nervosa. In W. Senf, M. Broda, D. Voos & M. Neher (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch* (6. Aufl., S. 543-551). Thieme. 10.1055/b-006-163306
- Rosch, D. (2023a). Art. 14. In T. Nagulb, K. Pärli, H. Landolt, E. Demir & M. Fillippo (Hrsg.), *UNO-Behindertenrechtskonvention* (S. 386-412). Stämpfli Verlag AG.
- Rosch, D. (2023b). Art. 17. In T. Nagulb, K. Pärli, H. Landolt, E. Demir & M. Fillippo (Hrsg.), *UNO-Behindertenrechtskonvention* (S. 480-499). Stämpfli Verlag AG.
- Rosch, D. (2017). *Die Begleitbeistandschaft. Unter Berücksichtigung der UN-Behindertenrechtskonvention*. Hep Verlag.
- Rosch, D. (2015). Dritter Abschnitt: Die fürsorgerische Unterbringung. In D. Rosch, A. Bächler & D. Jakob (Hrsg.), *Erwachsenenschutzrecht. Einführung und Kommentar zu Art. 360 ff. ZGB und VBVV* (2. Aufl., S. 313-405). Helbing Lichtenhahn Verlag.
- Rosch, D. (2014). Medizinische Massnahmen im Rahmen einer fürsorgerischen Unterbringung: Schnitt- und Nahtstellen. *Aktuelle Juristische Praxis*, (1), 3-10.

- Rutishauser, C., Brotschi, B., Hammer, J., Laimbacher, J., Rogdo, B., Stade, C., Wüthrich, C. & die Gallo, A. (2023). Empfehlung der Arbeitsgruppe IPS-pflichtige Patient:innen mit Anorexia nervosa. *Swiss Medical Forum*, (51-52), 42-45. <https://doi.org/10.5167/uzh-251904>
- Schlittmaier, A. (2014). *Ethische Grundlagen Klinischer Sozialarbeit* (2. Aufl.). ZKS-Verlag.
- Schmid, P. (2022a). *Modul 28 –Geschichte und Theorien der Sozialen Arbeit Kurs C: Berufsethische Theorien der Sozialen Arbeit – 2. Modultag* [Unveröffentlichtes Unterrichtsskript]. Hochschule Luzern – Soziale Arbeit.
- Schmid, P. (2022b). *Modul 28 –Geschichte und Theorien der Sozialen Arbeit Kurs C: Berufsethische Theorien der Sozialen Arbeit – 3. Modultag* [Unveröffentlichtes Unterrichtsskript]. Hochschule Luzern – Soziale Arbeit.
- Schmid, P. (2011). *EPOS – Ethische Prozesse in Organisationen im Sozialbereich. Ein Leitfaden für die Praxis*. Curaviva.
- Schmocker, B. (2019a). Wie viel Zwang ist legitim? Berufsethik im Zwangskontext. In R. Portmann & R. Wyrsh (Hrsg.), *Plädoyers zur Sozialen Arbeit von Beat Schmocker. Eine menschengerechte Gesellschaft bedarf der Sichtweise der Sozialen Arbeit* (S. 115-123). Interact.
- Schmocker, B. (2019b). Zu den berufsmoralischen Dimensionen Sozialer Arbeit nach der IFSW / IASSW-Definitionen. In R. Portmann & R. Wyrsh (Hrsg.), *Plädoyers zur Sozialen Arbeit von Beat Schmocker. Eine menschengerechte Gesellschaft bedarf der Sichtweise der Sozialen Arbeit* (S. 124-130). Interact.
- Schmocker, B. (2019c). *Die internationale Definition der Sozialen Arbeit und ihre Sicht auf Profession und Disziplin der Sozialen Arbeit*. Beat Schmocker.
- Schmocker, B. (2016). Versuch über die Prinzipien der Sozialen Arbeit. In U. Merten & P. Zängli (Hrsg.), *Ethik und Moral in der Sozialen Arbeit. Wirkungsorientiert – kontextbezogen – habitusbildend* (S. 129-165). Barbara Budrich.

- Schmocker, B. (2011). *Soziale Arbeit und ihre Ethik in der Praxis: eine Einführung mit Glossar zum Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz*. Avenir Social.
- Schnyder, U., Milos, G., Mohler-Kuo, M. & Dermota, P. (2012). *Prävalenz von Essstörungen in der Schweiz. Im Auftrag des Bundesamt für Gesundheit*. https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/gesund-leben/gesundheitsfoerderung-und-praevention/koerpergewicht/essstoerungen.html#dokumente__content_bag_de_home_gesund-leben_gesundheitsfoerderung-und-praevention_koerpergewicht_essstoerungen_jcr_content_par_tabs
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften [SAMW] (2023). *Ethische Unterstützung in der Medizin* (4. Aufl.). Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften.
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften [SAMW] (2019). *Urteilsfähigkeit in der medizinischen Praxis* (1. Aufl.). Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften.
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften [SAMW] (2018). *Zwangsmassnahmen in der Medizin* (5. Aufl.). Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften.
- Schweizerische Gesellschaft für Essstörungen [SGES] (o. J.). *Essstörungen*. <https://sges-sstasda.ch/essstoerungen/>
- Simchen, H. (2021). *Essstörungen und Persönlichkeit: Magersucht, Bulimie und Übergewicht. Warum Essen und Hungern zur Sucht werden kann*. Kohlhammer.
- Steinhausen, H. (2005). *Anorexia nervosa. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie*. Hogrefe.
- Teufel, M., Skoda, E. & Zipfel, S. (2022). Klinische Aspekte der Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und vermeidend-restriktiver Essstörung im Erwachsenenalter. In S. Herpertz, M. de Zwaan & S. Zipfel (Hrsg.), *Handbuch Essstörungen und Adipositas* (3. Aufl., S. 29-34). Springer VS. 10.1007/978-3-662-63544-5

- Thiel, A. & Paul, T. (2022). Zwangsbehandlung bei Anorexia nervosa. In S. Herpertz, M. de Zwaan & S. Zipfel (Hrsg.), *Handbuch Essstörungen und Adipositas* (3. Aufl., S. 403-407). Springer VS. 10.1007/978-3-662-63544-5
- Tödt, H. (1977). Versuch zu einer Theorie ethischer Urteilsfindung. *Zeitschrift für Evangelische Ethik*, 21(1), 81-93.
- Trachsel, M., Krones, T. & Wild, V. (2016). Zwangsernährung oder Palliative Care bei chronischer Anorexia nervosa? Behandlungsstrategien aus medizinethischer Sicht. In T. Moos, C. Schües & C. Rehmann-Sutter (Hrsg.), *Randzonen des Willens: Anthropologische und ethische Probleme von Entscheidungen in Grenzsituationen* (S. 173-188). Peter Lang. 10.3726/978-3-653-05216-9
- Tretter, F. (2020). Bio-psycho-soziales Modell – Steckbrief und Perspektiven. In C. Rummel & R. Gassmann (Hrsg.), *Sucht: bio-psycho-sozial*. (S. 14-23). Kohlhammer.
- Universitätsspital Zürich [USZ] (2024). *Anorexie (Magersucht) – Behandlung*. <https://www.usz.ch/fachbereich/zentrum-fuer-essstoerungen/angebot/magersucht/>
- Vogel, U. (2021). Verabreichung von Medikamenten in Anwendung von Zwang bei Personen unter fürsorgerischer Unterbringung ausserhalb einer psychiatrischen Klinik. *Zeitschrift für Kindes- und Erwachsenenschutzrecht*, (3), 269-275.
- Von Wietersheim, J. (2022). Affektive Störungen und Angststörungen. In S. Herpertz, M. de Zwaan & S. Zipfel (Hrsg.), *Handbuch Essstörungen und Adipositas* (3. Aufl., S. 187-191). Springer VS. 10.1007/978-3-662-63544-5
- Wetterauer, C. (2024). Urteils(un)fähigkeit in der Patientenversorgung aus der Perspektive der Klinischen Ethikkonsultation: Erwachsenenschutzrechtliche Regelungen im Spannungsfeld von Autonomie und Fürsorge. In D. Rosch & L. Maranta (Hrsg.), *Schriften zum Kindes- und Erwachsenenschutz*. Stämpfli Verlag AG.
- Wiesing, U. (2013). Zwangsbehandlung bei psychischen Erkrankungen. *Deutsches Ärzteblatt*, 110 (26), 1334-1338.

Wildrich-Sanchez, A. (2024). *Soziale Arbeit & psychische Gesundheit. Modul 308: Einführung & Grundlagen* [Unveröffentlichtes Unterrichtsskript]. Hochschule Luzern – Soziale Arbeit.

Wunderer, E. (2015). *Praxishandbuch Soziale Arbeit mit Menschen mit Essstörungen*. Beltz Verlag.

Zeeck, A., Cuntz, U., Herpertz-Dahlmann, B., Ehrlich, S., Friederich, H., Resmark, G., Hagenah, U., Haas, V., Hartmann, A., Greetfeld, M., Zipfel, S. & Brockmeyer, T. (2011). Anorexia nervosa. In S. Herpertz, B. Herpertz-Dahlmann, M. Fichter, B. Tuschen-Caffier & A. Zeeck (Hrsg.). *S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung der Essstörungen*. AWMF online.

Zipfel, S., Löwe, B. & Herzog, W. (2022). Verlauf und Prognose der Anorexia nervosa. In S. Herpertz, M. de Zwaan & S. Zipfel (Hrsg.), *Handbuch Essstörungen und Adipositas* (3. Aufl., S. 82-86). Springer VS. 10.1007/978-3-662-63544-5