

## **BERATENDER BIOETHIK-AUSSCHUSS**

### **Gutachten Nr. 21 vom 10. März 2003 über „Zwangsbearbeitungen bei Zwangsaufnahmen“**

**Frage vom 11. Februar 1999**

**Dr. Hendrik Bryon, Psychiater und Dienstleitender Arzt der Abteilung  
„Zwangsaufnahmen“ im Medizinischen Zentrum St. Jozef in Bilzen**

Darf einer zwangseingewiesenen Patientin unter Zwang (= ohne Einwilligung) eine Kontrazeptionsspritze (= intramuskulär verabreichtes Hormonpräparat, das 2 bis 3 Monate Kontrazeption garantiert) gesetzt werden?

Diese Frage hat sich mehrmals gestellt, wissend

- 1) dass die Patientin „die Pille“ sehr unregelmäßig nimmt;
- 2) dass sie noch nicht bereit ist für eine Schwangerschaft und diese sie aus dem Gleichgewicht bringen würde;
- 3) dass sie Medikamente (und Alkohol) nimmt, was für den Fetus schädlich wäre;
- 4) dass sie etwas „mannstoll“ ist, (zu schnell) sexuellen Kontakt zulässt/sucht;
- 5) dass ihr das Sorgerecht für ihre früheren Kinder wegen Verwahrlosung entzogen wurde.

Welche ethisch-rechtlich verantwortbaren Alternativen gibt es, falls keine Kontrazeptionsspritze gesetzt werden darf? Oder muss der Arzt die Freiheit des Patienten weiter einschränken?

Die Frage lautet, ob das allgemeine Menschenrecht auf Fortpflanzung während Zwangsaufenthalt im Krankenhaus unter bestimmten Bedingungen (welchen?) eingeschränkt werden darf. Wenn nicht, wie groß ist die Verantwortung des Arztes im Falle einer Schwangerschaft? Muss er dann für das Kind aufkommen?“

## INHALTSVERZEICHNIS

### TEIL I: ABGRENZUNG DER THEMATIK DES GUTACHTENS

### TEIL II: ETHISCHE PROBLEMSTELLUNG

1. Rechtfertigung von Zwangsbehandlungen
  - 1.1. Die Pflicht, medizinisch zu versorgen: die Autonomie des Patienten wieder herstellen
  - 1.2. Besorgnis über die Verletzlichkeit
  - 1.3. Solidarität
  - 1.4. Drittpersonenschutz
2. **Ethische Probleme:** Vorsicht angesichts der Bedrohungen für die Autonomie und Unversehrtheit der Patienten, der Grenzen der demokratischen Gewalt und der Medizin
  - 2.1. Das Erfordernis der Vorsicht
  - 2.2. Das Erfordernis der Einwilligung
  - 2.3. Achtung der Unversehrtheit
  - 2.4. Die Grenzen der Medizin und der richterlichen Gewalt
3. **Diskussion:** Wie können wir die Achtung der Autonomie und der Unversehrtheit mit der Leistung von Beistand und Hilfe und mit Zwang verbinden?
  - 3.1. Koppelung der Grundsätze Autonomie und Beistand
    - 3.1.1. Leitgedanken
    - 3.1.2. Beistand und Achtung
    - 3.1.3. Pflicht zur Zurückhaltung
    - 3.1.4. Achtung der Lebensumstände
  - 3.2. Koppelung zwischen medizinischer Macht und richterlicher Gewalt

### TEIL III: DAS GESETZ VOM 26. JUNI 1990 ÜBER DEN SCHUTZ DER PERSON DES GEISTESKRANKEN“ (B.S., 27. Juli 1990)

1. **Der gesetzliche Rahmen**
  - 1.1. Die **kumulativen Gründe** einer Zwangseinweisung
  - 1.2. Verfahren
  - 1.3. Weiteres Vorgehen
  - 1.4. Zwangsbehandlung
  - 1.5. Rechtsmittel
  - 1.6. Zwangsbehandlung in der **Praxis:** einige epidemiologische Angaben

- 2. Besprechung: Die Bedingungen für eine Zwangseinweisung**
  - 2.1. Geistesstörung
  - 2.2. Gefahr für sich selbst und für andere
  - 2.3. Notwendigkeit einer Behandlung

#### **TEIL IV: EMPFEHLUNGEN**

#### **TEIL V: KONTRAZEPTIVE ZWANGSBEHANDLUNGEN**

## TEIL I: ABGRENZUNG DER THEMATIK DES GUTACHTENS

Ein deutlicher Unterschied ist zu machen zwischen einer Zwangsaufnahme und einer Zwangsbehandlung. Zwangsbehandlungen können in der Tat unter verschiedenen Umständen stattfinden: Dazu bedarf es nicht notwendigerweise einer Zwangsaufnahme. Im strafrechtlichen Kontext bestehen verschiedene Modalitäten, aufgrund deren Gerichtseingesessene zwangsbehandelt werden. Beispiele sind die Internierungsgesetzgebung, der gesetzliche Rahmen für die Aussetzung der Haftstrafe zur Bewährung und der gesetzliche Rahmen für die Behandlung von Drogensüchtigen und Sexualtätern (als Alternative für eine „klassische Strafe“)<sup>1</sup>. Wir stellen übrigens fest, dass die Obrigkeit mehr und mehr von der Möglichkeit Gebrauch macht, Patienten bei verschiedenen psychiatrischen Störungen einer Zwangsbehandlung zu unterziehen - ohne Zwangshospitalisierung.

Der Ausschuss hat beschlossen, sich auf Zwangsbehandlungen im zivilrechtlichen Rahmen einer Zwangshospitalisierung zu beschränken, wie sie das Gesetz vom 26. Juni 1990 über den Schutz der Person Geisteskranker vorsieht. Zwangsbehandlungen im strafrechtlichen Kontext lassen wir in diesem Gutachten außer Betracht; gegebenenfalls können wir in einem späteren Gutachten darauf zurückkommen.

Ferner ist anzumerken, dass wir uns nicht mit der Problematik von Experimenten in diesem Rahmen befassen werden.

Der Ausschuss hat beschlossen, die gestellte Frage nicht auf kontrazeptive Zwangsbehandlungen zu begrenzen, sondern sie auf alle Formen von Zwangsbehandlung auszuweiten.

Als Zwangsbehandlung gilt jeder Eingriff körperlicher, psychologischer oder gesellschaftlicher Art zu einem therapeutischen Zweck, der an einer Person vorgenommen wird, die eine psychiatrische Störung aufweist; entweder ist diese Person faktisch in der Lage, dieser Behandlung zuzustimmen, und gibt diese Zustimmung nicht, oder sie ist nicht in der Lage zuzustimmen und lehnt die Behandlung ab. Der Begriff „Zwang“ ist dimensional zu betrachten und befindet sich innerhalb eines Kontinuums, das vom passiven Einverständnis des Patienten bis zu der vom Arzt trotz der Ablehnung des Patienten auferlegten Behandlung reicht.

Die Empfehlungen in diesem Gutachten betreffen in erster Linie die ethischen Aspekte der Zwangsbehandlung. Zweitens (auch hilfsweise) wird eine Reihe Bemerkungen über die Zwangsbehandlung und das Gesetz von 1990 über den Schutz der Person Geisteskranker formuliert. Der Ausschuss ist nämlich der Meinung, dass die ethische Beurteilung von Zwangsbehandlungen nicht möglich ist ohne eine Beurteilung des rechtlichen und institutionellen Rahmens, in dem sie stattfinden.

Die fundamentalen Fragen, mit denen wir uns auseinandersetzen müssen, lauten:

---

<sup>1</sup> Siehe das Gesetz vom 1. Juli 1964 zum Schutz der Gesellschaft vor Anormalen und Gewohnheitstätern, B.S., 17. Juli 1964; das Gesetz vom 29. Juni 1964 über die Aussetzung der Urteilsverkündung, die Bewährung und die Aussetzung der Haftstrafe zur Bewährung, B.S., 25. April 1995; das Gesetz vom 13. April 1995 über sexuellen Missbrauch von Minderjährigen, B.S., 25. April 1995; das Gesetz vom 5. März 1998 über die Strafaussetzung zur Bewährung und zur Abänderung des Gesetzes vom 9. April 1930 zum Schutz der Gesellschaft vor Anormalen und Gewohnheitstätern, ersetzt durch das Gesetz vom 1. Juli 1964, B.S., 2. April 1998; das Kooperationsabkommen vom 8. Oktober 1998 zwischen dem Föderalstaat, der Flämischen und der Französischen Gemeinschaft über die Begleitung und Behandlung sexueller Straftäter; das Gesetz vom 28. November 2000 über den strafrechtlichen Schutz von Minderjährigen, B.S., 17. März 2001.

- Darf ein zwangseingewiesener Patient ipso facto zwangsbehandelt werden?
- Wann, unter welchen Umständen und in welchem Maße kann der Arzt einen zwangseingewiesenen Patienten medizinisch versorgen, der nicht mit der Einlieferung einverstanden war und vorab nicht informiert wurde?

## **TEIL II: ETHISCHE PROBLEMATIK**

Dieser Teil des Gutachtens enthält eine allgemeine Erläuterung des ethischen Standpunktes des Ausschusses zu Zwangsbehandlungen.

Die Frage, die uns beschäftigt, entsteht – aus ethischer Sicht – aus der Spannung, die herrscht zwischen (1) der medizinischen und gesellschaftlichen Pflicht, medizinisch zu versorgen, und (2) dem Risiko, dass die (2.2) Autonomie und die (2.3) Unversehrtheit des Patienten bei einer Zwangsbehandlung verletzt werden. Auch der (2.4) Unterschied und die jeweiligen Grenzen zwischen dem, was zur Medizin gehört, und der richterlichen Gewalt, spielen bei dieser Frage eine entscheidende Rolle. Zuerst nehmen wir die einzelnen Aspekte des Problems nacheinander unter die Lupe. Danach besprechen wir die (3.1) Grundprinzipien, die der Ausschuss für Zwangsbehandlungen nach Zwangsaufnahmen verabschiedet hat. Dieser allgemeine Ansatz führt uns schließlich zu den Analysen und Empfehlungen, die in den Teilen III, IV und V dieses Gutachtens formuliert werden und die die konkrete Anwendung der in diesem Teil beschriebenen Richtlinien bilden.

### **1. Rechtfertigung von Zwangsbehandlungen**

1.1. Die Pflicht, medizinisch zu versorgen: die Autonomie des Patienten wieder herstellen.

Die Wahrung, Wiederherstellung und Erweiterung der Autonomie des Patienten, der durch eine psychiatrische Störung geschwächt wurde, stellt immer – mittelbar oder unmittelbar – das Hauptziel und der Rechtfertigungsgrund für Zwangsbehandlungen bei Zwangsaufnahmen dar. Eine Zwangsbehandlung ist also nur dann gerechtfertigt, wenn der Patient wegen seiner psychiatrischen Störung nicht in der Lage ist, frei und nach Vorabinformation in die für seinen Zustand notwendige medizinische Behandlung einzuwilligen. Es geht darum, dem Patienten, der ernsthaft krank ist und leidet, alle möglichen Mittel in die Hand zu geben, die die Medizin ihm bieten kann. Hierbei sind gegebenenfalls die etwaigen Risiken eines Eingriffs des Arztes oder des Richters gut abzuwägen. Der Begriff „Medizin“ gilt hier im weitesten Sinn: d.h. „to cure“ (zu heilen, aber auch „to care“ (zu versorgen); versorgen bedeutet in der Tat nicht nur und nicht immer, eine Krankheit zu heilen. Es bedeutet auch, das Leben des Patienten zu verbessern, indem ihm geholfen wird, seine Gesundheit – vorläufig oder dauerhaft – wieder herzustellen. Betonen möchten wir hier insbesondere die manchmal spektakulären Fortschritte, die in den vergangenen fünfzig Jahren bei der Verbesserung der Fähigkeiten psychiatrischer Patienten, der Linderung ihres Leidens und der Schaffung eines Lebensumfeldes, das ihnen entgegenkommt, erzielt wurden. Aus all diesen Behandlungs- und Versorgungsmöglichkeiten ergibt sich daher die Pflicht, zum Vorteil des Patienten zu handeln.

1.2. Besorgnis über die Verletzlichkeit

Der Wille und die Pflicht zu versorgen – oder das Prinzip, Gutes zu tun oder Hilfe zu leisten – ist einer der fundamentalsten Grundsätze der ärztlichen Ethik. Dieser Grundsatz äußert sich in der Praxis, im Umgang und in den Räumen der medizinischen Einrichtungen in einer allgemeineren ethischen Grundhaltung,

nämlich in der Aufmerksamkeit und Besorgnis, die die Gesellschaft und das engere Umfeld für die jedem menschlichen Wesen eigene Verletzlichkeit oder Verwundbarkeit aufzubringen hat. Jede – körperliche und/oder geistige – Krankheit ist eine der bedeutendsten Formen dieser Verletzlichkeit.

### 1.3 Solidarität

Diese erforderliche Besorgnis über die Verletzlichkeit des Individuums stellt schließlich einen der Aspekte des sehr allgemeinen Solidaritätsprinzips oder Prinzips der Verantwortung (anderen gegenüber) dar, das sowohl bei direkten zwischenmenschlichen Beziehungen (Familie, Freunde usw.) wie bei gesellschaftlichen, d.h. institutionellen und anonymen Beziehungen, essenziell ist. In gesellschaftlich-rechtlicher Hinsicht ist das Recht auf Gesundheit und Versorgung (und damit verbunden die Pflicht zu versorgen) von Bedeutung.

### 1.4 Drittpersonenschutz

Ferner ist zu sagen, dass die persönliche und gesellschaftliche Solidarität und Besorgnis sowie die Verantwortung, medizinisch zu versorgen, nicht nur auf den Patienten gerichtet sein können, sondern auch auf Dritte, wenn der Patient durch seine Krankheit eine ernsthafte Gefahr für sie darstellt.

## **2. Ethische Probleme: Vorsicht angesichts der Bedrohungen für die Autonomie und Unversehrtheit der Patienten, der Grenzen der demokratischen Gewalt und der Medizin**

### 2.1. Das Erfordernis der Vorsicht

In Situationen, in denen an die Pflicht appelliert wird zu versorgen, und zwar in einem solchen Maß, dass man dem Patienten eine Behandlung ohne sein Einverständnis aufzwingt, ist äußerste Vorsicht geboten. Nicht nur die Geschichte, sondern auch die Situation in anderen Ländern und sogar ein paar aktuelle Bezeugungen in unserem Land zeigen eine Reihe umstrittener Vorgehensweisen, die früher in der Psychiatrie vorkamen und selbst heute noch auftauchen können: Missbrauch bei der Entscheidung, einen Patienten zwangseinzuzweisen oder ihn in der Einrichtung zu behalten; Missbrauch oder Mängel bei Behandlungen (eine zu einseitige Beziehung zwischen Patienten und Pflegepersonal, umstrittene oder unsachgemäße Behandlungen); Missbrauch oder Mängel bei den Lebensumständen, die man den Patienten aufzwingt (übertriebener Zwang oder übertriebene Isolation, entwürdigende Inaktivität usw.).

Die Pflicht, andere medizinisch zu versorgen, muss also einhergehen mit größtmöglicher Umsicht; sie muss ständig in Frage gestellt werden durch andere gleichwertige Grundsätze, zum Beispiel durch den Grundsatz der Einwilligung in die Behandlung, den Grundsatz der Achtung der Unversehrtheit des Patienten sowie den Grundsatz der Unterscheidung zwischen den Einrichtungen und zwischen der richterlichen und der medizinischen Logik.

## 2.2. Das Erfordernis der Einwilligung

Aus ethischer Sicht sind Zwangsbehandlungen in erster Linie ein Problem, weil sie ohne die freiwillige Einwilligung des Patienten nach entsprechender Vorabinformation stattfinden. Die Einwilligung ist eine der Grundbedingungen und zugleich einer der fundamentalsten Grundsätze der ärztlichen Ethik. Weiter unten im Text gehen wir auf die Kriterien ein, die der Gesundheitszustand des Patienten erfüllen muss, damit man ihn ohne seine Einwilligung behandeln kann; wir erläutern zuerst die Bedeutung dieses Erfordernisses der Einwilligung, unter anderem damit wir es in einem breiteren Kontext begreifen können.

2.2.1. Die Einwilligung beschränkt sich nicht auf die Entscheidung selbst, durch die sich der Patient mit dem Beginn der Behandlung einverstanden erklärt; diese Einwilligung ist eher als ein Faktor zu betrachten, der die Beziehung zwischen dem Patienten, dem Pflegepersonal und der medizinischen Einrichtung nachhaltig strukturiert. Diese Beziehung kann als rein medizinische Beziehung betrachtet werden, da es hier, im Prinzip, um eine bilaterale Beziehung geht, bei der normalerweise zwei Partner auftreten - natürlich jeder auf eine andere Art: Der Arzt behandelt; der Patient benötigt medizinische Versorgung, gibt sein Einverständnis und kooperiert. Auf diese Weise beteiligt sich der Patient aktiv an seiner Behandlung und begünstigt so seine Heilung. Beide Partner müssen auch offen sein für den anderen: Während der Patient in die vom Arzt vorgeschlagene Behandlung einwilligt und sich daran hält, muss der behandelnde Arzt seinerseits - sowohl bei der Diagnose als bei der Behandlung - den Erwartungen, Plänen, Reaktionen und Gefühlen des Patienten Rechnung tragen, und zwar während der gesamten Dauer der Behandlung. In diesem Kontext ist also nicht schwer zu begreifen, dass wir vor einem ethischen Problem stehen, wenn keine Einwilligung vorliegt. In einer solchen Situation verschwindet übrigens die Struktur, die die Beziehung zwischen Arzt und Patient normalerweise kennzeichnet. Die Gefahr ist dann groß, dass diese Beziehung zu einer einseitigen Beziehung verkümmert, bei der der Patient nur noch erduldet und der behandelnde Arzt allein entscheidet und handelt.

2.2.2. Das Einwilligungsprinzip ist keineswegs eine Regel, die nur in der ärztlichen Praxis angewandt wird: Dieser Grundsatz drückt dort die fundamentalsten ethischen, rechtlichen und politischen Grundsätze aus. Er verkörpert zuallererst das Autonomieprinzip in der ärztlichen Praxis. Die hier angeführten Begriffe kann man zweifellos sehr unterschiedlich auslegen, aber es besteht ein breiter Konsens über das, was unter dem Begriff „Autonomie“ zu verstehen ist. Die Autonomie einer Person entspricht ihrer Fähigkeit und ihrem Recht, über sich selbst zu verfügen, d.h. das Individuum bestimmt selbst sein Leben, sowohl in seinen alltäglichen Handlungen als in den Entscheidungen und Orientierungen, die er trifft. Diese Autonomie gehört zu den essentiellen Bestandteilen der menschlichen Würde.

2.2.3. Festzuhalten ist auch, dass das Einwilligungserfordernis insbesondere eine Konkretisierung des Gleichheitsgrundsatzes ist. Gleichheit zwischen Individuen verlangt in der Tat, dass alle Personen, die von einer Situation, einer Beziehung oder einer Praxis betroffen sind, mit größtmöglicher Chancengleichheit an dem teilnehmen, was sie betrifft. Dieses Erfordernis gilt auch dann, wenn diese

Beteiligung unterschiedlich ist und die Beziehungen asymmetrisch sind, wie bei der Beziehung zwischen dem Patienten und dem Gesundheitsversorger. Diese Gleichheit impliziert, dass der Patient nicht als bloßer Pflegeempfänger betrachtet werden darf, der die Handlungen des Pflegepersonals (einiger Akteure in einer solchen Beziehung) über sich ergehen lässt.

### 2.3 Achtung der Unversehrtheit

Eine weitere Schwierigkeit oder Gefahr, die mit Zwangsbehandlungen zusammenhängt, betrifft einen anderen Aspekt der Autonomie und Würde des Patienten, nämlich seine körperliche und – vor allem – seine psychische und existenzielle Unversehrtheit. Auch für diesen Begriff gibt es zahlreiche Auslegungen, und nicht jeder setzt dieselben Akzente. Trotzdem können wir die Unversehrtheit beschreiben als das, was dem Individuum einen konkreten innerlichen Zusammenhang und eine eigene Identität verschafft. Es ist der Zusammenhalt oder die Kohärenz – die selbstverständlich immer in Bewegung und nie vollständig ist – einer physischen, psychischen, existenziellen Persönlichkeit. Das Erfordernis, die Unversehrtheit des Individuums zu wahren, spielt eine zentrale Rolle in der ärztlichen Ethik. Dieses Erfordernis gewinnt außerdem an Bedeutung, weil die Medizin immer mehr Möglichkeiten bietet, in die diversen Aspekte einzugreifen, die Bestandteil des Wesens und der Persönlichkeit des Individuums sind.

Aber im Vergleich zu den rein somatischen Behandlungen unterscheiden sich psychiatrische Behandlungen vor allem durch die Tatsache, dass sie nicht (oder nicht nur) auf einen physischen Zustand oder auf eine physiologische Funktion einwirken, sondern direkt oder indirekt auf eine Art Haltung oder Verhalten, auf das Verhältnis zu sich selbst, zu anderen und zur Welt, kurzum, auf die Art des Seins, die jedem Patienten eigen ist. Ferner verändert die Aufnahme in eine psychiatrische Klinik – sicher, wenn diese verlängert wird, was bei einer Reihe „chronischer“ Patienten der Fall ist – in bedeutendem Maße den Lebenslauf eines Individuums. Und dieser Lebenslauf macht seine Identität aus. Aus diesem Grund steht in den Fällen, die uns beschäftigen, die Unversehrtheit des Patienten auf dem Spiel, und zwar auf ganz besondere Weise: Der Patient ist nämlich zu dem Zeitpunkt, wo die Behandlung gestartet werden muss, nicht in der Lage, darin einzuwilligen.

### 2.4 Die Grenzen der Medizin und der richterlichen Gewalt

Nicht nur die Tatsache, dass der Patient nicht in der Lage ist einzuwilligen, macht Zwangsbehandlungen im Rahmen des Gesetzes so besonders. Diese Besonderheit liegt hauptsächlich auch in der Tatsache, dass die medizinische Behandlung im Rahmen einer richterlichen Entscheidung und Auflage durchgeführt wird. Jede medizinische Behandlung passt natürlich in einen bestimmten kulturellen und gesellschaftlichen Rahmen, aber in den Fällen, die uns beschäftigen, bekommt dieser Rahmen die Form eines gerichtlichen Verfahrens und Zwanges (d.h. zwangsweise vollstreckbar). Diese Aufsichtung von Medizin und richterlicher Gewalt beinhaltet eine Reihe Risiken für alle vorhandenen Einrichtungen und Kreise.

2.4.1. Die Demokratie fußt unter anderem auf einer ziemlich deutlichen Trennung zwischen privater und öffentlicher Sphäre, mit einer Einschränkung der Befugnisse

der politischen Macht und einer Autonomisierung der Privatsphäre. Normalerweise gehört die Erteilung medizinischer Hilfe an Individuen ausschließlich zu dieser Privatsphäre. Wenn medizinische Versorgung per richterliche Gewalt verfügt wird, ist die Gefahr groß, dass die Grenzen zwischen öffentlicher Macht und Privatsphäre – die eine Demokratie kennzeichnen – verwischt werden. Insbesondere verschiebt sich dann der Status des Patienten: Er gilt nicht mehr als Bürger, der auf gleichem Fuß mit seinen Mitmenschen steht – in der Annahme, dass er selbst in der Lage ist, sein Leben selbstständig zu führen, und dieses Recht selbst ausüben kann -, sondern als Patient, der von der Gesellschaft unter Aufsicht (d.h. unter ihre Kontrolle und ihre medizinische Versorgung) gestellt wird.

2.4.2. Zugleich besteht auch die Gefahr, dass die ärztliche Beziehung, Praxis und Einrichtung von der Gesellschaft zugunsten einer Reihe von Zielen im Zusammenhang mit der öffentlichen Ordnung oder Sicherheit instrumentalisiert werden. Dadurch weichen sie von ihrer wesentlichen Funktion ab, die darin besteht, Patienten zu versorgen, wobei das Wohlergehen dieses Patienten im Mittelpunkt steht.

2.4.3. Diese mögliche Instrumentalisierung der Medizin durch das Gericht kann auch Teil politischer Strategien sein (siehe die in bestimmten Ländern angewandten Strategien, bei denen politische Gegner zu Geisteskranken erklärt wurden); diese Instrumentalisierung kann auch zu anderen Denkmustern oder zur Ergänzung anderer Einrichtungen, zum Beispiel gerichtlicher Einrichtungen (man medikalisiert, während man eigentlich ahnden müsste: cfr. den Fall eines Drogensüchtigen, der einen Diebstahl begangen hatte) oder sozialer Einrichtungen (man beantragt die Zwangseinweisung eines gewaltsamen Ehegatten, gegen den man nicht die Scheidung einzureichen wagt) eingesetzt werden; man riskiert, Randfiguren mit dem Alibi wegzusperrern, dass sie kein Bad oder keine Heizung haben). Der Ausschuss macht hier auf die Tatsache aufmerksam, dass die zunehmende Zuflucht zur Medizin, insbesondere zur Psychiatrie, einer Desozialisierungslogik folgt: Die Medizin behandelt nämlich individuell Personen und Situationen, obschon diese Schwierigkeiten durch kollektive und nichtmedizinische Hilfe und Maßnahmen hätten aufgefangen werden können. Schließlich könnte man auch geneigt sein, immer die Allmacht in Anspruch zu nehmen, die man der Medizin zuschreibt und von ihr erwartet. Als ob die Rolle der Medizin darin bestünde, eine Lösung für die Gefahren, Misserfolge, Spannungen und Einschränkungen anzubieten, die spezifisch für die Gesellschaft und den Menschen sind. Angesichts dieser Tendenz ist es vielleicht gut, daran zu erinnern, dass man nicht behaupten darf, die Medizin könne alles behandeln. Man muss also akzeptieren, dass man im Leben und in der Gesellschaft mit Situationen oder Personen „mit Problemen“ oder „die ein Problem darstellen“ konfrontiert werden kann.

### **3. Ethische Diskussion: Wie können wir die Achtung der Autonomie und der Unversehrtheit mit der Leistung von Beistand und Hilfe und mit Zwang verbinden?**

Das ethische Problem besteht darin, die einzelnen, oben erläuterten Grundsätze miteinander zu verbinden; obschon sie nicht getrennt voneinander angewandt

werden können, bestehen doch Spannungen zwischen diesen Grundsätzen. Der Ausschuss hat in diesem Zusammenhang folgende Ziele angestrebt:

- a) möglichst rigoros die Kriterien zu bestimmen, mit denen die Situationen erkannt werden können, in denen die Behandlungspflicht Vorrang vor dem Einwilligungserfordernis hat;
- b) nach den Mitteln zu suchen und diese deutlich zu beschreiben, die in solchen Fällen ein optimales Gleichgewicht zwischen verschiedenen relevanten ethischen Grundsätzen herstellen: zwischen Besorgnis und Respekt, zwischen Beistand und Autonomie, zwischen Eingreifen und Integrität;
- c) nach der besten Koppelung zwischen medizinischer und gerichtlicher Einrichtung zu suchen, und zwar so, dass jede in der Logik der Demokratie weiterhin ihre eigene Rolle spielen kann.

### 3.1. Koppelung der Grundsätze Autonomie und Beistand

#### 3.1.1. Leitgedanken

Die Suche nach der bestmöglichen Koppelung dieser beiden Grundsätze wird von einigen Leitgedanken getragen:

- a) Zuallererst ist da die Grundregel der medizinischen Praxis, die die Einwilligung impliziert und in erster Linie die Unversehrtheit des Patienten so viel wie möglich achten und ihm seine Autonomie zurückgeben will. Diese Grundregel bleibt als Referenz bestehen, und von hieraus muss die ganze Behandlung gesteuert werden, auch in den Fällen, wo der Patient zu Beginn und/oder in bestimmten Punkten de facto nicht in der Lage ist, freiwillig und nach Vorabinformation einzuwilligen.
- b) Die Tatsache der Zwangsbehandlung verleiht den Versorgern nicht mehr Freiheit, sondern gibt ihnen mehr Verantwortung. Die Versorger werden sich mehr um die Unversehrtheit des Patienten kümmern müssen (da dieser weniger in der Lage ist, selbst darüber zu wachen). Folglich beinhaltet die Zwangsbehandlung strengere therapeutische Einschränkungen als in normalen Fällen; gleichzeitig erfordert sie jedoch mehr Vorsicht und Achtung.

#### 3.1.2. Beistand und Achtung

Die Achtung der Autonomie (und folglich der Würde) des Patienten beschränkt sich nicht auf das Einholen einer Einwilligung zu Beginn der Behandlung und verschwindet keinesfalls, wenn diese Einwilligung fehlt. Selbst wenn der Patient unter Zwang behandelt wird, muss man seine Fähigkeiten achten; (a) Beim Patienten besteht (fast) immer eine potentielle, partielle, progressive Einwilligungsbereitschaft, die bei jedem Behandlungsschritt ausfindig zu machen und rigoros zu beachten ist; (b) dabei kommt es bei der Behandlung darauf an, gerade diese potentielle, partielle, progressive Autonomie so weit wie möglich wiederherzustellen und zu erhalten. Dies bedeutet konkret, dass es zwischen vollständiger Kooperation und reinem Zwang eine ganze Palette von Beziehungsmustern und institutionellen Optionen gibt. Die Tatsache, dass es anfangs keine Einwilligung gab, was Anlass zur richterlichen Entscheidung war, bestimmt nicht endgültig die weitere Richtung und den späteren Verlauf dieser Beziehungen: Das Pflegepersonal soll ja während der gesamten Behandlung versuchen, sich möglichst viel mit dem Patienten auszutauschen und mit ihm auf derselben Wellenlänge zu sein. Wir können also von dem Grundprinzip ausgehen, dass man den Patienten – auch bei einer Zwangseinlieferung – nach Möglichkeit so

behandeln muss, als ob er in der Lage wäre, seine Einwilligung zu geben: Dies bedeutet, dass man sich ständig anstrengen muss, den Patienten zu informieren und zu überzeugen. Dieses Prinzip beinhaltet auch, dass man die nötige Geduld und Aufmerksamkeit aufbringen muss, um die Entwicklung des Patienten zu verfolgen und immer seine Meinung wirklich zu berücksichtigen. Konkrete Empfehlungen zu diesem Thema geben wir in Teil IV dieses Gutachtens.

### 3.1.3. Pflicht zur Zurückhaltung

Durch die Zwangssituation wird die Verantwortung den Gesundheitsversorgern aufgebürdet, während sie normalerweise auf die Gesundheitsversorger und den Patienten verteilt ist: Wegen dieser zusätzlichen Verantwortung ist außerdem besondere Vorsicht geboten. Dies bedeutet, dass man bei Behandlungen wachsam bleiben muss; äußerste Aufmerksamkeit für die Unversehrtheit des Patienten und für deren Achtung sind ebenfalls erforderlich:

- a) In einer Zwangssituation sind psychiatrische Behandlungen nur bei der Krankheit gerechtfertigt, die zur Zwangseinweisung geführt hat.
- b) Für die Behandlung anderer Pathologien ist die Einwilligung des vorab informierten Patienten erforderlich, es sei denn, die Krankheit bedroht die körperliche Unversehrtheit des Patienten (zum Beispiel eine akute Infektion, schwerer Bluthochdruck, ein Herzinfarkt) und die Ablehnung der Behandlung hängt mit seiner Geisteskrankheit zusammen. Die Behandlung vorher bestehender Krankheiten, die der Patient zu einem früheren Zeitpunkt (vor Auftreten seiner Geisteskrankheit) abgelehnt hat, kann nicht ohne seine Einwilligung in Angriff genommen werden.
- c) Die Behandlungen sind auf die begrenzte Dauer der vom Richter beschlossenen Zwangseinweisung zu beschränken.
- d) Man muss sich auf die Therapien beschränken, die von der übergroßen Mehrheit der Ärzte als wirksam betrachtet werden.

### 3.1.4. Achtung der Lebensumstände

Die Lebensumstände, die einem zwangseingewiesenen Patienten auferlegt werden, sind Teil der Versorgung im weitesten Sinn. Auch in dieser Hinsicht muss man die Einwilligung des Patienten anstreben und die nötige Vorsicht und Wachsamkeit an den Tag legen. Kurzum: Die Grundsätze, die bei rein therapeutischen Maßnahmen angewandt werden, gelten auch hier. Insbesondere die konkreten Zwangsmaßnahmen (Verbote oder Verpflichtungen), die sich auf Patientenaktivitäten, Zeitpläne, Beziehungen, Kommunikationsmittel usw. beziehen, müssen so weit wie möglich begrenzt und deutlich begründet werden: Die nahezu uneingeschränkte Macht des Pflegepersonals und die infantilisierenden, manchmal sogar erniedrigenden Maßnahmen sind in dem Kontext einer Zwangseinweisung eine ernsthafte Gefahr für die psychiatrische Medizin. Auch hier darf man die Zwangseinweisung als Situation nicht als eine Ausweitung der Freiheit des Pflegepersonals betrachten. Die Zwangsaufnahme bringt allerdings für sie eine größere Verantwortung mit sich: Es kommt ja immer darauf an, die Würde, die Autonomie, die Eigenverantwortung und die Unversehrtheit des Patienten zu achten und zu fördern.

Das ist natürlich eine schwierige Aufgabe. Nehmen wir als Beispiel den Zeitplan, den der Patient einhalten muss: Ist das ein Mittel, um dem Patienten zu helfen, sein Verhalten und seine Haltung neu aufzubauen, oder will man dafür sorgen, dass er

die Hausordnung der Pflegeeinrichtung einhält? Wenn man dem Patienten erlaubt, nichts zu tun, statt ihn an Aktivitäten zu beteiligen, achtet man dann auf seine Autonomie, oder zeugt dies eher von einer Missachtung seiner Würde, da man ihn passiv sein lässt? Aus ethischer Sicht sind diese Fragen also ständig zu stellen; folglich müssen die zwangseingewiesenen, zwangsbehandelten Patienten auferlegten Vorschriften regelmäßig kritisch hinterfragt werden, natürlich in Absprachen mit allen betroffenen Personen.

### 3.2. Koppelung zwischen medizinischer Macht und richterlicher Gewalt

Der Zusammenhang zwischen medizinischer Beziehung und richterlichem Zwang verlangt Vorrichtungen, die eine Vermischung beider Bereiche (Medizin und richterliche Gewalt) verhindern und dafür sorgen, dass der Unterschied zwischen ihrer jeweiligen Rolle (pflegen, behandeln/zwingen, verpflichten) stets deutlich sichtbar ist. Es gilt, über die Schwierigkeiten nachzudenken, die von der Tatsache herrühren, dass das Pflegepersonal im Allgemeinen und insbesondere der dienstleitende Arzt der Einrichtung, die den Patienten aufgenommen hat, eine Doppelrolle spielen: die eines Therapeuten und die eines „Bewachers“, der eine richterliche Entscheidung vollstreckt, die ihnen ziemlich viel Macht über den Patienten und seine Lebensumstände gibt. Wegen dieser Doppelrolle (und des Gewichts der ärztlichen Empfehlung bei der Entscheidung, den Zwangsaufenthalt zu verlängern) droht dieser Unterschied zwischen der medizinischen Praxis und der gerichtlichen Einrichtung zu verblassen. Daher scheint es notwendig, Maßnahmen auszuarbeiten und umzusetzen, die die therapeutische Zwangsbeziehung strukturieren und mehr daraus machen als eine rein asymmetrische Konfrontation zwischen dem Arzt und dem Patienten.

Diese Maßnahmen könnten darin bestehen, eine dritte Person in die Beziehung zwischen Arzt und Patient einzubauen. Dadurch gibt man dem Patienten (und auch seinem Anwalt) mehr Möglichkeiten, sich systematisch von einer Vertrauensperson vertreten zu lassen, sowohl beim Arzt als beim Richter.

Mit diesem Schritt könnten ferner die Regeln erläutert werden, die die Pflegeeinrichtung dem Patienten auferlegt, damit jede Willkür in diesem Bereich vermieden wird.

## Teil III DAS GESETZ VOM 26. JUNI 1990 ÜBER DEN SCHUTZ DER PERSON DES GEISTESKRANKEN“ (B.S., 27. Juli 1990)

### 1. Der gesetzliche Rahmen

#### 1.1. Die kumulativen Gründe einer Zwangseinweisung

Artikel 2 beschreibt die Gründe, die eine Zwangseinweisung rechtfertigen:

- Der Patient muss an einer Geisteskrankheit leiden (in Artikel 1 wird der Begriff „psychische Störungen“ verwendet)<sup>2</sup>. Dieser Begriff wird nicht näher umschrieben. Die mangelnde Anpassung an moralische, soziale, religiöse, politische oder andere Werte darf an sich nicht als Geisteskrankheit angesehen werden.
- Keine andere angemessene Behandlung ist möglich.
- Die Zwangseinweisung eines Geisteskranken kann aus zwei Gründen verlangt werden: entweder weil die betreffende Person „ihre Gesundheit und ihre Sicherheit ernsthaft gefährdet“ oder weil sie „eine ernsthafte Gefahr für das Leben oder die Unversehrtheit anderer darstellt“.

#### 1.2. Das Verfahren (normales Verfahren und Dringlichkeitsverfahren)

Das normale Verfahren (Artikel 4 – 8) – Jeder Beteiligte kann beim Friedensrichter einen Antrag auf Aufnahme einer anderen Person zur Beobachtung einreichen. Dem Antrag ist ein ausführlicher medizinischer Bericht beizufügen, der im Anschluss an eine Untersuchung, die höchstens fünfzehn Tage zurückliegt, den Gesundheitszustand der Person beschreibt, deren Unterbringung zur Beobachtung beantragt wird. Der Antrag muss auch die Symptome der Krankheit beschreiben und feststellen, dass die in Artikel 2 genannten Bedingungen erfüllt sind. Der Arzt, der den medizinischen Bericht erstellt, darf nicht mit dem Kranken oder dem Antragsteller verwandt oder verschwägert sein. Der Arzt darf ferner nicht in dem psychiatrischen Dienst angestellt sein, in dem sich der Kranke befindet. Nach Empfang der Antragschrift beantragt der Friedensrichter beim Präsidenten der Rechtsanwaltskammer oder beim Büro für Beratung und Verteidigung die unverzügliche Bestellung von Amts wegen eines Rechtsanwalts. Binnen vierundzwanzig Stunden nach Einreichung der Antragschrift bestimmt der Friedensrichter den Tag und die Uhrzeit seines Besuches bei der Person, deren Unterbringung zur Beobachtung beantragt wird, sowie den Tag und die Uhrzeit der Sitzung.

Binnen derselben Frist notifiziert der Greffier dem Kranken und gegebenenfalls dessen gesetzlichem Vertreter den Antrag per Gerichtsbrief. In diesem Brief werden Name und Adresse des bestellten Rechtsanwalts vermerkt. Darüber hinaus wird angegeben, dass der Kranke das Recht hat, einen anderen Rechtsanwalt, einen Arzt-Psychiater und eine Vertrauensperson zu wählen.

---

<sup>2</sup> Der Begriff Geistesstörung umfasst Geisteskrankheiten, geistige Behinderungen und Persönlichkeitsstörungen. Der Ausschuss bezieht sich auf den Begriff Geistesstörung im Sinne der *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth revision (ICD10)* der Weltgesundheitsorganisation (1992) oder auf das *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth edition (DSM IV)* der *American Psychiatric Association* (1994).

Während der Sitzung hört der Friedensrichter den Kranken und alle anderen Personen an, deren Anhörung er für zweckdienlich erachtet. Diese Anhörungen erfolgen in Anwesenheit des Rechtsanwalts des Kranken. Darüber hinaus sammelt er alle nützlichen Informationen medizinischer oder sozialer Art.

Der Friedensrichter befindet durch ausführliches und mit Gründen versehenes Urteil in öffentlicher Sitzung binnen zehn Tagen nach Einreichung der Antragsschrift.

Gibt der Friedensrichter dem Antrag statt, bestimmt er den psychiatrischen Dienst, in dem der Kranke zur Beobachtung untergebracht wird.

Das Dringlichkeitsverfahren (Art. 9) – Dieses Verfahren läuft zuerst über den Prokurator des Königs des Ortes, an dem sich der Kranke befindet. In dringenden Fällen kann der Prokurator beschließen, dass der Kranke zur Beobachtung in den von ihm bestimmten psychiatrischen Dienst eingewiesen wird.

Der Prokurator tritt entweder von Amts wegen, nach schriftlicher Stellungnahme eines von ihm bestimmten Arztes oder auf schriftlichen Antrag eines Beteiligten auf (diesem Antrag ist ein ausführlicher ärztlicher Bericht beizufügen). Die Dringlichkeit muss aus der Stellungnahme oder dem Bericht hervorgehen.

Binnen vierundzwanzig Stunden nach seiner Entscheidung setzt der Prokurator den zuständigen Friedensrichter davon in Kenntnis und reicht den Antrag bei ihm ein. Innerhalb derselben Frist setzt der Prokurator folgende Personen von seiner Entscheidung in Kenntnis: den Kranken, (gegebenenfalls) seinen gesetzlichen Vertreter, die Person, bei der sich der Kranke aufhält, und (gegebenenfalls) den Beteiligten, der den Antrag beim Prokurator eingereicht hat.

Danach muss der Friedensrichter genauso vorgehen wie bei einem „normalen Verfahren“ (einen Rechtsanwalt bestellen, Tag und Uhrzeit des Besuchs beim Kranken und der Sitzung angeben, usw.).

Wenn der Prokurator den Antrag nicht binnen vierundzwanzig Stunden eingereicht hat oder wenn der Friedensrichter binnen zehn Tagen nach Einreichung des Antrags keine Entscheidung getroffen hat, endet die vom Prokurator des Königs getroffene Maßnahme.

### **1.3 Weiteres Vorgehen nach Zwangseinweisung des Patienten**

Die Artikel 10 bis 21 bestimmen die Modalitäten der Einweisung, des eventuellen weiteren Verbleibs in der Einrichtung und der Beendigung der Einweisung.

Die (ursprüngliche) Einweisung (Artikel 10-12)

Die Einweisung zur Beobachtung darf nicht länger als vierzig Tage dauern.

Die zwangseingewiesenen Patienten können „aufgrund einer Entscheidung eines Arztes aus dem Dienst unter dessen Anweisung und Verantwortung“ für begrenzte Zeit allein oder in Begleitung Ausgang haben. Teilzeitaufenthalte (tagsüber oder nachts) in der Einrichtung sind ebenfalls möglich.

Die Einweisung zur Beobachtung kann vor der vierzigtägigen Frist enden, insofern dies beschlossen wird:

- (selten) vom Friedensrichter, der die Entscheidung über die Einweisung zur Beobachtung getroffen hat (das Urteil wird auf Ersuchen des Kranken oder eines

- beliebigen Beteiligten gefällt). Die Stellungnahme des dienstleitenden Arztes wird immer eingeholt;
- (selten) vom dienstleitenden Arzt, der die Entscheidung über die Einweisung zur Beobachtung getroffen hat, solange der Friedensrichter nichts entschieden hat;
  - (meistens) vom dienstleitenden Arzt, der in einem mit Gründen versehenen Bericht feststellt, dass der Zustand des Kranken eine Zwangseinweisung nicht länger rechtfertigt. Er muss den Kranken und den Leiter der Einrichtung darüber informieren. Letzterer benachrichtigt seinerseits folgende Personen: den Staatsanwalt, der die Entscheidung getroffen hat, den Prokurator des Königs und die Person, die die Einweisung zur Beobachtung beantragt hat.

#### Der (eventuelle) weitere Verbleib in der Einrichtung (Artikel 13-18)

Wenn der weitere Verbleib in der Einrichtung nach Ablauf der vierzigtägigen Beobachtungszeit notwendig erscheint, muss der Leiter der Einrichtung dem Friedensrichter einen ausführlichen Bericht des dienstleitenden Arztes übermitteln. Dieser Bericht muss die Notwendigkeit eines weiteren Verbleibs bestätigen; er muss mindestens vierzehn Tage vor Ablauf dieser vierzig Tage beim Friedensrichter eintreffen.

Der Friedensrichter legt die Dauer des weiteren Verbleibs, der zwei Jahre nicht überschreiten darf, fest. Der Kranke kann einen Arzt seiner Wahl bitten, eine schriftliche Stellungnahme entsprechend Art. 13 abzugeben: "Wenn der Kranke die schriftliche Stellungnahme eines Arztes seiner Wahl vorgelegt hat und diese Stellungnahme von der des dienstleitenden Arztes abweicht, hört der Richter die Ärzte in Anwesenheit des Rechtsanwaltes des Kranken an".

Nach Ablauf des weiteren Verbleibs entlässt der Leiter der Einrichtung den Kranken, außer wenn geurteilt wurde, dass dieser für einen weiteren Zeitraum (von maximal zwei Jahren) in der Einrichtung bleiben muss. Wie bei der ersten Einweisung kann der Kranke während des gesamten Aufenthalts aufgrund einer Entscheidung des Arztes aus dem Dienst und unter dessen Anweisung und Verantwortung die Erlaubnis erhalten, sich eine begrenzte Zeitlang allein oder in Begleitung außerhalb der Einrichtung aufzuhalten.

Der dienstleitende Arzt kann jederzeit in einem mit Gründen versehenen Bericht und mit Zustimmung des Kranken eine Nachbetreuung außerhalb der Einrichtung beschließen. Diese Nachbetreuung darf höchstens ein Jahr dauern. Die Auflagen in puncto Aufenthaltsort, ärztliche Behandlung oder Sozialhilfe müssen in einem solchen Fall ebenfalls festgelegt werden. Der dienstleitende Arzt kann jederzeit beschließen, die Nachbetreuung zu beenden (wenn er der Meinung ist, dass der Zustand des Kranken dies erlaubt), oder beschließen, dass der Kranke erneut in die Einrichtung eingewiesen werden muss (wenn er der Meinung ist, dass der Zustand des Kranken dies verlangt oder weil die Auflagen für die Nachbetreuung nicht eingehalten wurden).

Während des weiteren Verbleibs kann der Kranke in einen anderen psychiatrischen Dienst verlegt werden. Der dienstleitende Arzt muss die Entscheidung in Absprache mit dem dienstleitenden Arzt des anderen Dienstes treffen – entweder aus eigener

Initiative, auf Antrag eines Beteiligten oder auf Antrag eines befugten Arzt-Inspektors.

Der Einweisungsbeschluss muss dem Kranken mitgeteilt werden. Der Kranke kann Einspruch gegen diesen Beschluss erheben (sein gesetzlicher Vertreter, sein Rechtsanwalt oder sein Arzt können ebenfalls Einspruch dagegen erheben).

Ende des weiteren Aufenthalts (Artikel 19-21)

Der dienstleitende Arzt kann aus eigener Initiative oder auf Antrag eines beliebigen Beteiligten entscheiden, dass der weitere Verbleib des Kranken nicht länger notwendig ist. Diese Entscheidung muss in einem Bericht begründet werden.

Der weitere Verbleib wird auch aufgehoben, wenn innerhalb der einjährigen Nachbetreuung keine Neueinweisung beschlossen wurde.

Die Person, die die Einweisung zur Beobachtung beantragt hat, kann innerhalb von fünf Tagen nach Erhalt des Einschreibebriefes, in dem mitgeteilt wird, dass der dienstleitende Arzt den weiteren Verbleib nicht länger für notwendig hält, per Antrag an den zuständigen Friedensrichter Einspruch gegen diese Entscheidung erheben.

#### **1.4. Was sagt das Gesetz zu Zwangsbehandlungen?**

Einer der Gründe für eine Zwangseinweisung lautet, dass keine „andere angemessene Behandlung“ möglich ist (siehe oben: Art. 2), was darauf hinweist, dass der Gesetzgeber die Zwangseinweisung als Instrument zur Behandlung des Kranken betrachtet.

Andererseits verweist das Gesetz andauernd auf die Einweisung zu Beobachtungszwecken (siehe Titel von Abschnitt 1, Art. 4, Art. 5, Art. 7, Art. 8, Art. 9, ART. 12 und Art. 13). In Artikel 11 und 12 ist von „der Einweisung zur Beobachtung“ die Rede.

Artikel 11 besagt im Wesentlichen: „Die Unterbringung zur Beobachtung darf vierzig Tage nicht übersteigen. Während dieses Zeitraums wird der Kranke überwacht, gründlich untersucht und unter Berücksichtigung der begrenzten Dauer der Maßnahme behandelt“. Artikel 15 betreffend den weiteren Verbleib in der Einrichtung sagt deutlich, dass „der Kranke überwacht und behandelt wird“. Artikel 18, in dem es um die Verlegung in einen anderen Dienst geht, bestimmt, dass der Kranke während des weiteren Verbleibs „im Hinblick auf eine angemessenere Behandlung“ in einen anderen psychiatrischen Dienst verlegt werden kann.

#### **1.5 Rechtsmittel**

Sowohl der Kranke (auch wenn er minderjährig ist) als sein gesetzlicher Vertreter oder sein Rechtsanwalt, so wie alle beteiligten Parteien, können gegen die Urteile

des Friedensrichters Einspruch erheben. Die Berufungsfrist beträgt vierzehn Tage ab der Urteilsverkündung.

In der Berufungsinstanz werden der Prokurator des Königs und der Kranke (unter Mithilfe eines Rechtsanwalts oder gegebenenfalls des Arztes-Psychiaters seiner Wahl) angehört.

### 1.6 Zwangseinweisung in der Praxis: einige epidemiologische Angaben

Jedes Jahr werden in Belgien etwa 4000 Psychatriepatienten zwangseingewiesen, was 5,34% der Gesamtanzahl psychiatrischer Einweisungen entspricht. 1998, dem letzten Jahr, für das vollständige Zahlen vorliegen, fanden 3.945 Zwangseinweisungen und 73.855 freiwillige psychiatrische Unterbringungen statt. Davon waren 63% Männer und 37% Frauen. Bei den freiwilligen Unterbringungen ist das Verhältnis zwischen Männern und Frauen gleich (50%-50%). In 80% der Fälle wurde das Dringlichkeitsverfahren angewandt, das einfache Verfahren nur in 20% der Fälle. Bei den soziologischen Variablen „Bildungsniveau“ und „Unterrichtstyp“ bestand kein Unterschied zwischen freiwilligen psychiatrischen Unterbringungen und Zwangseinweisungen. Unter den zwangseingewiesenen Patienten befinden sich mehr Personen, die keine Arbeit haben (ein Unterschied von 10%) und keinen Beruf ausüben (ein Unterschied von 6,5%).

Die häufigsten Diagnosen bei zwangseingewiesenen Personen sind: psychotische Störungen (40,5%), Suchtprobleme (22%), Stimmungsstörungen (13%) Persönlichkeitsstörungen (4,6%) und akute Anpassungsstörungen (3,8%). Eine überwältigende Mehrheit der Psychosen liegt in der Logik der Maßnahme. Was die Suchtprobleme betrifft, ist die Sache komplizierter. Einige betrachten Drogenabhängigkeit nicht als „Geistesstörung“. Sie sind der Meinung, dass von einer „Geistesstörung“ nur dann die Rede sein kann, wenn die Ursachen oder Folgen von Drogensucht eine psychiatrische Störung darstellen.

Die größte Gruppe zwangseingewiesener Patienten ist zwischen 19 und 34 Jahre alt (44%). Aber auch in der Alterskategorie zwischen 35 und 54 Jahren gibt es viele zwangseingewiesene Patienten (36%). Auffallend ist die geringe Anzahl Personen über 75, die zwangseingewiesen werden (2%), neben der steigenden Anzahl Minderjähriger zwischen 15 und 18 Jahren.

Wir können den Behandlungsunterschied zwischen den psychiatrischen Zwangseinweisungen und den freiwilligen Unterbringungen wie folgt schematisieren (mindestens ein Unterschied bei den Standardabweichungen): mehr Fälle von Ausgangsverbot, strengere Überwachung im Isolationsraum, erhöhte Überwachung des Risikos von Selbstmorden und lebensbedrohenden Unfällen, mehr medizinisch-juristische Beratung, mehr soziale Betreuung, häufigere Verabreichung antipsychotischer Medikamente, weniger Antidepressiva und weniger Gruppenpsychotherapie.

In etwa der Hälfte der psychiatrischen Zwangseinweisungen wird eine Verlängerung der Maßnahme beantragt, und in mehr als 90% der Fälle gibt der Friedensrichter dem Antrag statt. Etwas weniger als die Hälfte der zwangseingewiesenen Patienten werden mit einer Wiedereinweisung während der Nachbetreuung konfrontiert.

Seit 1993 stellen wir einen Anstieg der Anzahl Patienten fest, die Einspruch gegen das Urteil über ihre Einweisung zur Beobachtung erheben (0,4% 1993, 3% 1998).

## **2. Besprechung: Die Bedingungen für eine Zwangseinweisung**

Im Hinblick auf die Beurteilung aus ethischer Sicht untersucht der Ausschuss im Folgenden erst die gesetzlichen Bedingungen für eine Zwangseinweisung: (1) das Vorhandensein einer Geistesstörung, (2) eine Gefahr für den Patienten oder für andere und (3) die Unmöglichkeit, ohne Zwangseinweisung zu behandeln. Grundlage für diese Untersuchung sind die Grundsätze, die zu Beginn dieses Gutachtens erläutert worden sind (siehe Teil II, 1): Die Legitimität einer Zwangsbehandlung beruht auf der gesellschaftlichen und ärztlichen Pflicht, dem Patienten möglichst viel von seiner Autonomie zurückzugeben – einer Autonomie, die durch seine Krankheit angegriffen wird.

Als Erstes möchten wir daran erinnern, dass sowohl die Auslegung als die Anwendung des Gesetzes von 1990 im Lichte der Idee zu betrachten ist, die als Grundlage für die Ausarbeitung dieses Gesetzes gedient hat, nämlich des Wunsches, Missbräuche zu vermeiden, die es bei der früheren Praxis der „Kollokation“ gegeben hat.

### **2.1. Geistesstörung**

Die Feststellung, dass eine Geistesstörung vorliegt, ist essentiell, weil dies beinhaltet, dass der Patient nicht in der Lage ist, seine Einwilligung nach Vorabinformation zu geben; aber diese Beurteilung ist natürlich oft problematisch. Trotzdem ist es wichtig, dass wir diese Bedingung stellen, um eine Zwangseinweisung zu rechtfertigen. So vermeiden wir, dass die Psychiatrie in die Rolle eines reinen gesellschaftlichen Normenwächters gedrängt wird. In diesem Sinne betrachten die Psychiatrie, die Gesetzgebung und die Rechtsprechung rein exzentrische oder sozial wenig integrierte Verhaltensmuster nicht als Geisteskrankheit (cfr. Art. 2 Absatz 2 des Gesetzes von 1990).

Der Ausschuss unterstreicht die Tatsache, dass diese psychiatrische Feststellung nur dann eine Zwangsmaßnahme rechtfertigen kann, wenn sie das Ergebnis einer möglichst tiefgreifenden Erforschung ist und sehr gewissenhaft belegt wird. Selbst wenn der Betroffene effektiv eine ernsthafte Gefahr für sich selbst und für andere darstellt, genügt dies nicht, um eine Zwangseinweisung zu rechtfertigen. Der Beweis muss erbracht werden, dass der Betroffene geisteskrank ist:

(a) Wenn eine Gefahr für den Betroffenen selbst besteht, muss die Beistandspflicht – insofern keine Geistesstörung festgestellt wurde – auf die Notwendigkeit ausgerichtet werden, die eigene Freiheit und Unversehrtheit zu achten. Es ist gefährlich, sich in die Rolle eines anderen zu versetzen, wenn es darum geht, sein Los in die eigene Hand zu nehmen: Hier haben wir es mit einer – manchmal – dramatischen Einschränkung der Solidarität auf allen Ebenen zu tun: in der Familie, im Freundeskreis, in der Gesellschaft.

(b) Wenn der Betroffene eine Gefahr für andere darstellt und kein Zusammenhang zwischen dieser Gefahr und einer „Geisteskrankheit“ besteht, kann man nicht die Medizin auf den Plan rufen. In einem solchen Fall muss Hilfe bei den geeigneten Gesellschaftsstrukturen gesucht werden, die die gegenseitige Freiheit der Bürger gewährleisten. In Konfliktsituationen, insbesondere bei gewissen Familienkonflikten

müssen die Polizei, die Sozialdienste und das Gericht eingreifen, also nicht notwendigerweise und nicht ausschließlich der Arzt mit seinem Arsenal an Beruhigungsmitteln.

## 2.2 Gefahr für sich selbst oder für andere

(a) Die Verwendung der Begriffe „Gefährlichkeit“ und „Risiko“ ist äußerst heikel: Es sind Variablen, die von der Gesellschaft geprägt werden; die Beurteilung dieser Begriffe wird übrigens dem Richter und den von ihm zu Rate gezogenen Experten überlassen. Deshalb gilt es, vorsichtig zu sein und sich folgende Tatsache vor Augen zu halten: Die Bandbreite zwischen dem, was man unter einem reinen Vergehen und einer pathologiegebundenen Gefährlichkeit, zwischen dem, was in die Zuständigkeit des Richters und in die des Arztes fällt, ist kulturell bedingt erheblich. Es ist unmöglich, sich der kulturellen Relativität der Beurteilung des Begriffs „Gefährlichkeit“ zu entziehen; aber man kann und muss sich nicht widerstandslos im Rahmen dessen wegsperren lassen, was nur der vordergründige Ausdruck dieses „gesunden Verstandes“ wäre.

(b) Trotz der Schwierigkeiten mit der Umsetzung dieser Bedingung der Gefährlichkeit unterstreicht diese vom Gesetz auferlegte Bedingung die Grenze, die die Beistandspflicht beachten muss: Nur in ernsthaften Fällen können die Beistandspflicht und die Fürsorglichkeit Vorrang vor der Achtung der Freiheit haben, sodass Zwang eingesetzt werden kann. Außerdem muss dieser Zwang im Verhältnis zur Ernsthaftigkeit und Wahrscheinlichkeit besagter Gefahren stehen.

Vielleicht sollten wir hier betonen, dass eine erhebliche Gefahr erforderlich ist, damit Zwang ethisch gerechtfertigt wäre. Immer mehr breitet sich eine soziokulturelle Forderung nach dem „Nullrisiko“ zusammen mit einem Sicherheitsdenken in verschiedenen Bereichen aus. Wie oben bereits festgestellt, müssen wir die Tatsache unterstreichen, dass die menschliche Existenz sowohl individuell als gesellschaftlich Risiken beinhaltet und manchmal auf dramatische Weise Unfällen, Fehlern und Leid ausgesetzt ist.

(c) Ferner ist hier deutlich, dass das Eingreifen nur gerechtfertigt ist, wenn es entweder den Patienten selbst oder andere schützen soll (Art. 2 des Gesetzes). Die gesetzlich auferlegte Bedingung beschränkt sich also nicht auf die Genehmigung der Einweisung: Sie schreibt für diese Einweisung auch ein Ziel vor, nämlich einer ernsthaften Gefährdung von Leben und Unversehrtheit vorzubeugen und diese Gefährdung durch eine Behandlung zu bannen.

Schließlich schränkt diese Bestimmung die Zwangseinweisung ein: Diese ist nur so lange gerechtfertigt, wie die Gefahr besteht.

## 2.3. Notwendigkeit einer Behandlung

Obschon das Gesetz dies fast mit keinem Wort erwähnt, ist hervorzuheben, dass die Zwangseinweisung nur dann gerechtfertigt ist, wenn sie die Rahmenbedingungen für eine geeignete Behandlung schafft, die (a) im Verhältnis zu den Gründen der Einweisung steht und (b) wegen der Weigerung des Patienten außerhalb dieses Kontextes unmöglich ist. Mit anderen Worten: Es muss so sein, dass die Krankheit und die damit verbundenen Gefahren nur im Rahmen der Zwangseinweisung wirksam behandelt werden können, und es darf keine andere mögliche Lösung geben.

Dies ist ein wichtiger Punkt, der verhindern soll, dass die richterliche Gewalt die medizinische Einrichtung instrumentalisiert, um die Ordnung aufrechtzuerhalten:

Ziel und Rechtfertigung des Zwangs ist die Behandlung, und zwar so, dass die Rechtfertigung der Zwangsmaßnahme entfällt, das will heißen: nicht nur die aktuelle Gefahr – durch einen bloßen Freiheitsentzug – beseitigen, sondern auch und vor allem die Krankheit behandeln.

In den doch zahlreichen Fällen, in denen die Pathologie derzeit nicht heilbar zu sein scheint, ist die Zwangseinweisung allerdings gerechtfertigt, wenn sie die einzige Möglichkeit ist, einen ernsthaften Krankheitszustand zu lindern und der mit der Pathologie verbundenen aktuellen Gefährlichkeit vorzubeugen.

Die Ausschussmitglieder sind sich darin einig, dass die gesetzlichen Auflagen in Artikel 2 Absatz 2 des Gesetzes von 1990 – wie hier oben erläutert – ethisch gerechtfertigt sind.

#### **TEIL IV: EMPFEHLUNGEN**

Als Schlussfolgerung aus obigen Überlegungen möchte der Ausschuss folgende Empfehlungen abgeben:

1. Wie jede andere Behandlung müssen Zwangsbehandlungen von Patienten, die diese ablehnen, auch den sogenannten „good medical practices“ entsprechen. Wenn beschlossen wird, Zwangsbehandlungsmaßnahmen zu treffen, ist der Ausschuss der Meinung, dass folgende Kriterien erfüllt werden müssen:

- Ziel der Behandlung muss sein, die Geistesstörung, die Auslöser der Maßnahme war, zu behandeln.
- Die Behandlung darf nicht ausschließlich den Interessen von Dritten dienen oder ausschließlich eine Lösung für den administrativen, strafrechtlichen, familiären oder sonstigen Zustand des Patienten darstellen.
- Ferner muss die Behandlung immer ein therapeutisches Ziel<sup>3</sup> zum unmittelbaren Vorteil des Patienten haben.
- Die Behandlung muss auf die Schwere der psychischen und psychopathologischen Symptome abgestimmt sein.
- Der Psychiater soll sorgfältig und gewissenhaft nur die psychiatrische Pflege unter Zwang leisten, die mit dem zu diesem Zeitpunkt von seinen Kollegen allgemein akzeptierten Wissen übereinstimmt.

2. Selbst wenn ein Patient zwangseingewiesen wird, muss der Arzt die Entscheidungsfähigkeit des Patienten überprüfen und – wie bei allen anderen Patienten – dessen Einwilligung in die geplante Behandlung nach Vorabinformation einholen. Nur wenn der Patient offensichtlich nicht in der Lage ist zu entscheiden, muss der Arzt die Behandlung auferlegen. Es darf keine alternative Behandlung oder Maßnahme zur Zwangsbehandlung bestehen, die – mit dem Einverständnis des Patienten – zum selben Ziel führen kann.

Als annehmbarer Zwang gilt der Mindestzwang, der erforderlich ist, um eine für notwendig erachtete Behandlung zu beginnen oder fortzusetzen.

In solchen Situationen wird der behandelnde Psychiater wie üblich die nächsten Familienangehörigen oder die Vertrauensperson des Patienten über die geplante oder bereits begonnene Behandlung informieren.

---

<sup>3</sup> Das Wort „therapeutisch“ bedeutet „was behandelt“ und nicht notwendigerweise „was heilt“.

Wenngleich festzustellen ist, dass sich die meisten zwangseingewiesenen Patienten nicht gegen ihre Behandlung sträuben, fragt man sich angesichts des zweifelhaften Beurteilungsvermögens dieser Patienten und der Tatsache, dass sie sich in einer Zwangssituation befinden doch, was diese Einwilligung wert ist. Das Pflegepersonal wird nicht von der Pflicht entbunden, in diesem Kontext die nötige Umsicht walten zu lassen (wie bereits anfangs dargelegt).

Schließlich ist die Entscheidungsfähigkeit keine statische und monolithische Gegebenheit, die da ist oder nicht, sondern eine dynamische Gegebenheit. Eines der Ziele der Zwangsbehandlung besteht darin, die Entscheidungsfähigkeit des Patienten wieder herzustellen. Sobald dieses Ziel erreicht ist, muss der Arzt dies berücksichtigen und den Patienten nach Vorabinformation fragen, ob er mit der weiteren Planung der Behandlung einverstanden ist.

3. Die Zwangsbehandlung einer anderen Krankheit ist nur in einer Notsituation verantwortbar, wenn die Krankheit eine ernsthafte Gefahr für die Gesundheit des Patienten darstellt und wenn vernünftigerweise anzunehmen ist, dass seine Ablehnung der Behandlung dieser Krankheit mit der erwähnten psychischen Störung zusammenhängt.
4. Die Zwangsbehandlungsmaßnahmen müssen Teil eines Behandlungsplans sein, der vom behandelnden Psychiater unter der allgemeinen Verantwortung des dienstleitenden Psychiaters erstellt, angewandt und angepasst wird. Alle Angaben zu diesem Behandlungsplan und eventuelle Änderungen werden in der Patientenakte auf dem letzten Stand gehalten. Der vom Patienten benannte Vertrauensarzt und/oder die für die Überwachung der Einhaltung des Gesetzes und der Qualität der geleisteten Pflege zuständigen Ärzte, die die Patientenakte einsehen möchten, müssen freien Zugang zu dieser Akte bekommen.
5. Die Mitglieder empfehlen, dass jeder Dienst, in dem Menschen zwangseingewiesen werden, die nötigen Maßnahmen in Anwendung des kürzlich verabschiedeten Gesetzes vom 22/08/2002 über die Rechte des Patienten (B.S. 26/09/02) trifft, insbesondere dass er den Patienten, seine Familienangehörigen, seine Vertrauensperson oder seinen gesetzlichen Vertreter korrekt über die Rechte des Patienten und darüber informiert, wie er diese während seines Aufenthalts in einer psychiatrischen Abteilung geltend machen kann. Wegen des Ernstes seiner psychiatrischen Störung, aber auch wegen seiner eingeschränkten Bewegungsfreiheit befindet sich der Patient de facto in einer schwächeren Position. Dieser Umstand rechtfertigt unseren Vorschlag, zusätzliche Maßnahmen zu treffen, um diese verletzbaren Patienten ordnungsgemäß zu informieren. Wir denken an eine gezielte Informationsbroschüre für jede psychiatrische Abteilung, in die Menschen zwangseingewiesen werden. Diese Broschüre muss unter der Verantwortung des dienstleitenden Arztes in Absprache mit dem Behandlungsteam der psychiatrischen Einrichtung ausgearbeitet und ferner von der medizinischen und administrativen Leitung des Krankenhauses gutgeheißen werden. Zu den ethischen Aspekten der Informationsbroschüre sollte die Stellungnahme des Lokalen Ethikrates des betreffenden Krankenhauses eingeholt werden.

Diese Broschüre sollte nicht nur Name und Funktion der einzelnen Teammitarbeiter angeben, sondern auch deutliche Informationen zu folgenden Punkten enthalten:

a) über den Verlauf der Kontakte mit der Außenwelt, über die dem Patienten eventuell auferlegten Einschränkungen bei der Telefonbenutzung, den Empfang von Post und Besuch, Informationen über die Dienstpläne; die Aktivitäten und die Hausordnung der Abteilung, eine Beschreibung der Beziehungen zum Pflegepersonal, die Beziehungen zwischen Patienten usw.;

b) über die Mittel, die dem Patienten zur Verfügung stehen, um von der Abteilung aus, in der er untergebracht ist, schnell Kontakt zu seiner Vertrauensperson, seinem Rechtsanwalt oder seinem behandelnden Arzt aufnehmen kann. Dies ist ein grundsätzliches Recht des Patienten, aber er muss auch wissen, wie er davon Gebrauch machen kann, falls er dies wünscht.

6. Es muss ein deutlich festgelegtes Verfahren bestehen, das angewandt wird, wenn der Patient ein Gespräch mit dem Ombudsman (siehe weiter unten) führen oder sich beim dienstleitenden Arzt des Krankenhauses beschweren möchte. Als dieses Gutachten erstellt wurde, verfügten noch nicht alle Krankenhäuser über einen Ombudsman, weil sie laut Gesetz erst ab dem 6. Oktober 2002, dem Datum des Inkrafttretens des Gesetzes vom 22. August 2002 über die Rechte des Patienten, diesen Ombudsservice anbieten müssen<sup>4</sup>. Der Ausschuss begrüßt die Schaffung einer Ombudsfunktion in Krankenhäusern. Diese Funktion muss verschiedene Ziele anstreben: den eventuell abgebrochenen Dialog zwischen dem Patienten und den einzelnen Ärzten und dem Pflegepersonal wieder herzustellen, den Patienten über seine Rechte und Pflichten zu informieren und dem Patienten zu helfen, seine anerkannten Rechte geltend zu machen. Dieser Ombudsman kann auf keinen Fall den behandelnden Arzt-Psychiater ersetzen, der allein für die angewandte Behandlung verantwortlich ist. Ferner drängt der Ausschuss darauf, dass die Krankenhäuser ihre Qualitätskontrollen bei den Pflegeabläufen im Allgemeinen und insbesondere bei denjenigen verschärfen, die sie bei zwangseingewiesenen Patienten anwenden.
7. Unter den Umständen einer Zwangsbehandlung wegen einer Zwangseinweisung kann der Grundsatz der freien Arztwahl nicht geachtet werden. Nach den üblichen berufsständischen Regeln kann jeder Patient ein zweites Gutachten eines anderen Arztes einholen. Der Ausschuss ist der Meinung, dass auch zwangseingewiesene Patienten dieses Recht geltend machen können müssen. Der Patient muss die Initiative hierzu frei ergreifen können, ohne vorherige Erlaubnis. Falls der Patient selbst nicht in der Lage ist, die Meinung eines zweiten Arztes einzuholen, kann dies über seinen Rechtsanwalt, seine Vertrauensperson oder den Ombudsman geschehen. Dank dieser Möglichkeit kann der Patient von einem Arzt seiner Wahl über seine Behandlung (deren Folgen, Alternativen usw.) informiert werden.

---

<sup>4</sup> Wir weisen darauf hin, dass der Erlass zur Ausführung des Gesetzes vom 22/08/02, der die Bedingungen bestimmen muss, unter denen die Funktion der Ombudsperson – über ein Kooperationsabkommen zwischen den Krankenhäusern - ausgeübt werden darf, zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Gutachtens (Januar 2003) noch nicht erschienen ist.

Auf Bitte des Patienten muss der von ihm angegebene Arzt den behandelnden Psychiater treffen und ihm die Fragen stellen oder die Überlegungen mitteilen können, die er für nützlich erachtet.

Der Ausschuss wiederholt, dass er an der Möglichkeit eines zweiten Gutachtens festhält. Der Ausschuss bedauert, dass die Geltendmachung eines solchen Rechts in der Praxis oft problematisch ist: Einerseits können behandelnde Ärzte-Psychiater diesen Wunsch des Patienten als mangelndes Vertrauen auslegen oder behaupten, der Patient sei wegen seiner Krankheit nicht in der Lage, seine Rechte „rational“ geltend zu machen; andererseits gibt es finanzielle Hindernisse, zum Beispiel wenn der Patient die Konsultation bei einem zweiten Arzt nicht bezahlen kann. Der Ausschuss ist der Meinung, dass der Preis einer solchen Konsultation in die Liste der ärztlichen Leistungen aufgenommen werden muss.

Dieses Verfahren des zweiten Gutachtens ändert nichts an der Möglichkeit des Patienten, sich an den Friedensrichter zu wenden, entweder um die Anwendung von Artikel 3 des Gesetzes zu fordern, dem zufolge ein Psychiater-Expert benannt wird, oder um die Debatte über seinen Zustand neu zu eröffnen. Gegebenenfalls kann er bei dieser Gelegenheit die Schlussfolgerungen des von ihm benannten zweiten Arztes geltend machen. Der Ausschuss stellt fest, dass der Friedensrichter im Rahmen des Gesetzes jederzeit beschließen kann, den Patienten in eine andere Einrichtung zu verlegen, wenn der behandelnde Psychiater trotz der bestehenden ausdrücklichen Weigerung des Patienten oder der abweichenden Meinung eines Konfraters nicht von seiner Behandlung abweicht.

8. Der Ausschuss möchte, dass das Krankenhaus schriftliche Belege der einzelnen (hier oben beschriebenen) Anfragen des Patienten und der Antworten auf diese Anfragen aufbewahrt.
9. Hat eine formelle Ablehnung der Behandlung, die Beantragung eines zweiten Gutachtens oder die Anrufung des Friedensrichters eine aufschiebende Wirkung für die strittige Behandlung? Der Ausschuss ist der Meinung, dass die Antwort auf diese Frage von der medizinischen Dringlichkeit der Zwangsbehandlung abhängt. Grundsätzlich könnte man davon ausgehen, dass die Behandlung im Falle einer Berufung ausgesetzt wird, es sei denn, der behandelnde Psychiater hält dies nicht für empfehlenswert.
10. Der Ausschuss möchten ebenfalls Empfehlungen zum Gesetz vom 26. Juni 1990 über den Schutz der Person des Geisteskranken abgeben, insbesondere über eine Reihe von Aspekten die die Behandlung und die Qualität dieser Behandlung betreffen.
  - a) Der Ausschuss hat in der Tat Lücken in Bezug auf die Kontrollen in psychiatrischen Abteilungen festgestellt, in denen Zwangseinweisungen stattfinden. Laut Artikel 33 handelt es sich hier um den Friedensrichter des Ortes, in dem der Dienst liegt, den Prokurator des Königs und die Ärzte (Psychiater) des Gesundheitsversorgungsdienstes der Gemeinschaften.
  - b) Die Vertrauensperson scheint es in Wirklichkeit meistens nicht zu geben, obschon sie im Gesetz von 1990 vorgesehen ist. Für den Ausschuss ist deren Rolle wichtig: Er findet, der eingelieferte Patient müsse die Möglichkeit haben,

eine Vertrauensperson einer Vereinigung von (Familien von) Patienten zu benennen, wenn er niemanden kenne.

c) Der Ausschuss drängt darauf, dass die Anwaltskammern den Anwälten, die im Rahmen des „Rechtsbeistands für Bedürftige“ oft von Amts wegen benannt werden, die Mittel geben, um den Patienten beizustehen, und ihnen die Anforderungen des Gesetzes nahelegen, damit sie ihre eventuelle mangelnde Erfahrung durch höheren Einsatz ausgleichen. Der Ausschuss ist der Meinung, dass der Spielraum des Rechtsanwalts sehr groß ist, da er – und dies ist einmalig – selbst gegen die Meinung seines Mandanten Berufung gegen eine Entscheidung einlegen kann und diese Rolle folglich auf optimale Weise wahrzunehmen ist.

11. Generell ist der Ausschuss der Auffassung, zwangseingewiesenen Patienten müssten in jedem Stadium der Zwangsbehandlung dieselben Garantien und derselbe Schutz eingeräumt werden, unabhängig davon, ob sie den einen oder anderen Aspekt der Behandlung akzeptieren oder ablehnen.

## Teil V – KONTRAZEPTIVE ZWANGSBEHANDLUNGEN

Bei dem besonderen Fall, der Anlass zu der Bitte um Abgabe eines Ausschussgutachtens war, ging es um die Frage, ob es gerechtfertigt ist, eine Patientin zwangsweise kontrazeptiv zu behandeln, und zwar vorbeugend, wenn diese zwangseingewiesene Patientin die Pflegeeinrichtung im Rahmen einer Zwangseinweisung zeitweise verlassen darf.

In diesem Kapitel befassen wir uns mit den ethischen Aspekten der Zwangskontrazeption. Es geht in diesem Gutachten keineswegs darum, grundsätzlich zu entscheiden, ob Menschen, die an einer Geisteskrankheit leiden, ja oder nein in der Lage sind, die Verantwortung einer Schwangerschaft zu übernehmen. Generell erinnern die Ausschussmitglieder daran, dass solche Bewertungen oft stark ideologisch geprägt sind und dass die Ärzte ihren Patienten ihre Einstellung nicht aufdrängen dürfen. Die vom Ausschuss erörterte Frage betrifft nur die kontrazeptive Zwangsbehandlung von Patientinnen, insbesondere von zwangseingewiesenen Patientinnen.

Generell ist nicht zu empfehlen, dass zwangsweise eingewiesene Patientinnen schwanger oder Eltern werden. Einige Mitglieder ziehen den Begriff „Eltern werden“ vor, weil „schwanger werden“ sich nur auf weibliche Patientinnen bezieht und sie der Meinung sind, dass es auch bei Männern in gewissen Fällen besser ist, wenn sie keine Kinder haben. Dies ändert aber nichts daran, dass das Problem der Kontrazeption - neben der Tatsache, dass es noch keine verlässliche zeitweilige und umkehrbare Kontrazeption für Männer gibt - auf jeden Fall akuter für Frauen als für Männer ist, weil eine Schwangerschaft potentiell eine zusätzliche psychische (Über)belastung darstellt. In der Praxis wird sich die Frage der kontrazeptiven Zwangsbehandlung also hauptsächlich bei zwangseingewiesenen Mädchen und Frauen stellen. Diese betrifft natürlich nur diejenigen, die Kinder bekommen können und während ihrer Zwangseinweisung sexuell aktiv sind. Aller Wahrscheinlichkeit nach geht es hier um eine Minderheit von Patientinnen, weil die meisten Patientinnen wegen ihrer Krankheit keinen Geschlechtsverkehr haben und die anderen die Kontrazeption ohne Bedenken akzeptieren. Aber obschon es hier um eine Minderheit von Patientinnen geht, bleibt die Frage relevant, ob Zwangskontrazeption gerechtfertigt ist oder nicht.

Geschlechtsverkehr innerhalb des Krankenhauses wird aus praktischen Gründen, die mit dem Zusammenleben in der Einrichtung zu tun haben, meistens unterbunden oder sogar verboten. Übrigens ist dieses Verbot in der Psychiatrie nach Auffassung einiger Ausschussmitglieder außerdem durch den labilen Geisteszustand der eingewiesenen Personen gerechtfertigt. Wegen dieses fragilen Zustands ist es notwendig, den Geschlechtsverkehr auszusetzen. Obschon es nach Meinung anderer Ausschussmitglieder alles andere als sicher ist, dass zwangseingewiesene Personen wegen ihres Geisteszustands in der Lage sind, über die möglichen Folgen von Geschlechtsverkehr nachzudenken oder gar eine sinnvolle Elternschaft ins Auge zu fassen, ist es von entscheidender Bedeutung, die Privatsphäre der Patienten zu achten, und wenig empfehlenswert, ihm/ihr Geschlechtsverkehr innerhalb des Krankenhauses zu verbieten. Wie dem auch sei, egal ob Geschlechtsverkehr verboten wird oder nicht, kann nie vollständig ausgeschlossen werden, dass es trotzdem dazu kommt. Wollte man ihn doch verbieten, so ginge das auf Kosten einer Verletzung der Privatsphäre der Patienten.

Neben diesem Problem stellt sich die Frage, ob eine Patientin, die die Kontrazeption ablehnt – während der Arzt der Meinung ist, sie sei angebracht – die Erlaubnis erhalten kann, die Einrichtung zeitweise zu verlassen (z.B. am Wochenende).

## 1. Aus rechtlicher Sicht

Die im Gesetz vom 26/06/90 sehr knapp gefassten Bestimmungen über die Behandlung haben wir auf Seite 19 aufgelistet, und die juristische und ethische Bedeutung dieser Bestimmungen haben wird auf Seite 23 erörtert.

Da es in diesem Kapitel um kontrazeptive Zwangsbehandlung geht, stellt sich, wenn es nicht dazu kommt, die Frage nach der Verantwortung des Arztes und/oder der Einrichtung im Falle einer Schwangerschaft. Im Allgemeinen kann es zu zwei Situationen kommen: einer Befruchtung, zu der es während der Zwangseinweisung kommt, oder einer Schwangerschaft während eines Zeitraums, in dem die Patientin die Einrichtung verlässt (in der Urlaubszeit, an einem Wochenende oder wenn die Patientin die Einrichtung probeweise verlassen darf, usw.).

### a) Während der Zwangseinweisung in die Einrichtung

a-1. Seit dem Gesetz vom 26/06/1990 darf man der Debatte darüber, ob eine Patientin kontrazeptiv zwangsbehandelt werden darf oder nicht, nicht mehr aus dem Weg gehen, indem man systematisch und generell Maßnahmen trifft, die die Bewegungsfreiheit (zum Beispiel durch Isolation) oder die Kontaktmöglichkeiten der Patientin einschränken (zum Beispiel nur Kontakt zu Frauen haben dürfen, usw.).

Artikel 32 räumt zwangseingewiesenen Patienten nämlich andere Rechte ein – die denselben Stellenwert wie das Recht auf Behandlung haben (Artikel 11 und 15) -, und zwar das Recht auf Schutz der Privatsphäre durch das Briefgeheimnis, die Achtung der Meinungsfreiheit und der Äußerung religiöser und weltanschaulicher Überzeugungen, das Recht auf gesellschaftliche und Familienkontakte und das Recht, Besuch zu empfangen, außer bei medizinischer Kontraindikation.

Nur aufgrund einer medizinischen Kontraindikation, die eine individuelle Untersuchung voraussetzt, kann also eine solche restriktive Maßnahme im Rahmen einer Therapie mit befristeter Wirkung und auf verhältnismäßige Weise getroffen werden.

a-2. Artikel 11 § 1 (Unterbringung zur Beobachtung) und Artikel 15 (Weiterer Verbleib) bestimmen, wie der Patient zu beaufsichtigen und zu behandeln ist. Welche Bedeutung können diese Bestimmungen für die Verhinderung einer Schwangerschaft haben?

a-3. Aus den Parlamentsdokumenten geht hervor, dass es bei der Beaufsichtigung um die körperliche und medizinische Überwachung des Patienten geht. Das ständig zitierte Beispiel ist das der Selbstmordprävention. Man zieht also die Maßnahmen in Betracht, die getroffen werden, um zu verhindern, dass der Patient ausbüxt oder zu Taten schreitet, die ihm selbst oder Dritten schaden können. Die Bestimmungen sind handlungsorientiert, aber nicht ergebnisorientiert. Man kann also nicht von

vornherein jegliche Verantwortung der Einrichtung und/oder ihrer Mitarbeiter ausschließen, aber man kann diese Überwachungsverpflichtung im Voraus gegen die Achtung der Intimität und der Privatsphäre des Patienten abwägen. Außerdem ist eine zu strenge Überwachung oder eine Überwachung, die so organisiert ist, dass jedes Schwangerschaftsrisiko ausgeschlossen ist, nicht für die Behandlung zu empfehlen ist, weil sie ungünstige Voraussetzungen für die Betreuung und Begleitung des Patienten schafft.

In psychiatrischen Abteilungen regeln die Hausordnungen hier und da – nach dem Vorbild des Verbots von Gewalttaten – auch den Geschlechtsverkehr. Meistens enthalten diese Vorschriften eine Klausel, der zufolge die Einrichtung jegliche Verantwortung ablehnt, falls die Hausordnung nicht eingehalten wird und durch den Verstoß gegen die Verbotsbestimmungen Schaden entstehen sollte.

Da man sich hier an Patienten richtet, deren Beurteilungsvermögen verändert oder nicht vorhanden ist – immerhin wurden sie zwangseingewiesen –, ist der juristische Wert eines solchen Verzichts auf Schadenersatzansprüche fragwürdig. Die Gefahr liegt darin, dass es in diesem Fall – angesichts des labilen Geisteszustands der Patienten – Aufgabe der Einrichtung sein würde, dafür zu sorgen, dass die von ihr erlassenen Verbotsbestimmungen eingehalten werden. Dadurch würde der Einrichtung und ihren Mitarbeitern nicht mehr eine Handlungspflicht, sondern eine Ergebnisspflicht auferlegt.

a-2b. Hinsichtlich der Behandlung sagt das Gesetz nicht, welche Behandlungen erlaubt und welche verboten sind. Obschon die Rechtslehre der Meinung ist, dass die Unterbringung zur Beobachtung nicht jede Behandlung rechtfertigt, muss der Freiheitsentzug immer mit der Behandlung einer Geisteskrankheit einhergehen. Pathologien, die nichts mit dieser Geistesstörung zu tun haben, sind nur in Notfällen zu behandeln.

Erfüllen muss die Behandlung die allgemeinen gesetzlichen Bedingungen außerhalb der Einwilligung, die in casu nicht gewonnen werden kann: Der Arzt muss die erforderliche berufliche Qualifikation besitzen; die Behandlung muss einen therapeutischen oder präventiven Zweck erfüllen; die Behandlung muss zwingend notwendig sein und mehr Vor- als Nachteile bieten.

Wenn man diese Grundsätze auf die Verhinderung einer Schwangerschaft anwendet, muss also von Fall zu Fall geprüft werden, ob besondere medizinische Vorsichtsmaßnahmen im Interesse der Gesundheit der Patientin zu treffen sind, um zu verhindern, dass sie schwanger wird. Als Vorsichtsmaßnahme kann eine kontrazeptive Zwangsbehandlung ins Auge gefasst werden; besondere Überwachungsmaßnahmen kommen auch in Frage. Keine Vorsichtsmaßnahme zu treffen, könnte als Unterlassung des Arztes gewertet werden.

Die juristische Einstufung dieser Unterlassung als Fehler findet im Rahmen unseres zivil- und strafrechtlichen Haftungssystems statt. Diese Frage wird noch andere Fragen aufwerfen, zum Beispiel die Verantwortung von Dritten (da ein Erzeuger vorhanden ist), die rechtliche Einstufung einer Schwangerschaft als Schaden, usw.

b) Während Urlaubsperioden, an Wochenenden oder wenn der Patient die Einrichtung probeweise verlassen darf

Artikel 11 § 2 und Artikel 15 des Gesetzes vom 26/06/1990 bestimmen, dass „der Kranke auf der Grundlage der Entscheidung und unter der Anweisung und

Verantwortung eines Arztes des Dienstes für eine begrenzte Zeit (...) ausgehen darf“. Der Passus „unter der Anweisung des Arztes“ wurde in diese Artikel aufgenommen, um das Eingreifen des Richters auszuschließen. Bei der Verantwortung geht es eindeutig um die rechtliche Haftung: Der Arzt muss die Gefahr berücksichtigen, dass der Patient für sich selbst und für andere darstellt. Der Arzt kann nur haftbar gemacht werden, wenn er zu dem Zeitpunkt, wo er der Patientin erlaubt hat, die Einrichtung zu verlassen, hätte wissen müssen, dass diese Entscheidung Probleme verursachen würde.

Wenn der Patientin erlaubt wird, die Einrichtung probeweise zu verlassen, ist die Beurteilung noch heikler, weil sie einen längeren Zeitraum betrifft und das Rückfallrisiko folglich größer ist. Und wenn der Kranke ausbüxt, ist die Einrichtung oder der verantwortliche Arzt gesetzlich verpflichtet, die Behörden darüber zu informieren, sonst kann sie zur Verantwortung herangezogen werden. Der verantwortliche Arzt muss auch abschätzen, inwiefern die Patientin eine Gefahr für sich selbst darstellt, und er muss dies mitteilen, damit die geeigneten Maßnahmen getroffen werden können, um die Patientin zurückzufinden.

Schlussfolgernd ist festzuhalten, dass der Arzt auf jeden Fall zur Verantwortung herangezogen werden könnte, wenn er der Patientin, die jegliche Kontrazeption ablehnt, erlaubt, die Einrichtung ohne jegliche Vorsichtsmaßnahme zu verlassen, obschon er weiß, dass eine Schwangerschaft nicht ratsam ist und die Gefahr einer Befruchtung wirklich besteht.

Da es keine gesetzliche Regel und auch keine eindeutige Auslegung der Gesetzesbestimmungen gibt, sind zwei verschiedene Auslegungen möglich:

- Der Arzt kann den Zeitpunkt, wo eine Patientin, die jegliche Form von Kontrazeption ablehnt, ausgehen darf, hinausschieben.
- Der Arzt kann dem Recht auf Behandlung Vorrang geben; Urlaub und Ausgang sind wichtige Modalitäten bei der Wahrnehmung dieses Rechts. In diesem Fall wird der Arzt eine kontrazeptive Zwangsbehandlung vorschreiben. Es kann übrigens sein, dass diese Behandlung schon im Rahmen der Einweisung gestartet wurde.

## **2. Aus ethischer Sicht**

Wie bereits oben erwähnt, ist der Ausschuss der Auffassung, dass die Zwangsbehandlung anderer Krankheiten als derjenigen, weswegen der Patient zwangseingewiesen wurde, nur in Notfällen zulässig ist. Aus ethischer Sicht ist also festzulegen, ob die Verabreichung von Verhütungsmitteln, die die Patientin ablehnt, ja oder nein einen Notfall darstellt.

Bei der Beurteilung der Zwangsverabreichung von Verhütungsmitteln sind verschiedene ethische Werte maßgebend. Der erste Wert ist die Achtung der Selbstständigkeit des Menschen – die besonders wichtig ist, wenn es um seine Sexualität und sein Fortpflanzungsrecht geht. Der zweite Wert, der auf dem Spiel steht, ist der Schutz von Personen, deren Urteilsvermögen vorübergehend eingeschränkt ist: Es ist in der Tat nachvollziehbar, dass eine Schwangerschaft oder Elternschaft – als Folge eines unbesonnenen sexuellen Verhaltens – eher ein Handicap für ihr Wohlbefinden und ein Hindernis bei der Wiederherstellung ihrer Autonomie darstellt. Schließlich ist auch das Wohlbefinden des künftigen Kindes ein

Wert, der bei der Beurteilung solcher Situationen mitspielt. Jeder misst diesen Werten eine eigene Bedeutung zu, und die Beurteilung wird übrigens auch von zahlreichen, von Fall zu Fall verschiedenen Umständen abhängen. Es scheint daher nicht angebracht, eine eindeutige Vorgehensweise für diese Entscheidungen festzulegen, die von Fall zu Fall zu beurteilen sind.

Es liegt auf der Hand, dass die Verabreichung von Verhütungsmitteln immer mit der Patientin besprochen werden muss. In den allermeisten Fällen akzeptieren die Patientinnen übrigens problemlos die Kontrazeption. Nur in der kleinen Anzahl von Fällen, in denen die Patientin sie ablehnt, stellt sich die Frage, die hier erörtert wird, das heißt die Frage der ethischen Rechtfertigung von Zwangskontrazeption. Wenn Zwangskontrazeption notwendig ist, wird sie nach einem aufklärenden Dialog mit der Patientin in Absprache mit dem Pflorgeteam verabreicht.

Eines der Ziele sämtlicher Formen von Zwangsbehandlung ist, dem Patienten seine Autonomie oder sein Urteilsvermögen (möglichst schnell) wiederzugeben, damit der Zwang (die Maßnahme der Zwangseinweisung) so schnell wie möglich aufgehoben werden kann. Selbstverständlich muss die Zwangskontrazeption sofort abgebrochen werden ab dem Augenblick, wo der Patient infolge der Behandlung genügend Willensstärke oder Urteilsvermögen, insbesondere in puncto Kinderwunsch, zurückgefunden hat.

Alle Ausschussmitglieder sind grundsätzlich mit der Zwangskontrazeption einverstanden, wenn diese Maßnahme nach Meinung des Arztes aus zwingenden medizinischen Gründen somatischer Art nötig ist. Diese Gründe können sich sowohl auf die Mutter/das Elternteil als auf den Fötus beziehen. Alle Ausschussmitglieder sind der Auffassung, dass es in der Tat in der Verantwortung des Arztes liegt, notfalls unter Zwang Verhütungsmittel zu verabreichen, wenn die von der Patientin eingenommenen Medikamente teratogene Folgen für ihre Nachkommenschaft haben können. In diesem Fall wird die Zwangskontrazeption in einer Notsituation verabreicht, die durch das Risiko einer Missgeburt gerechtfertigt werden kann.

Neben diesen beiden Konsenspunkten zeichnen sich zwei Standpunkte unter den Ausschussmitgliedern ab:

#### **a) Einwände gegen die Zwangsverabreichung von Verhütungsmitteln**

Einige Ausschussmitglieder stehen jeglicher Form von Zwangskontrazeption, die nicht aus medizinisch-somatischen Gründen verabreicht wird, sehr zurückhaltend gegenüber. Sie unterstreichen, dass der psychologische Wert der Ablehnung von Verhütungsmitteln nicht auf dieselbe Weise zu beurteilen ist wie die Ablehnung anderer Medikamente, inklusive derjenigen, die auf die Psyche wirken. Ein Großteil der Patientinnen, insbesondere derjenigen, die ablehnen, fühlt sich durch die Verhütungsmittel direkt in ihrer Sexualität und Fraulichkeit angegriffen, was starke Affekte hervorruft. Sowohl die Zwangsverabreichung von Verhütungsmitteln als die Ablehnung derselben sind also besondere Handlungen, die stark symbolisch geladen sind.

Andererseits stellt sich die Frage, ob Verhütungsmittel zwangsweise verabreicht werden sollen, generell nur in dem Augenblick, wo davon die Rede ist, die Einrichtung probeweise zu verlassen. Zu diesem Zeitpunkt ist der behandelnde

Psychiater der Meinung, dass sich der Zustand der Patientin so verbessert hat, dass sie keine Gefahr mehr für sich selbst oder für andere darstellt. Wer unter diesen Umständen Verhütungsmittel zwangsweise verabreichen möchte, leistet dem Gedanken Vorschub, dass die Patientin ihr Urteilsvermögen noch nicht ganz zurückgewonnen hat, speziell was ihre Sexualität und ihren eventuellen Kinderwunsch angeht. Solche Situationen kommen sicher nur sehr selten vor. Wenn der Arzt nämlich findet, dass die Person wegen ihrer Krankheit nicht in der Lage ist, sich in puncto Sexualität oder Elternschaft verantwortungsbewusst zu verhalten, ist es logischer, ihr den Urlaub zu verweigern als die Folgen einer als unverantwortlich betrachteten Sexualität kontrollieren zu wollen.

Diese Mitglieder meinen, eine Notsituation könne auf keinen Fall als Rechtfertigung für die Verabreichung von Verhütungsmitteln angeführt werden, wenn die Gefahr von Teratogenität nicht bestehe. Für sie ist das aus ethischer Sicht also unannehmbar. Sie sind ferner der Meinung, dass der Geschlechtsverkehr während des Krankenhausaufenthalts unterbunden werden sollte.

#### **b) Argumente für eine Legitimierung der Zwangsverabreichung von Verhütungsmitteln**

Einige Mitglieder meinen, für gewisse zwangseingewiesene Psychatriepatienten könne es angebracht sein, ihnen vorübergehend Verhütungsmittel aus nichtmedizinisch-somatischen Gründen zu verabreichen. Nach Auffassung dieser Mitglieder ist es absolut vorrangig, dabei die Privatsphäre der Patienten in der Einrichtung maximal zu achten, selbst wenn die Patienten dort zwangseingewiesen wurden. Folglich ist es unmöglich, jede sexuelle Beziehung während ihres Aufenthalts in der Einrichtung zu vermeiden. Für diese Mitglieder ist es aus therapeutischen Gründen auch wichtig, den zwangseingewiesenen Patienten möglichst schnell zu erlauben, das Krankenhaus zu verlassen und am Wochenende dorthin zurückzukehren. Die heutige Psychiatrie empfiehlt in der Tat, die Patienten möglichst schnell mit dem Leben „außerhalb der Einrichtung“ zu konfrontieren. Auf diese Weise vermeidet man, dass sich die Patienten in die Einrichtung zurückziehen, und beugt man folglich ihrer Einigelung vor. Wenn sich der Geisteszustand der Patientin so weit verbessert hat, dass ihr erlaubt wird, das Krankenhaus zu verlassen, auch probeweise, bedeutet das jedoch noch nicht, dass sich die Patientin nicht mehr in einem Zustand relativer sexueller Desinhibition befindet – zum Beispiel weil die „Sucht“ vorbei ist – und dass sie nicht erneut eine Beziehung zu einem Mann eingeht, mit dem sie in einem normalen Zustand niemals eine Elternschaft ins Auge hätte fassen können. Die Zwangsverabreichung von Verhütungsmitteln ist hier gerechtfertigt, sowohl im Interesse der betroffenen Patientin, der man schnell einen Teil ihrer Freiheit zurückgibt, als im Interesse eines möglichen künftigen Kindes. Für diese Mitglieder besteht hier eine Notsituation. Aus therapeutischen Gründen ist zu vermeiden, dass die Patienten während ihres Aufenthalts und während des weiteren Verbleibs in der Einrichtung verschärft kontrolliert werden. Aber es gilt auch zu verhindern, dass Kinder zu einem Zeitpunkt gezeugt werden, wo das künftige Elternteil nicht in der Lage ist, eine Elternschaft zu planen, und/oder sexuelle Beziehungen mit dem erstbesten Partner eingeht.

Diese Sicht der Dinge unterscheidet sich deutlich von Auffassungen wie „Person X darf keine Kinder bekommen“, „alle Personen mit dem Leiden Y dürfen keine Kinder

bekommen“ oder „einem zwangseingewiesenen Patienten dürfen automatisch zwangsweise Verhütungsmittel verabreicht werden“.

Diese Mitglieder betonen, dass es hier nicht so sehr darum geht festzustellen, ob jemand ein guter Vater oder eine gute Mutter wäre: Es geht vor allem darum zu vermeiden, dass jemand unter zu schwierigen Umständen Vater oder Mutter wird, zum Beispiel weil die unter solchen Umständen eventuell eingegangenen Beziehungen nicht belastbar sind. Wenn sich eine Patientin den Folgen ihrer Taten nicht bewusst ist, kann es angebracht sein, diese Person vor sich selbst und „vor“ einer Schwangerschaft zu schützen. Wenn eine Person wegen ernsthafter psychiatrischer Probleme nicht zurechnungsfähig ist und keine wohlüberlegte Entscheidung über ihre Kontrazeption treffen kann, liegt es in der ethischen Verantwortung des Arztes einzugreifen, um zu verhindern, dass diese Person mit einer Elternschaft belastet wird oder ein Kind auf die Welt bringt, dessen Entfaltungschancen bei weitem nicht garantiert sind. Es scheint in der Tat wenig kohärent, erst formell zu bekräftigen, dass sich ein Patient in einem solchen Zustand befindet, dass er seiner Freiheit beraubt werden muss, und anschließend zu behaupten, es gebe wohl einen Bereich, in dem die Zuständigkeit des Patienten grundsätzlich jederzeit intakt bleibe, nämlich bei den Entscheidungen über Fortpflanzung (und somit Kontrazeption).

Diese Mitglieder fügen hinzu, dass für zwangseingewiesene Patienten - wegen ihrer Verletzlichkeit - mehr noch als für andere Patienten gilt, dass sie der Zuständigkeit und ethischen Verantwortung eines Arztes unterliegen. Übrigens: Je fragiler ein Patient ist, desto größer ist die Macht (und folglich die ethische Verantwortung) des Arztes gegenüber diesem Patienten. Wenn der Arzt es für notwendig hält, dem Patienten (zeitweise auf Umkehrbasis) Verhütungsmittel zu verabreichen, muss er seiner Verantwortung für diesen Patienten gerecht werden können. Die Ausschussmitglieder, die diesen Standpunkt vertreten, finden es ethisch unannehmbar, dass man einer Patientin verbietet, die Einrichtung (probeweise) zu verlassen, weil sie Kontrazeption ablehnt und das Risiko eines unangemessenen sexuellen Verhaltens besteht. Diese Mitglieder meinen, dies schränke noch mehr die Autonomie der Patientin ein als die Zwangskontrazeption.

Für diese Mitglieder ist die Notsituation auch deshalb besonders gerechtfertigt, weil die Patienten während ihrer Zwangseinweisung unter der ethischen Verantwortung des Arztes stehen, der die Patienten nicht nur gegen sich selbst oder die Gesellschaft gegen die Patienten schützen muss, sondern auch ihre etwaigen Kinder schützen muss. Nichts deutet ferner darauf hin, dass Kinder, die von Eltern gezeugt wurden, die sich in einem Zustand mentaler Dekompensierung befinden, die eine Zwangseinweisung rechtfertigt, bewusst von ihren beiden Erzeugern gewünscht wurden und unter guten Bedingungen aufwachsen werden.

\*\*\*

**Das Gutachten wurde im verkleinerten Ausschuss 99/2 vorbereitet, der wie folgt zusammengesetzt war:**

<b>Vorsitzende</b>	<b>Berichterstatter</b>	<b>Mitglieder</b>	<b>Vorstandsmitglied</b>
P. Cosyns	G. de Stexhe	A. Duchaine	L. Cassiers
A. Duchaine	S. Sterckx	M. Dumont	
		G. Lebeer	
		G. Leunens	
		T. Locoge	
		G. Verdonk	

**Mitglied des Sekretariats: L. Dejager**

**Angehörte Experten:**

- Friedensrichter Benoît aus Brüssel
- Doktor S. Bouchez, Psychoanalytiker
- Doktor H. Bryon, Psychiater, Abteilungsleiter im Centre Médical Sint Jozef in Bilzen
- Doktor P. Castro, Neuropsychiater, Leiter des CHU-Charleroi
- R. Daem, Vorsitzender der V.o.G. Uylenspiegel und Eric, Zeuge für die V.o.G. Uylenspiegel
- M. Dechaine aus Theux, für den Vereinigungsverbund Similes ASBL
- Doktor R. Desnyder, Psychiater
- J. De Wagenaere, Psychologe
- J.P. Goorissen, Psychologe
- P. Nedergedaelt, Rechtsanwalt
- Doktor M.-J. Peeters, Psychiater
- Friedensrichter Vandenbranden vom 1. Gerichtskanton Antwerpen

**Die Arbeitsunterlagen des verkleinerten Ausschusses 99/2** - Fragen, persönliche Eingaben der Ausschussmitglieder, Sitzungsprotokolle, eingesehene Dokumente - werden als „Annexes 99/2“ im Dokumentationszentrum des Ausschusses aufbewahrt, wo sie eingesehen und kopiert werden können.

\*\*\*