

# **Gutachten Nr. 81 vom 24. November 2022 über das Rauchverbot in den Zentren für Forensische Psychologie (FPC)**

# Inhalt

<b>Befassung</b> .....	4
<b>1. Einleitung</b> .....	7
<b>2. Verschiedene Aspekte des Rauchens</b> .....	8
2.1. Kulturelle Aspekte des Rauchens .....	8
2.2. Soziologische Aspekte des Rauchens .....	9
2.3. Epidemiologische Aspekte des Rauchens .....	11
<b>3. Gesundheits- und Sicherheitsaspekte</b> .....	13
3.1. Neurobiologische Aspekte: Toxizität und Sucht.....	14
3.2. Tabakkonsum und somatische Gesundheit.....	15
3.3. Tabakkonsum und geistige Gesundheit .....	16
3.4. Kollektive Gesundheit: Passivrauchen .....	18
3.5. Sicherheitsrisiko aufgrund von Brandgefahr .....	18
3.6. Therapeutische Aspekte und Prävention.....	19
3.7. Zusammenfassung der gesundheitlichen Aspekte.....	23
<b>4. Rechtliche Rahmenbedingungen</b> .....	25
4.1. Entwicklung des Begriffs „Schutz der Gesellschaft“ .....	25
4.2. Das Rauchverbot in den Zentren für forensische Psychiatrie.....	27
4.2.1. Gesetzliche Grundlage für das Rauchverbot .....	28
a) Allgemeine Prinzipien .....	28
b) Gesetz vom 22. Dezember 2009 zur Einführung einer Regelung zum Rauchverbot in bestimmten Räumlichkeiten und zum Schutz der Bevölkerung vor Tabakrauch.....	29
c) Gesetz vom 22. August 2002 über die Rechte des Patienten (Patientenrechtsgesetz). 31	
d) Grundsatzgesetz vom 12. Januar 2005 über das Gefängniswesen und die Rechtsstellung der Inhaftierten.....	32
4.2.2. Rechtsprechung.....	33
4.2.3. Anwendungsbereiche .....	35
4.2.4. Beschluss.....	35
<b>5. Ethische Betrachtungen</b> .....	37
5.1. Ethische Grundsätze und Konzepte .....	37
5.2. Zwei ethische Dilemmas .....	37
5.2.1. Ein Dilemma zwischen einer paternalistischen Gesundheitsvision und der Achtung der Autonomie. ....	38
5.2.2. Ein Dilemma zwischen dem Respekt vor anderen und dem Respekt vor Autonomie.....	40
5.3. Der ethische Standpunkt des Ausschusses .....	41
5.3.1. Legitimität von Maßnahmen gegen das Rauchen .....	41
5.3.2. Dilemma Paternalismus – Autonomie: Zur „Empowerment" von Rauchern .....	41

5.3.3.	Wichtigstes Problem: Das Spannungsfeld zwischen der Autonomie von Rauchern und dem Schutz von Nichtrauchern .....	43
5.3.4.	Kann ein vollständiges Rauchverbot eingeführt werden? .....	43
5.3.5.	Zu einer teilweisen oder vollständigen Abstinenz?.....	45
5.3.6.	Für eine globale Betrachtung von Gesundheit.....	45
5.3.7.	Durchführungsgrundsätze.....	46
<b>6.</b>	<b>Schlussfolgerungen.....</b>	<b>48</b>

## **COPYRIGHT**

Belgischer Beratender Ausschuss für Bioethik

E-Mail: [info.bioeth@health.fgov.be](mailto:info.bioeth@health.fgov.be)

Unter der Voraussetzung folgender Quellenangabe ist es zulässig, aus diesem Gutachten zu zitieren: „Aus dem Gutachten Nr. 81 des Belgischen Beratenden Ausschusses für Bioethik, abrufbar auf [www.health.belgium.be/bioeth](http://www.health.belgium.be/bioeth)“.

### **Vorläufige Warnung:**

Die Stellungnahmen des Ausschusses werden auf Niederländisch und Französisch verfasst. Bitte betrachten Sie diese beiden Sprachversionen als offiziell, auch wenn Übersetzungen in anderen Sprachen verfügbar sind.

# Befassung

Am 8. Juni 2020 ersuchte Frau Dekkers, Vorsitzende der Ethik-Kommission der Zentren für forensische Psychiatrie von Gent und Antwerpen, den Ausschuss, sich mit der Problematik der (teilweisen) Einführung eines Rauchverbots in einem Zentrum für forensische Psychiatrie (nachfolgend FPC) zu befassen.

Diese Anfrage wurde folgendermaßen formuliert:

*„... Verschiedene Studien haben nachgewiesen, dass die Prävalenz des Rauchens von Tabak bei Menschen mit einer psychiatrischen Störung höher ist. Wie allgemein bekannt, hat Rauchen große negative Konsequenzen für die (somatische) Gesundheit, was sich in einer kürzeren Lebenserwartung äußert. Zudem kann sich Rauchen ungünstig auf den Verlauf von Störungen auswirken und bestimmte Medikamente beeinflussen.*

*Anlässlich eines Arbeitsbesuchs im Vereinigten Königreich erfuhren wir, dass dort und in den Vereinigten Staaten mehrere Initiativen und Maßnahmen seitens des Staates gesetzt wurden, um den Patienten/Inhaftierten sowie auch den Mitarbeitern eine Raucherpolitik oder ein Rauchverbot aufzuerlegen. Während dieses Verbot für die Mitarbeitenden strikt gehandhabt wird, wird es bei den Patienten geduldet, in dem man e-Zigaretten (sowohl mit als auch ohne Nikotin) erlaubt.*

*Auch im FPC Gent und Antwerpen stellten wir fest, dass die Prävalenz rauchender Patient\*innen sehr hoch ist. Die Folge ist, dass sowohl Personal als auch Patienten unfreiwillig passivem Rauchen ausgesetzt sind. Letzteres wurde im Rahmen eines kürzlichen Besuchs der FPC auch von der Arbeitsinspektion festgestellt. Sie stellten fest, dass zu viele Nichtraucher (sowohl Patienten als auch Mitarbeitende) durch die hohe Anzahl der Raucher innerhalb der Einrichtung sowie auch der geschlossenen Infrastruktur Rauchluft inhalieren.*

*Die Direktion denkt derzeit über die Installation einer rauchfreien Einrichtung nach, wobei Patienten und Mitarbeitende (phasenweise) unterstützt werden, um mit dem Rauchen oder Vapen aufzuhören. In diesem Rahmen arbeitet unsere Ethikkommission derzeit an einem ausführlichen ethischen Gutachten. In Anbetracht des einzigartigen Charakters der Einrichtung können wir nicht so einfach analog zur regulären Psychiatrie argumentieren. Die FPCs haben ein Sonderstatut und fallen nicht unter die Krankenhausgesetzgebung. Zudem gibt es Zukunftspläne für die Eröffnung neuer FPCs in Flandern und Wallonien.*

*Da derzeit noch stets eine große Lücke in den ethischen Richtlinien in Bezug auf Rauchen in geschlossenen Einrichtungen besteht, möchten wir Ihre Stellungnahme über diese wichtige und*

*komplexe Frage für diese gefährdete Zielgruppe einholen. Wir möchten deshalb dem Beratenden Ausschuss für Bioethik folgende Frage vorlegen: Wie lautet Ihre Stellungnahme zur (teilweisen) Einführung eines Rauchverbots in einer Einrichtung für forensische Psychiatrie?*

Diese Anfrage für ein Gutachten wurde bei der Plenarsitzung des Belgischen Beratenden Ausschusses für Bioethik vom 29. Juni 2020 für zulässig erklärt.

## **Vorausgehende Anmerkung:** Tragweite des Gutachtens

Die Bitte um ein Gutachten der Ethikkommission der Zentren für forensische Psychiatrie in Antwerpen und Gent betrifft die Legitimität eines Rauchverbots in den FPCs. In seiner Antwort untersucht der Ausschuss die Frage im spezifischen Kontext dieser Zentren. Bei den Besprechungen wurde jedoch deutlich, dass die Erwägungen und Schlussfolgerungen auch für andere geschlossene Einrichtungen gültig sind, in denen sich Patienten mit einer psychiatrischen Problematik aufhalten, wie Krankenhausabteilungen, in denen Patienten gemäß dem Gesetz vom 26. Juni 1990 unter Zwang eingewiesen wurden<sup>1</sup>, Einrichtungen zum Schutz der Gesellschaft oder psychiatrische Abteilungen von Gefängnissen<sup>2</sup>. Die oben genannten Zentren und Einrichtungen weisen die gemeinsame Eigenschaft auf, dass Patienten/Internierte/Häftlinge sich gegen ihren Willen dort aufhalten und eingesperrt sind. In diesem Gutachten werden sie mit der Beschreibung „geschlossene Einrichtungen“ angegeben.

---

<sup>1</sup>Gesetz vom 26. Juni 1990 über den Schutz der Person des Geisteskranken.

<sup>2</sup> Dies ändert jedoch nichts an den Unterschieden zwischen diesen Orten. So gelten in Krankenzimmern andere Vorschriften in Bezug auf Datenschutz als in Zimmern in Zentren für forensische Psychiatrie. Die Einrichtungen haben auch ein anderes Patientenprofil. Viele Internierte, die in FPCs oder psychiatrischen Krankenhäusern aufgenommen sind, kommen aus dem Gefängnis.

# 1. Einleitung

In unserer Gesellschaft gehen wir davon aus, dass alle Menschen grundsätzlich rauchen können, wenn sie dies wünschen. Es besteht jedoch ein breiter Konsens über die Schädlichkeit von Tabak. Das ist der Grund, warum der Staat dauerhaft in Bewusstmachungs- und Informationskampagnen investiert, die Publizität von Tabakwaren reguliert und den Verkauf von Tabak an Minderjährige verbietet. Die Freiheit, zu rauchen wird in unserer Gesellschaft jedoch immer mehr auf Basis des Schadengrundsatzes beschränkt. Es ist verboten, an Stellen zu rauchen, an denen Rauchen für andere schädlich sein kann (öffentliche Gebäude, öffentliche Transportmittel, Arbeitsplätze). Faktisch ist Rauchen auf private Räume (außer mit Minderjährigen im Auto) und im Freien (außer wenn man sich in der Nähe einer Schule oder eines Zentrums für Schülerbetreuung befindet) beschränkt.

Die von den Zentren für forensische Psychiatrie (FPC) vorgelegte Frage berührt hauptsächlich vier ethische Grundsätze. Erstes gibt es die Autonomie der Patienten und ihre Freiheit, Tabak zu konsumieren oder nicht. Es gibt den Grundsatz der Nichtschädigung von Dritten (Patienten und Personal). Anschließend und damit zusammenhängend gibt es die Pflicht des Staates, sich mit der Volksgesundheit zu befassen. Schließlich gibt es den Grundsatz der Achtung der Privatsphäre der Patienten und Internierten. Im Hinblick auf Letzteres müssen wir berücksichtigen, dass Internierte über sehr wenig Freiheiten verfügen, und dass ihr sehr beschränkter eigener Wohnraum auch stets für das Personal zugänglich ist und Bestandteil ihres Arbeitsortes darstellt.

Es stellen sich mehrere Fragen. Wie kann in einem solchen Kontext die Autonomie und die Freiheit, zu rauchen, mit dem Recht auf eine gesunde Wohn- und Arbeitsumgebung für Nichtraucher versöhnt werden? Inwiefern kann das Recht auf Rauchen mit der faktischen Organisation und des Betriebs eines FPC versöhnt werden? Wie kann die Achtung der individuellen Autonomie mit Gesundheitsprävention versöhnt werden? Was ist die Vision im Hinblick auf Gesundheit, die der Bekämpfung des Tabakkonsums zugrunde liegt? Ist es legitim, die Freiheit von Menschen, die gegen ihren Willen eingesperrt sind, und deren Freiheit bereits schwer eingeschränkt ist, noch weiter zu beschränken?

Vor jeder Erwägung muss angemerkt werden, dass das System des Schutzes der Gesellschaft (das alte Gesetz vom 9. April 1930) zwei Zielsetzungen zu vereinen versucht. Es enthält einerseits eine Sichtweise bezüglich der Sicherheit im Hinblick auf Straftäter (Schutz der Gesellschaft) und andererseits eine Sichtweise bezüglich der Pflege von Menschen mit einer psychiatrischen Erkrankung oder mit einer Behinderung. Dies führt zur Verwendung vielfältiger Begriffe, um Menschen zu bezeichnen, die in FPCs aufgenommen sind: Internierte, Häftlinge, Patienten und Bewohner. Der korrekte juristische Begriff für die Bezeichnung von

Menschen, die unter das Statut des Schutzes der Gesellschaft fallen, ist „Internierte“ (Gesetz vom 5. Mai 2014 über die Internierung). Es ist jedoch wichtig, an den Grundsatz des gleichen Zugangs zur Pflege zu erinnern, der auch für Personen gilt, die ihrer Freiheit beraubt wurden. Darüber hinaus wurde bei der vorliegenden Reform der Pflege der Geistesgesundheit<sup>3</sup> das Konzept eines „Pflegeprogramms für Internierte“ eingeführt. Aus diesen beiden Gründen hält der Ausschuss es für wünschenswert, zu betonen, dass es hier in erster Linie auch um „Patienten“ geht.

## 2. Verschiedene Aspekte des Rauchens

### 2.1. Kulturelle Aspekte des Rauchens

Sobald der Mensch die Kontrolle über das Feuer erlangt hat, scheint Rauch eine äußerst wichtige Rolle für den Menschen gespielt zu haben, sowohl im Rahmen von Ritualen als auch zur therapeutischen Nutzung oder schlichtweg für die Freizeit. Die Tabakpflanze, die seit jeher von der ursprünglichen Bevölkerung Amerikas verwendet wurde, wurde im 16. Jahrhundert über Spanien und Portugal in Europa eingeführt und am französischen Hof von Jean Nicot vorgestellt, dem französischen Botschafter in Portugal. Zuerst wurde sie vor allem wegen ihrer therapeutischen Eigenschaften geschätzt, weil sie Königin Caterina de Medici bei der Behandlung ihrer Migräne half. Der Konsum von Tabak verbreitete sich dann schnell in der Gesellschaft, zuerst in Form von Schnupftabak und später in rauchbarer Form (Pfeife, Zigarre, Zigarette). Doch waren nicht alle mit dem zunehmenden Konsum zufrieden.<sup>4 5</sup>

Im Laufe der folgenden Jahrhunderte wurde Tabak aufgrund seiner vermeintlichen heilenden Kraft in großem Maßstab verwendet, und entwickelte sich allmählich zum Genussmittel. Im Laufe des 20. Jahrhunderts entwickelt sich das Rauchen unter dem Impuls der wachsenden Tabakindustrie und der groß angelegten Werbekampagnen für die Zigarette zu einer Gewohnheit; Tabak wird praktisch weltweit sozial anerkannt.

Trotz des harten Kampfes zwischen einerseits der Tabakindustrie und andererseits der Anti-Tabak-Bewegung, der auf Basis von Studien und Gegenstudien, Propaganda und Rechtssachen ausgetragen wurde, hat sich das soziale Bild des Tabakkonsums allmählich von einem entspannenden Genussmittel zu einem Gesundheitsrisiko entwickelt. Heute wird anerkannt,

---

<sup>3</sup>Reform „Artikel 107“, siehe beispielsweise

<http://www.psy107.be>;

<http://www.psy107.be/images/Brochure%20TSI%20CA%20de%20Mons%202017.10.13.pdf>

(nur auf Französisch);

[http://www.psy107.be/images/Zorgtrajecten\\_voor\\_ge%C3%AFnterneerde\\_poster.pdf](http://www.psy107.be/images/Zorgtrajecten_voor_ge%C3%AFnterneerde_poster.pdf).

<sup>4</sup>Im Jahr 1642 kündigte Papst Urban VIII eine Bulle gegen Tabakkonsum an, während Zar Alexander die Raucher im Jahr 1655 nach Sibirien deportieren ließ.

<sup>5</sup>Siehe SEUTIN, V., *Le Tabac en question*, Mardaga, Brüssel, 2020, S. 22.

dass Tabakkonsum eine doppelte Gefahr beinhaltet: Einerseits sind verschiedene Bestandteile gesundheitsschädlich, und andererseits führt es zu einem Suchtsyndrom (siehe weiter unten 3.1 ff). Es handelt sich somit um eine Droge, manche betrachten es selbst als *Hard drug*.<sup>6</sup> Mit dem Rauchen aufzuhören, verursacht folglich für einen regelmäßigen Konsumenten Entzugserscheinungen. Diese Entwicklung der Vorstellungen in Bezug auf Tabak ist die Grundlage von Maßnahmen, Vorschriften und Gesetzen, die stets strenger werden, aber bis heute noch nicht zur Katalogisierung als illegale Droge geführt haben.

Der Konsum von Drogen ist ein universelles Phänomen<sup>7</sup>, auch wenn das konsumierte Produkt vom historisch-kulturellen Kontext bestimmt wird. Bestimmten Autoren zufolge<sup>8</sup> wird dieser universelle Charakter durch die Tatsache erklärt, dass eine Sucht eine Manier sein soll, um mit der Komplexität und der Unsicherheit umzugehen, die mit der menschlichen Kondition verbunden ist. Man berücksichtigt also am besten, dass neben körperlichen Entzugserscheinungen auch psychische Entzugserscheinungen auftreten können, wenn man Menschen den Zugang zu ihrer Droge verwehrt.

Die Tatsache, dass Tabak zur Kategorie einfach zugänglicher Drogen gehört, macht den Kampf gegen die Folgen des Konsums für die Gesundheit um einiges komplizierter. Es ist allgemein anerkannt, dass der Staat zum Schutz der Volksgesundheit Anstrengungen unternehmen muss, um vom Rauchen abzuraten und es zu erschweren, zusätzlich zu besteuern und zu denormalisieren.

## 2.2. Soziologische Aspekte des Rauchens

Beim Tabakkonsum geht es nicht um Einzelpersonen, die unabhängig von externen Einflüssen sind. Der soziale Kontext hat einen wichtigen Einfluss auf den Tabakkonsum. Es wurden große soziale Unterschiede festgestellt.<sup>9</sup> Obwohl der Zigarettenpreis regelmäßig erhöht wird, scheint der Prozentsatz der Raucher unter sozial Benachteiligten und Menschen mit geringer Ausbildung derzeit deutlich höher zu sein, in dem Ausmaß, dass Rauchen als Indikator für soziale Ungleichheit betrachtet werden kann.<sup>10</sup>

---

<sup>6</sup>Siehe SEUTIN, V., ebenda, S. 43-48.

<sup>7</sup>Siehe QUINTIN, J., *Ethique et toxicomanie. Les conduites addictives au coeur de la condition humaine*, Liber, Montréal, 2012, S. 24-26.

<sup>8</sup>Siehe beispielsweise QUINTIN, J., ebenda, S. 17: "Nous devons considérer la toxicomanie comme une expérience où se révèle l'essence de la condition humaine".

<sup>9</sup>Siehe beispielsweise: GOFFETTE, C., "Déterminants individuels et contextuels de la consommation de tabac. Une analyse des pratiques tabagiques au sein des ménages sur données françaises", *Revue française de sociologie*, Vol. 57, Nr. 2, 2016, S. 213-239.

<sup>10</sup>Ziffern der WHO, 26. Juli 2021, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>: „Mehr als 80% der 1,3 Milliarden Tabakkonsumenten leben in Ländern mit geringem bis mäßigem Einkommen.“

Der soziale Kontext der unmittelbaren Umgebung spielt ebenso eine unterstützende Rolle: Die Anwesenheit mehrerer Raucher in der Familie oder mehr noch in Gruppen von Freunden, Kollegen oder Altersgenossen regt Individuen zum Tabakkonsum an.<sup>11</sup> Dies kann unter anderem erklären, warum Rauchen in psychiatrischen Einrichtungen so „ansteckend“ ist.<sup>12</sup>

Im Laufe der Zeit gibt es jedoch keine Konstante in den soziologischen Merkmalen von Rauchern. Sobald Tabak in Europa erschien, wurde der Konsum rasch populär. Aufgrund der vermeintlichen Wirkung, aber auch für gelegentliche Nutzung in der Freizeit war es lange Zeit modern, Tabak zu konsumieren.<sup>13</sup> Zigaretten hielten im 19. Jahrhundert Einzug, und es entstand rasch ein florierender Handel. Die beiden Weltkriege verbreiteten den Zigarettenkonsum unter den Soldaten und der Bevölkerung. Vor allem nach dem Zweiten Weltkrieg nahm der Konsum weltweit kräftig zu. Infolge des Antiraucher-Politik und Bewusstmachungskampagnen hat die Anzahl der Raucher in den vergangenen Jahrzehnten jedoch allmählich abgenommen. In Belgien ist der Prozentsatz beispielsweise bereits von 30% im Jahr 1998 auf 23% im Jahr 2013 und auf 19% im Jahr 2018 zurückgegangen.<sup>14</sup>

Obwohl die Anzahl der Raucher heute vor allem bei Menschen mit geringer Bildung hoch ist, war dies nicht immer der Fall. Der Tabakkonsum verbreitete sich in erster Linie unter den bevorrechtigten und kultivierten Klassen, breitete sich anschließend auf die Mittelklasse aus, wonach die Unterteilung umgekehrt wurde, mit einem Rückgang in den privilegierten Klassen und einer Zunahme bei den ärmeren Bevölkerungsgruppen. Diese Entwicklung ist mit einem zeitlichen Unterschied zwischen Männern und Frauen vor sich gegangen.

Wie der 1980 „Black Report“<sup>15</sup> nachweist, spielen soziologische Determinanten eine erhebliche Rolle im Hinblick auf den Gesundheitszustand von Individuen und ihrer Lebenserwartung. Rauchen in Kombination mit weniger guten Lebensbedingungen trägt erheblich zu einer schlechteren Gesundheit und einer kürzeren Lebenserwartung bei. Dies wird vom Hohen Gesundheitsrat (HGR) bestätigt: *„Rauchen ist heute eine der wichtigsten Ursachen von gesundheitlicher Ungleichheit. Rauchen hängt stark mit einer sozial benachteiligten Position*

---

<sup>11</sup> GOFFETTE, C., ebenda

<sup>12</sup> Siehe nachstehend Punkt 2.3.

<sup>13</sup> Dies geht unter anderem aus diesem Satz von Molière hervor: „Es geht nichts über Tabak: Es ist die Leidenschaft ehrlicher Menschen, und wer ohne Tabak lebt, ist des Lebens nicht würdig“. MOLIÈRE, *Dom Juan*, 1. Akt, 1. Szene. Originalversion: „Il n'est rien d'égal au tabac: c'est la passion des honnêtes gens, et qui vit sans tabac est indigne de vivre“.

<sup>14</sup> Quelle: *Health Interview Survey*, Sciensano, 1997-2018, <https://www.sciensano.be/nl/projecten/gezondheidsenquête-0>.

<sup>15</sup> Siehe [https://en.wikipedia.org/wiki/Black\\_Report](https://en.wikipedia.org/wiki/Black_Report).

Der *Black Report* wurde 1980 vom *Department of Health and Security* (Ministerium für Gesundheit und Sicherheit) des Vereinigten Königreichs veröffentlicht, um die gesundheitliche Ungleichheit zu analysieren. Ein Jahr später trat einer der Verfasser, Douglas Black, in *The Lancet* für deutliche Empfehlungen zur Bekämpfung des Rauchens ein, das als einer der wichtigsten Faktoren im Hinblick auf die Verschlechterung der Gesundheit angeklagt wurde: BLACK, D., „Smoking and the Black Report“, *The Lancet*, Januar 1981, S. 280.

(psychiatrische Patienten, Menschen in Gefängnissen, Menschen mit einem geringen Bildungsstand usw.) zusammen)<sup>16</sup>.

## 2.3. Epidemiologische Aspekte des Rauchens

Die Weltgesundheitsorganisation (nachstehend WHO genannt) betrachtet Rauchen als Epidemie. Sie nennt es eine „*menschliche und ökonomische Tragödie*“ und eine „*der größten Bedrohungen aller Zeiten für die weltweite Volksgesundheit*“. Im Juli 2021 schätzte die WHO, dass in den kommenden Jahren jeweils mehr als 8 Millionen Menschen an Tabak sterben werden, wovon 7 Millionen Raucher und 1 Million Opfer von passivem Rauchen.<sup>17</sup> Dies entspricht 15 bis 16% der weltweiten Anzahl der Todesfälle;

Dies alles brachte die WHO dazu, ein Rahmenübereinkommen zur Eindämmung des Tabakgebrauchs vorzuschlagen.<sup>18</sup> Diese *WHO Framework Convention on Tobacco Control (FCTC)* wurde im Jahr 2003 einstimmig verabschiedet, und ist am 27. Februar 2005 in zahlreichen Ländern - worunter auch der EU - in Kraft getreten. Der Text gibt die Notwendigkeit des Schutzes gegen die Aussetzung an Rauch an und bestätigt die Bedeutung von Strategien zur Senkung des Angebots, in Kombination mit Strategien zur Senkung der Nachfrage. 2007 stellte die WHO eine praktische und kosteneffiziente Art und Weise vor, um die Ausführung der wichtigsten Bestimmungen des WHO-FCTC zur Einschränkung der Nachfrage in der Praxis zu steigern, die MPOWER-Maßnahmen. Seit 2007 kontrolliert die WHO auch die diesbezügliche Politik.<sup>19</sup>

In Belgien schwankte die Prävalenz von Rauchern in den letzten Jahren rund 20%, d.h. dass ungefähr ein von fünf Belgiern raucht.<sup>20</sup> Tabakkonsum kommt häufiger bei Männern vor, in den niedrigeren sozioökonomischen Klassen und in der Altersgruppe von 25-35 Jahren. Diese Anzahl ist im Vergleich zu den vorhergehenden Jahrzehnten rückläufig. Aus den aktuellen Daten geht jedoch hervor, dass sich der rückläufige Trend im Hinblick auf das Rauchen

---

<sup>16</sup> HGR, Gutachten Nr. 9549, „Elektronische Zigarette: Entwicklung“, Juni 2022, S. 8.

<sup>17</sup> Ziffern WHO, *World Health Organisation* (nachstehend WHO), 26. Juli 2021: [Tabac \(who.int\)](https://www.who.int). Originalversion: „tragédie humaine et économique“ ; „L'épidémie de tabagisme est l'une des plus graves menaces ayant jamais pesé sur la santé publique mondiale“.

<sup>18</sup> WHO: <https://fctc.who.int/>.

<sup>19</sup> Die WHO umschreibt diese MPOWER-Maßnahmen folgendermaßen (<https://www.who.int/initiatives/mpower>):

- Monitor tobacco use and prevention policies
- Protect people from tobacco use
- Offer help to quit tobacco use
- Warn about the dangers of tobacco
- Enforce bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship
- Raise taxes on tobacco.

<sup>20</sup> „Belgien hat 19% Raucher; 15% tägliche Raucher (19% bei Männern, 12% bei Frauen) und 4% Gelegenheitsraucher“ in „Gebruik van tabak; Gezondheidsenquête 2018“, Sciensano, Oktober 2019, S. 6.

geändert hat: ein Bericht von Sciensano<sup>21</sup> weist auf eine Raucherziffer von 23% hin, gemessen im Dezember 2020, und erklärt, dass „ungefähr 50-60% der Raucher [...] ihre Rauchgewohnheiten während der Gesundheitskrise verändert [haben]“. Dem HGR zufolge „ist in Belgien noch immer 1 von 7 Todesfällen auf eine tabakbezogene Krankheit zurückzuführen. Jährlich sterben rund 14.000 Belgier vorzeitig an den Folgen des Rauchens.“<sup>22</sup>

Der Prozentsatz an Rauchern erweist sich bei Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung als besonders hoch. „Die Frequenz des Rauchens bei Patienten mit Schizophrenie variiert zwischen 60 und 90% der Probanden, abhängig von der Studie, verglichen mit 23 bis 30% in der allgemeinen Bevölkerung.“<sup>23</sup> Vertreter der FPCs in Gent und Antwerpen melden, dass 80% der Patienten rauchen. An solchen Orten herrscht eine Art von *Rauchkultur*, die dafür sorgen kann, dass auch Nichtraucher, die dort ankommen, im Laufe der Zeit zu rauchen beginnen. Sowohl unter den Patienten als auch unter dem Personal befinden sich einige „neue Raucher“, d.h. Menschen, die bei ihrer Ankunft Nichtraucher waren und die zu rauchen beginnen, wenn sie mit anderen in Kontakt kommen.

In psychiatrischen Einrichtungen und Abteilungen zeigt sich zudem, dass nicht nur bei der Patientenpopulation, sondern auch beim Personal überdurchschnittlich viel geraucht wird. Gemeinsames Rauchen wird vom Personal manchmal als Möglichkeit gesehen, den Dialog mit den Patienten zu vereinfachen. Rauchen dient als Ablenkung und würde auch eine soziale Funktion erfüllen. Viele Interaktionen finden beim und im Umkreis des Tabakkonsums statt: Diskussionen, Austausch, aber auch Schmuggeln, Konflikte, selbst Gewalt. Bis vor kurzem schien es in vielen psychiatrischen Einrichtungen eine große Toleranz für das Rauchen zu geben. In dieser Hinsicht verändert sich die Situation: Die betreffenden Abteilungen werden sich der Gefahr des Rauchens für die Gesundheit dieser besonders gefährdeten Bevölkerungsgruppe, für Schäden an Dritten (Personal und Patienten, die nicht rauchen, aber passiv mitrauchen) und der negativen Folgen des Rauchens für den allgemeinen Betrieb immer mehr bewusst.

---

<sup>21</sup> “Vijfde COVID-19-gezondheidsenquête; eerste resultaten”, Sciensano, Dezember 2020, S. 43.

<sup>22</sup> HGR, Gutachten Nr. 9549, ebenda S. 68.

<sup>23</sup> DERVAUX, A., LAQUEILLE, X., “Tabac et schizophrénie : aspects épidémiologiques et cliniques”, in *L'Encéphale*, 2008, vol. 34, Nr.3, S. 299-305. Originalversion: “La fréquence de la consommation de tabac chez les patients schizophrènes varie entre 60 et 90 % des sujets selon les études contre 23 à 30% en population générale”.

### 3. Gesundheits- und Sicherheitsaspekte

#### Vorausgehende Anmerkung:

**Die gesundheitlichen Aspekte im Zusammenhang mit dem Rauchen oder Tabakkonsum werden in diesem Teil relativ ausführlich behandelt. Eine Zusammenfassung dieser Aspekte ist in Punkt 3.7 ersichtlich.**

Tabak wurde in Europa zuerst als heilkräftiges Mittel verwendet, und lange Zeit waren die Meinungen von Medizinern über die heilenden oder schädlichen Wirkungen für die Gesundheit unterschiedlich. Im Jahr 1885 schrieb Dr. Pécholier im *Dictionnaire des Sciences médicales*: "(...) Wenn ein Stoff eine solche kräftige Wirkung auf den lebenden Körper zu haben scheint wie Tabak und Nikotin, denken wir, dass dieser in der Lage sein muss, therapeutische Veränderungen der ersten Ordnung zustande zu bringen."<sup>24</sup> Jules Rochard, Mitglied der französischen *Académie de Médecine*, veröffentlichte im Jahr 1892 in der *Revue des Deux-Mondes* dahingegen einen Artikel mit dem Titel "Le Tabac"<sup>25</sup>, in dem er für eine wissenschaftliche Annäherung des Themas eintrat.<sup>26</sup> Er weist auf den giftigen Charakter des Produktes hin, platziert es aber nach wie vor in der Kategorie der heilkräftigen Pflanzen: „Tabak ist ein Gift, wie die meisten Nachtschattengewächse, und wie viele andere Pflanzen, die die Medizin täglich verwendet“.<sup>27</sup> Im selben Artikel geht er auf die Suchtneigung ein.<sup>28</sup>

Trotz dieser frühen Warnungen entstand erst in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts ein Einvernehmen über die Gefahren von Tabak. 1950 veröffentlichten Wynder und Graham eine Untersuchung mit dem Titel „*Tobacco Smoking as a Possible Etiologic Factor in Bronchiogenic Carcinoma: A Study of 684 Proved Cases*“<sup>29</sup>. Kurz danach bestätigten die Epidemiologen Doll und Hill den Zusammenhang zwischen Tabakkonsum und bronchialem Krebs. 1962

---

<sup>24</sup>Zitiert in SEUTIN, V., ebenda, S. 21.

Originalversion: "(...) Lorsqu'on trouve dans une substance des effets aussi énergiques sur le corps vivant que ceux du tabac et de la nicotine, nous estimons qu'on doit les croire capables de produire des modifications thérapeutiques de premier ordre".

<sup>25</sup> ROCHARD, J., "Le Tabac", in *La Revue des Deux-Mondes*, 3e période, Teil 109, 1892, S. 414-443.

<sup>26</sup> "(...) Die Naturwissenschaften, die Physiologie und die Gesundheitslehre müssen die experimentellen Grundlagen liefern, auf denen wir ihre Beurteilung basieren können".

Originalversion: "(...) c'est aux sciences naturelles, à la physiologie et à l'hygiène qu'il appartient de leur fournir les bases expérimentales sur lesquelles peuvent se fonder leurs appréciations".

<sup>27</sup> Originalversion: "Le tabac est un poison, comme la plupart des solanées, comme une foule de plantes que la médecine utilise tous les jours".

<sup>28</sup> „Dies ist ein sehr interessantes Phänomen, das erklärt, wie leicht sich Menschen an den Tabakkonsum gewöhnen. Unter Einfluss einer allmählich zunehmenden Dosierung tritt eine rasche Toleranz ein.“

Originalversion: "On observe alors un phénomène des plus intéressants et qui explique la facilité avec laquelle on s'habitue à l'usage du tabac. C'est la tolérance rapide qui s'établit sous l'influence de doses graduellement croissantes".

<sup>29</sup> WYNDER, E., GRAHAM, E., "Tobacco smoking as a possible etiologic factor in bronchiogenic carcinoma; a study of 684 proved cases", *Journal of the American Medical Association*, vol. 143, Nr. 4, 1950, S. 329-336.

veröffentlichte das *Royal College of Physicians* einen Bericht, in dem eine erhebliche Zunahme von Zungenkrebs bei schweren Rauchern festgestellt wurde.<sup>30</sup> Seitdem warnen Ärzte und Wissenschaftler jahraus, jahrein vor den erheblichen Gesundheitsrisiken von Tabak, nicht nur für die Gesundheit der Raucher selbst, sondern auch für die Gesundheit der Nichtraucher, die dem Rauch ausgesetzt werden. Dieser Rauch führt zu großen schädlichen Wirkungen im Hinblick auf Pathologien, eine höhere Sterblichkeit, aber auch soziale Kosten.

### 3.1. Neurobiologische Aspekte: Toxizität und Sucht

Tabak besteht aus einer sehr großen Anzahl chemischer Verbindungen (mehr als 5.000), wovon der Großteil Kohlenhydrate sind.<sup>31</sup> Die **Toxizität** des Rauchs, der bei der Verbrennung von Tabak entsteht, ist die Folge der kombinierten Wirkung verschiedener Elemente: Stoffe, die der Pflanze eigen sind (Nitrosamine, Kohlenwasserstoffe, Schwermetalle usw.), Additive, die von den Produzenten hinzugefügt werden, um den Geschmack von Zigaretten zu ändern oder die süchtig machende Wirkung zu verstärken, und die Produktion von Kohlenmonoxid (CO) bei der Verbrennung. Von verschiedenen dieser Stoffe (Nitrosamine, Benzol, Cadmium) ist bekannt, dass sie krebserregend sind. Kohlenmonoxid bindet sich an Hämoglobin (Carboxyhämoglobin), wodurch weniger Sauerstoff für das Gewebe zur Verfügung steht (Hypoxie); dies erklärt die Kopfschmerzen oder den Schwindel, den einige Raucher spüren. Es gibt verschiedene Inventare der Stoffe, die für die Toxizität der Zigaretten verantwortlich sind. Auf der Liste, die im Jahr 2012 von der *Food and Drug Administration* erstellt wurde, sind 93 aufgelistet.<sup>32</sup>

Aber die Gefahr von Tabak ist auch mit der kräftigen **süchtig machenden Wirkung** von Nikotin verbunden. Nikotin ist eine der am stärksten süchtig machenden Drogen<sup>33</sup>, möglicherweise durch die sehr schnelle Penetration im Gehirn<sup>34</sup>. Durch die Nachahmung eines Neurotransmitters (Acetylcholin) bindet es sich an neuronale Rezeptoren des Nikotin-Typs und aktiviert diese. Dies hat eine stimulierende Wirkung auf das Zentralnervensystem, und zwar auf das so genannte „Belohnungszentrum“, mit einer Zunahme der Dopamin-Abgabe. Das Dopaminsystem ist günstig bei der kognitiven Leistung, der Aufmerksamkeit sowie auch beim Lernprozess über Belohnungen (Bekräftigung) beteiligt. Die Nikotin-Rezeptoren werden jedoch schnell deaktiviert, wodurch die subjektive, vom Raucher erlebte Wirkung abnimmt, und das

---

<sup>30</sup> Royal College of Physicians, *Smoking and Health*, Londen, Pitman Medical, 1962; Royal College of Physicians, *Smoking or Health Now*, Londen, Pitman Medical, 1971, zitiert in Godeau, Eric. "Comment le tabac est-il devenu une drogue? La société française et le tabac de 1950 à nos jours", *Vingtième Siècle. Revue d'histoire*, Vol. 102, Nr. 2, 2009, S. 105-115.

<sup>31</sup>Für diesen Absatz siehe DEVILLE, M., CHARLIER, C., Kapitel 2, in SEUTIN, V., *ebenda*, S. 27-37.

<sup>32</sup> FOOD and DRUG ADMINISTRATION, "Harmful and Potentially Harmful Constituents in Tobacco Products and Tobacco Smoke; Established List", *Federal Register*, Vol. 77, Nr. 64, 2012, S. 20034-20037.

<sup>33</sup> FAURE Ph, SEUTIN, V., in SEUTIN, V., *ebenda*, S. 54.

<sup>34</sup> FAURE Ph, SEUTIN, V., in SEUTIN, V., S. 54: Nikotin soll ungefähr zehn Sekunden nach dem Inhalieren eine Wirkung auf das Zentralnervensystem ausüben.

Bedürfnis zu rauchen erneut entsteht. Langfristig tritt eine tiefgehende und dauerhafte Veränderung in der Physiologie der Nikotin-Rezeptoren und in allen beteiligten zerebralen Kreisläufen ein. Diese Veränderung ist für die großen Schwierigkeiten verantwortlich, die Raucher haben, wenn sie dauerhaft mit dem Rauchen aufhören möchten.

Demzufolge kann man behaupten, dass Tabak nicht nur zu einer Form von Abhängigkeit, sondern einer echten Sucht führt. Die süchtig machende Wirkung basiert auf drei Eigenschaften. Erstens gibt es den Kontrollverlust: Trotz der Tatsache, dass der Raucher die Risiken kennt, ist er nicht in der Lage, aufzuhören. Zweitens gibt es den Automatismus des Konsums, der zwanghaft wird. Schließlich führen diese beiden Mechanismen zu einer Reduktion des mentalen Lebens des Individuums auf alles, was mit dieser Droge zu tun hat. Aus therapeutischem Gesichtspunkt bedeutet dies, dass für eine eventuelle Entwöhnung die Hilfe nicht nur auf die körperliche und psychische Abhängigkeit ausgerichtet sein muss, sondern auch auf den mentalen Inhalt (mit dem Ziel, die Tätigkeiten rund um das Rauchen durch etwas anderes zu ersetzen), andernfalls wird ein Rückfall eintreten.

### 3.2. Tabakkonsum und somatische Gesundheit

Tabakkonsum ist für zahlreiche Pathologien verantwortlich, die vor allem die Atemwege und das Herz- und Gefäßsystem beeinträchtigen. Er ist auch eine der wichtigsten Ursachen für Krebs.

Das gesamte **Atmungssystem**, vom Bereich Hals-Nase-Ohren bis zu den Lungenbläschen, kann beeinträchtigt werden. Wenn Menschen Rauch einatmen, fungieren ihre Lungen als Filter und fangen die Giftstoffe auf. Verschiedene Stoffe (polyzyklische Kohlenwasserstoffe, Stickstoffoxid, Ammoniak, Phenole usw.), die im eingeatmeten Rauch anwesend sind, verursachen eine Reizung der Schleimhäute der Atemwege, was langfristig zu einem chronischen Entzündungsprozess führt. Die Schleimhäute werden anfälliger für Krankheitserreger. Allmählich entwickeln sich eine chronische obstruktive Bronchitis und ein Emphysem (chronische obstruktive Lungenkrankheit oder COPD). Klinisch sind die wichtigsten Symptome ein chronischer Husten, das Aushusten von Schleim und Atemschwierigkeiten (Dyspnoe) mit einer Progression zur Atmungsinsuffizienz.

Tabak ist auch ein echtes Gift für das **kardiovaskuläre System**, und zwar über verschiedene Mechanismen.<sup>35</sup> Eingeatmetes Kohlenmonoxid vermindert die Sauerstoffmenge im Blut und ist überdies ein kräftiger Vasokonstriktor, der allmählich Veränderungen der Gefäßwände

---

<sup>35</sup>Siehe WHO: Welttag ohne Tabak 2018. *Tabak bricht dein Herz: Entscheide dich für Gesundheit, nicht für Tabak*. Genf: Weltgesundheitsorganisation, 2018, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272810/WHO-NMH-PND-18.4-fre.pdf>.

verursacht (Gefäßverengung). Nikotin hat eine hypertensive Wirkung und verursacht einen erhöhten Puls. Die Aerosolreste (Teer) verursachen eine Reizung der Gefäßwände, was zu chronischen Entzündungen, der Bildung kleiner Blutgerinnsel und schlussendlich einer Verengung der Gefäße führt. Dies führt zu Hyperkoagulabilität<sup>36</sup> und zur Bildung von atheromatösen Läsionen<sup>37</sup>. Die klinischen Folgen sind erheblich: hoher Blutdruck, Infarkt, Schlaganfall, Aneurysma, Blutgerinnsel, Arteriitis. Es muss angemerkt werden, dass das Risiko einer Beeinträchtigung des kardiovaskulären Systems beim Konsum oraler Verhütungsmittel oder bestimmter Antipsychotika zunimmt. Der Tabakkonsum stellt folglich eine **große Gefahr für das kardiovaskuläre System** dar, mit einer stark erhöhten Sterblichkeit zur Folge. Die schädlichen Wirkungen können früh auftreten, und bei einer relativ niedrigen Konsumschwelle.<sup>38</sup> *„Rauchen bleibt einer der wichtigsten Risikofaktoren für Herz- und Gefäßkrankheiten (CVD). Das Risiko eines ischämischen Schlaganfalls wird bei Rauchern nämlich verdoppelt, und das Risiko auf einen Myokardinfarkt verdreifacht.“*<sup>39</sup>

Eines der größten Risiken des Tabakkonsums ist natürlich das **Krebsrisiko**. Die WHO ist der Meinung, dass *„Rauchen weltweit für 25% aller durch Krebs verursachten Todesfälle verantwortlich ist, und auch die wichtigste Ursache für Lungenkrebs.“*<sup>40</sup> Neben Lungenkrebs nimmt das Vorkommen von Krebs bei Rauchern in anderen Organen zu: Mundhöhle, Zunge, Kehlkopf, Speiseröhre und Blase.

Die Liste potenzieller Gesundheitsrisiken für Raucher umfasst zudem Probleme mit der Sexualität und Fruchtbarkeit, Probleme der Mundgesundheit, Hautveränderungen... sowie Gefahren für den Fötus während der Schwangerschaft bei rauchenden Müttern.

### 3.3. Tabakkonsum und geistige Gesundheit

Eine Komorbidität zwischen Rauchen und psychischen Störungen kommt sehr häufig vor. Dies geht aus Wahrnehmungen von Ärzten hervor und wird durch zahlreiche Studien bestätigt.<sup>41</sup>

---

<sup>36</sup>D.h. eine erhöhte Gerinnungsneigung.

<sup>37</sup>Bildung von Plaques durch Fettablagerungen auf der Innenwand der Arterien; diese Plaques verändern schlussendlich die Wand und schwächen sie, was zu Rissen oder arteriellen Obstruktionen führen kann.

<sup>38</sup>Siehe beispielsweise: "Tabac et maladies cardio-vasculaires : le point sur la connaissance des français. baromètre de santé publique 2019". Santé publique France, Januar 2021.

<sup>39</sup>Ebenda, S. 12. Originalversion: "Le tabagisme reste l'un des principaux facteurs de risque de maladies cardiovasculaires (MCV). En effet, le risque d'accident vasculaire cérébral (AVC) ischémique est multiplié par deux chez les fumeurs et le risque d'infarctus du myocarde par trois".

<sup>40</sup> World Cancer Day: know the facts – tobacco and alcohol both cause cancer (who.int). Originalversion: "Tobacco use accounts for 25% of all cancer deaths globally and is the primary cause of lung cancer".

<sup>41</sup>Siehe beispielsweise: JOHN, U, MEYER, C, RUMPF, HJ, HAPKE, U., "Smoking, nicotine dependence and psychiatric comorbidity--a population-based study including smoking cessation after three years", *Drug Alcohol Dependence*, Vol. 76, Nr. 3, 2004, S. 287-295.

In seinem Gutachten Nr. 9549 von Juni 2022 gibt der HGR an, dass „ungefähr die Hälfte aller verhandelten Zigaretten in unserer westlichen Gesellschaft an Menschen mit einer psychischen Erkrankung verkauft werden“, S. 58.

Mehrere Autoren schließen daraus, dass es notwendig ist, den Rauchstopp bei dieser Art der Komorbidität proaktiv zu unterstützen.<sup>42</sup> Studien weisen auch nach, wie Menschen mit psychischen Störungen vorzeitig sterben, nicht nur aufgrund ihrer psychiatrischen Pathologie, sondern häufig auch aufgrund von Komplikationen, die mit schwerem Rauchen in Zusammenhang stehen.<sup>43</sup>

Im Übrigen erweist sich der Zusammenhang zwischen Rauchen und geistiger Gesundheit als sehr komplex, und muss zweifellos noch weiter untersucht werden. Dieser Zusammenhang wird häufig bei Stimmungsstörungen (unter anderem Depression und Bipolarität), oder bei Angststörungen genannt. Der Prozentsatz an Rauchern bei depressiven Menschen ist beträchtlich. Darüber hinaus wurden Fälle von depressiver Dekompensation nach dem Rauchstopp beschrieben. Umgekehrt können bei chronischen Rauchern depressive Symptome auftreten.<sup>44</sup> Derzeit scheint es schwierig zu sein, zwischen den Hypothesen der angeblichen depressiven oder antidepressiven Eigenschaften von Nikotin zu wählen.<sup>45</sup>

Unter Patienten mit Schizophrenie ist der Prozentsatz der Raucher ebenfalls hoch. Häufig liegt eine schwere Abhängigkeit vor, was teilweise ihre niedrigere Lebenserwartung durch das Auftreten von Krebs, Erkrankungen der Atemwege oder Herz- und Gefäßkrankheiten erklärt. *Patienten mit Schizophrenie inhalieren den Rauch tiefer, sie holen mehr Nikotin aus einer Zigarette als die Personen in der Kontrollgruppe. Die Tabaksucht innerhalb dieser Population ist schwer.*<sup>46</sup> Das Rauchen selbst würde wenig Einfluss auf die spezifischen Symptome dieser Erkrankung haben. Im Allgemeinen wird angenommen, dass Rauchen eine Form von Selbstmedikation sein kann, weil es Spannungen löst oder die kognitive Leistung dieser Patienten verbessert.<sup>47</sup> Dies könnte erklären, warum sie besonders anfällig für das Produkt sind und warum sie in einem derart hohen Ausmaß abhängig davon sind.<sup>48</sup> Einigen Autoren

---

<sup>42</sup>Ebenda oder AUBIN, H.-J., ROLLEMA, H., SVENSSON, T., WINTERER, G., "Smoking, quitting, and psychiatric disease: A review", *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, vol. 36, Nr. 1, 2012, S. 271-284, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21723317/>

<sup>43</sup>Siehe HGR-Gutachten Nr. 9549, ebenda S. 63. Der HGR zitiert Studien, die eine Verminderung der Lebenserwartung um 13 bis 20 Jahre nachweisen.

<sup>44</sup>KLUNGSØYR, O., NYGÅRD, J., SØRENSEN, T., SANDANGER, I., "Cigarette Smoking and Incidence of First Depressive Episode: An 11-Year, Population-based Follow-up Study", *American Journal of Epidemiology*, vol. 163, Nr.5, 2006, S. 421-432, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16394201/> : "The risk of depression was four times as high for heavy smokers compared with never smokers."

<sup>45</sup>PINTO, E., "La nicotine aide-t-elle à lutter contre la dépression et l'anxiété?" in SEUTIN, V., ebenda, S 77-81.

<sup>46</sup>DERVAUX, A., LAQUEILLE, X., ebenda Originalversion: "Les patients schizophrènes inhalent la fumée plus profondément, leur taux d'extraction de nicotine par cigarette est plus élevé que celui des sujets témoins. La dépendance tabagique est sévère dans cette population".

<sup>47</sup>AUBIN, H.-J., ROLLEMA, H., SVENSSON, T., WINTERER, G., ebenda.

<sup>48</sup>SACCO, K., BANNON, K., GEORGE, T., "Nicotinic receptor mechanisms and cognition in normal states and neuropsychiatric disorders", *J. Psychopharmacol.*, vol. 18, Nr. 4, 2004, S. 457-474, [Nicotinic receptor mechanisms and cognition in normal states and neuropsychiatric disorders \(nih.gov\)](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15111111/).

zufolge erscheint dieser heilsame Aspekt jedoch relativ beschränkt und möglicherweise von vorübergehender Natur.<sup>49</sup>

Übrigens muss beim Konsum von psychotropen Medikamenten der Rauchstatus der Patienten berücksichtigt werden. Durch die Wirkung auf das kardiovaskuläre System verstärkt Rauchen die schädlichen metabolischen Auswirkungen einiger Antipsychotika. Bei einer Behandlung mit Clozapin oder Haloperidol ist beispielsweise Vorsicht geboten, weil Rauchen den Blutspiegel des Moleküls senkt und dadurch auch deren klinische Wirkung. Umgekehrt kann ein abrupter Rauchstopp zu einer Überdosierung führen. Dies alles weist auf die Notwendigkeit einer allesumfassenden Vision in Bezug auf die Gesundheit hin, mit einer optimalen Koordination zwischen psychiatrischer und somatischer Pflege.

### 3.4. Kollektive Gesundheit: Passivrauchen

Passivrauchen wird definiert als das unfreiwillige Inhalieren von Rauch, der von einem Raucher in der Umgebung stammt. In geschlossenen Räumen kann die Menge an Rauch, die Nichtraucher einatmen, beträchtlich sein. Der Rauch, der vom Raucher ausgeatmet wird - ‚Umgebungsrauch‘<sup>50</sup> genannt - ist gefährlich, weil er hohe Giftstoffkonzentrationen enthält.<sup>51</sup> Deshalb ist auch Passivrauchen eine Gefahr für die Gesundheit, wenn auch nicht so groß wie für den Raucher selbst, aber dennoch signifikant. Das Risiko auf Lungenkrebs würde sich beispielsweise im Vergleich mit nicht exponierten Personen verdoppeln.<sup>52</sup> Diese Gefahr ist umso größer, wenn Personen regelmäßig exponiert werden, und dieses Phänomen bereits in jungem Alter beginnt. Vor allem kleine Kinder sind potenzielle Opfer (erhöhtes Asthma-Risiko). Der WHO zufolge gibt es keinen Grenzwert, unter dem eine passive Aussetzung an Tabakrauch sicher ist.<sup>53</sup>

### 3.5. Sicherheitsrisiko aufgrund von Brandgefahr

Neben diesen Gesundheitsrisiken beinhaltet das Rauchen in geschlossenen Einrichtungen auch ein gelegentliches Risiko für den Raucher oder für Dritte, und zwar die Brandgefahr aufgrund schlecht ausgedrückter Zigaretten. Es handelt sich dabei um ein erhöhtes Risiko aufgrund der Tatsache, dass es sich um Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung handelt, die möglicherweise mit psychotropen Medikamenten behandelt werden. Diese

---

<sup>49</sup> DERVAUX, A., LAQUEILLE, X., ebenda.

<sup>50</sup> Der vom Raucher ausgeatmete Rauch wird auch als tertiärer Rauch bezeichnet, wenn es sich um den Rauch handelt, der in die Luft gelangt, und quaternärer Rauch, wenn es sich um den Rauch handelt, der in Stoffen, Haar, Teppichen usw. hängenbleibt.

<sup>51</sup> BARTSCH, P., „Le tabagisme passif est-il moins grave que le tabagisme actif?“ in SEUTIN, V., ebenda, S. 91-93. Gemäß P. Bartsch ist die Konzentration an krebserregenden Stoffen im Umgebungsrauch selbst noch höher als im Rauch, den der Raucher inhaliert.

<sup>52</sup> Ebenda

<sup>53</sup> WHO 26. Juli 2021: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/tobacco#>.

Patienten haben deshalb möglicherweise auch keinen freien Zugang zu Streichhölzern, Feuerzeugen oder anderen Mitteln, um Feuer zu machen, um rauchen zu können. Demzufolge ist beim Rauchen eine permanente Begleitung erforderlich, was eine zusätzliche Belastung für das Personal darstellt und eine Herausforderung für den Betrieb der Einrichtung ist.

### 3.6. Therapeutische Aspekte und Prävention

In Anbetracht der Gefahren, die das Rauchen für die Gesundheit mit sich bringt, ist ein Rauchstopp ein empfehlenswertes Ziel, das stimuliert werden muss. Aufgrund der äußerst süchtig machenden Wirkung ist der Tabakentzug jedoch eine große Herausforderung, bei der Unterstützung erforderlich ist.

Ein **abrupter Rauchstopp** ist einer Reduktion deutlich vorzuziehen, da die Toxizität und die süchtig machende Wirkung selbst bei geringem Tabakkonsum aufrecht bleiben. Es ist möglich, aber schwierig. Dies ist insbesondere bei Patienten mit psychischen Erkrankungen der Fall. In geschlossenen Abteilungen kann ein erzwungener plötzlicher Rauchstopp zudem zu Spannungen, Aggression und Gewalt führen. Einige Studien ergeben, dass ein unverzüglicher Rauchstopp für das Erreichen einer langfristigen Abstinenz erfolgreicher ist, als wenn man nach und nach mit dem Rauchen aufhört.<sup>54</sup>

**Allmähliches Stoppen** hat den Vorteil, dass es „einen positiven Einfluss auf die neurologische Anpassung hat, die durch das Rauchen zustande gebracht wird“<sup>55</sup>, was zu einer Verminderung des Konsumdrangs („Craving“) führt, wodurch eine Aufwärtsspirale in Gang gesetzt wird. Darüber hinaus trägt das allmähliche Vermindern des Konsums zur Zufriedenheit und zum Selbstvertrauen des Rauchers bei.

Es gibt verschiedene **Hilfsmittel für den Rauchstopp**, wovon die elektronische Zigarette, Nikotinersatzmittel (Pflaster, Sprays, Kaugummis) und Arzneimittel (Bupropion, Vareniclin) am häufigsten verwendet werden. Gelegentlich werden bestimmte Formen von alternativen Therapien (Hypnose, Akupunktur) angewendet.

Die **elektronische Zigarette** ist ein Gerät, das durch die Erhitzung eines elektrischen Widerstands ein ‚e-Liquid‘ verdampft. Dieses e-Liquid enthält eine Mischung von Propylenglykol, Glycerin, eventuell Nikotin und verschiedene Aromastoffe. Der Begriff ‚Vaping‘

---

<sup>54</sup> LINDSON-HAWLEY, N. , BANTING, M. , WEST,R. ,MICHIE, S., SHINKING, B., AVEYARD, P., “Gradual versus abrupt smoking cessation: a randomized, controlled non inferiority trial”, *Annal of Internal Medicine*, 2016, vol. 164, Nr. 9, S. 585-592, zitiert in DELVAUX, M., DOR, B., “Comment peut-on se débarrasser du tabac?” in SEUTIN, V., ebenda, S. 129: 22% vollständiger Rauchstopp in der abrupt stoppenden Gruppe, im Vergleich zu 15% in der nach und nach stoppenden Gruppe.

<sup>55</sup> DELVAUX, M., DOR, B., “Comment peut-on se débarrasser du tabac?” in SEUTIN, V., ebenda, S. 128 Originalversion: “un effet favorable sur la neuro-adaptation induite par le tabagisme”.

verweist meistens auf die Verwendung einer elektronischen Zigarette. Im Jahr 2015 hat der Hohe Gesundheitsrat (nachfolgend HGR) eine Stellungnahme zu diesem Thema veröffentlicht<sup>56</sup>. 2022 hat der HGR eine überarbeitete Stellungnahme veröffentlicht. Die Schlussfolgerung beider Stellungnahmen zielen in dieselbe Richtung, nämlich dass ‚Vaping‘ - obwohl es die Abhängigkeit von Nikotin und die Handlung des Rauchens nicht verschwinden lässt - wohl einen Beitrag zum Kampf gegen den Tabakkonsum leisten kann. Da mit Tabak verbundene Stoffe und deren Verbrennung vermieden werden, erweist sich die e-Zigarette als weniger ungesund und weniger giftig als die herkömmliche Zigarette. Über die mögliche mittel- bis langfristige toxische Wirkung des Einatmens von Lösungsmitteln und Aromen besteht jedoch nach wie vor Unsicherheit. „Gemäß dem aktuellen Wissensstand könnte der exklusive Konsum von e-Zigaretten für (ehemalige) Raucher - unter der Voraussetzung, dass sie tatsächlich mit dem Rauchen aufhören - zu einem deutlichen Rückgang der Gesundheitsrisiken führen.“<sup>57</sup> Lungenärzte sind der Meinung, dass die e-Zigarette am besten als sinnvoller, aber vorübergehender Schritt in Richtung Abstinenz betrachtet werden kann. Im Vergleich zur gewöhnlichen Zigarette sind die schädlichen Folgen für Menschen, die passiv mitrauchen, bei der elektronischen Zigarette wahrscheinlich wesentlich geringer.<sup>58</sup> Elektronisches Rauchen produziert auch keinen Rauch, sondern nur Dampf, und hinterlässt kaum einen Geruch in der Umgebung. Mangels verfügbarer Daten, und zwar über einen ausreichend langen Zeitraum, besteht zum Zeitpunkt der Veröffentlichung dieses Gutachtens jedoch noch keine Sicherheit über die möglichen schädlichen Folgen des passiven Mitrauchens von e-Zigaretten. Insbesondere die Verwendung bestimmter Lösungsmittel könnte ebenfalls für einige Menschen bestimmte schädliche Folgen haben. Im Hinblick auf den Preis ist Vaping derzeit billiger für Raucher als herkömmliche Zigaretten.<sup>59</sup>

Die **HNB-Zigarette** (Heat not burn) ist eine Zwischenform zwischen der klassischen Zigarette und der elektronischen Zigarette. Die HNB-Zigarette enthält noch stets Tabak, aber dieser wird bei geringerer Temperatur erhitzt. Im Vergleich zu normalen Zigaretten produziert die HNB-Zigarette keinen Rauch, keine Asche und weniger Geruch. Diese Zigarette ist jedoch noch stets toxisch: der Konsument nimmt Teer, Nikotin und Kohlenmonoxid auf. Es gibt auch noch stets schädliche Folgen für die passiven Mitraucher.

---

<sup>56</sup> HGR, Gutachten Nr. 9265, „Sachlage: elektronische Zigarette“, Oktober 2015.

<sup>57</sup> HGR, Gutachten Nr. 9549, ebenda, S. 7.

<sup>58</sup> Der HGR zitiert einen Blog von *Public Health England*: „E-cigarette liquid is typically composed of nicotine, propylene glycol and/or glycerine, and flavourings. Unlike cigarettes, there is no side-stream vapour emitted by an e-cigarette into the atmosphere, just the exhaled aerosol. Our 2018 report found there have been no identified health risks of passive vaping to bystanders and our 2022 report will review the evidence again. People with asthma and other respiratory conditions can be sensitive to a range of environmental irritants, and PHE advises organisations to take this into account and make adjustments to policies where appropriate.“ (siehe HGR, Gutachten Nr. 9549, ebenda, S. 89).

<sup>59</sup> Siehe die Broschüre der „Vlaamse vereniging voor respiratoire gezondheidszorg en tuberculosebestrijding vzw (VRGT) über die elektronische Zigarette, S. 5: [Material für Fachleute | Rauchstopp \(vrgt.be\)](#).

**Nikotinersatzmittel** sind sinnvoll, um Menschen beim Rauchstopp zu helfen, unter der Voraussetzung, dass sie begleitet werden. In ungefähr 25-35% der Fälle wird mit diesen Mitteln das Ziel der Abstinenz erreicht, abhängig davon, ob ein Mittel oder eine Kombination von Mitteln verwendet wird.<sup>60</sup> Die durchschnittliche Behandlungsdauer beträgt drei Monate. Diese Ersatzmittel behalten zwar eine süchtig machende Wirkung, die jedoch aufgrund der langsameren Aufnahme von Nikotin beschränkter ist. Sie haben keine Nebenwirkungen und sind um einiges weniger gesundheitsschädlich als Tabak. Der Preis von Nikotinersatzmitteln ist erheblich niedriger als jener von Zigaretten<sup>61</sup>.

Auch **Arzneimittel** (Bupropion, Vareniclin) sind von Bedeutung. Aufgrund ihrer unerwünschten Nebenwirkungen (Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit) ist man im Hinblick auf die Anwendung möglicherweise zurückhaltend. Bei bestimmten Komorbiditäten (Epilepsie, Geistesstörungen) müssen sie vorsichtig verabreicht werden. Für einige Patienten ist das Risiko-Nutzen-Verhältnis bei ihrer Anwendung positiv<sup>62</sup>, jedenfalls außerhalb des psychiatrischen Kontextes.

**Psychologische Unterstützung** ist besonders nützlich, vor allem bei Patienten mit psychischen Störungen (Motivationsgespräche, Psychoedukation, verhaltensbezogene Unterstützung, Psychotherapie, insbesondere kognitive Verhaltenstherapie, ...).

Der positive Beitrag **alternativer Therapien**, wie Hypnose und Akupunktur, ist schwer zu beurteilen und muss noch nachgewiesen werden. Da Hypnose ihren Wert in der Anästhesie bewiesen hat, wodurch die notwendigen Medikamentendosen vermindert werden können, kann sie wahrscheinlich auch im Kampf gegen das Rauchen eine ähnliche positive Unterstützung bieten, als Ergänzung zu anderen Mitteln.<sup>63</sup> Im Hinblick auf Akupunktur: Einige Raucher glauben, dass ihnen diese Therapie beim Rauchstopp geholfen hat, aber dies wurde noch nicht wissenschaftlich bestätigt.

**Bei einer psychiatrischen Komorbidität** ist der Einsatz derselben therapeutischen Mittel wie bei anderen Rauchern bis zu einem gewissen Ausmaß wirksam, wenn auch weniger als bei der allgemeinen Bevölkerung<sup>64</sup>. Die Schwierigkeit, vollständig mit dem Rauchen aufzuhören, kann zu einer Strategie einer Risikobeschränkung führen. Dies kann durch die Verminderung des

---

<sup>60</sup> "Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update", *Clinical Practice Guideline*, Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Mai 2008, zitiert in SEUTIN, V., ebenda, S. 140.

<sup>61</sup> Einige Krankenkassen oder Organisationen (Tabakstop) bieten finanzielle Hilfe an.

<sup>62</sup> ENGLEBERT, E., BARTSCH, P. "Est-il vrai que la varénicline et le bupropion donnent beaucoup d'effets indésirables?" in SEUTIN, V., ebenda, S. 159-162.

<sup>63</sup> DELVAUX, M., ENGLEBERT, E., « Les médecines non conventionnelles aident-elles à arrêter de fumer? », in SEUTIN, V., ebenda, S. 170: « Mais qu'en est-il de l'intérêt de l'hypnose pour aider au sevrage tabagique ? Actuellement, il n'y a pas de preuve formelle de son efficacité ».

<sup>64</sup> PECKHAM, E., BRABYN, S., COOK, L., TEW, G., GILBODY, S., "Smoking cessation in severe mental ill health: what works? an updated systematic review and meta-analysis", *BMC Psychiatry*, vol. 17, Nr. 252, 2017, S. 1-18, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28705244/>.

chronischen Zigarettenkonsums oder durch Ersatzmittel erreicht werden. Ein geringerer Konsum (weniger als 5 Zigaretten pro Tag) wird im Vergleich mit Nichtrauchern noch stets mit einer Zunahme der Mortalität und Morbidität in Zusammenhang gebracht.<sup>65</sup> Eine Risikoverminderung in Form von Nikotinersatzmitteln als erste Möglichkeit oder elektronische Zigaretten als zweite Möglichkeit scheint deshalb günstiger zu sein.

Trotz der wenigen wahrgenommenen günstigen Auswirkungen, die manchmal als vorübergehend betrachtet werden und worüber die Meinungen häufig verteilt sind, erscheint es zudem so, dass die Nutzen-Risiko-Bilanz für die Gesundheit bei einem vollständigen Rauchstopp bei Menschen, die an psychiatrischen Störungen leiden, positiver ausfällt, unter dem Vorbehalt, dass jede Situation gesondert beurteilt wird und im Einvernehmen mit dem Patienten und seinem oder ihrem multidisziplinären Pflorgeteam.

Für einige Experten ist ein abrupter Rauchstopp bei psychotischen Patienten medizinisch gesehen nicht vertretbar, und kann aufgrund der Wirkung auf die psychischen Symptome selbst gefährlich sein<sup>66</sup>. Raucher mit depressiven Störungen haben das höchste Risiko auf eine Episode der Dekompensation, wenn sie mit dem Rauchen aufhören<sup>67</sup>.

In einigen Stellungnahmen in Bezug auf Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung und einer Tabakabhängigkeit befürwortet man den Einsatz von Nikotinersatzmitteln als primäre Behandlung. Diese würden im Vergleich zu Arzneimitteln bevorzugt, da bei Letzteren schwere Nebenwirkungen im Zusammenhang mit schwerer Depression wahrgenommen wurden.<sup>68</sup> Im Hinblick auf Schizophrenie ziehen die Autoren in einem Artikel aus dem Jahr 2013<sup>69</sup> den Schluss, dass *„Bupropion den Prozentsatz an abstinenten Rauchern bei schizophrenen Patienten erhöht, ohne ihren geistigen Zustand in Gefahr zu bringen. Vareniclin kann diesen Anteil ebenfalls erhöhen, aber mögliche nachteilige psychiatrische Wirkungen davon können nicht ausgeschlossen werden“*. Aus den Anhörungssitzungen des Beratenden Ausschusses ist hervorgegangen, dass Bupropion für Menschen mit einer psychiatrischen Erkrankung nicht die erste Wahl ist.

---

<sup>65</sup> BERLIN, I., “La réduction des risques et des dommages est-elle efficace et quelles sont ses limites en matière de tabac”, in *Alcoologie et addictologie*, vol. 39, Nr. 2, 2017, S. 128-137 : “L’augmentation de mortalité ou de morbidité avec les cigarettes augmente de façon linéaire”.

<sup>66</sup> Es liegen negative Auswirkungen auf die kognitive Leistung vor, auf ein Risiko der Verschlechterung einer mit Antipsychotika zusammenhängenden Anhedonie und von Variationen in der Dosierung psychotroper Mittel. Zudem besteht bei einer Vorgeschichte von Depression ein Rückfallrisiko.

<sup>67</sup> DUMONT, J., “L’évolution du tabagisme en psychiatrie”, in *Psychiatrie, santé mentale et gestion du tabagisme - dix ans de pistes de réflexion : recueil d’articles de référence*, FARES, 2019, S. 8.

<sup>68</sup> DUMONT, J., ebenda, S. 8.

<sup>69</sup> TSOI, D.T., PORWAL, M., WEBSTER, A.C., “Interventions for smoking cessation and reduction in individuals with schizophrenia”, *Cochrane Database Systematic Review*, 2013. Originalversion: “Bupropion increases smoking abstinence rates in smokers with schizophrenia, without jeopardizing their mental state. Varenicline may also improve smoking cessation rates in schizophrenia, but its possible psychiatric adverse effects cannot be ruled out”.

Die Nachbetreuung des Entzugs bei Patienten mit einer psychiatrischen Problematik ist besonders heikel, und ein Erfolg ist nur schwer erreichbar. Die entscheidende Voraussetzung ist die ‚Bereitschaft‘ des Rauchers, dem Prozess zu folgen, was einfacher sein wird, wenn ein Klima geschaffen wird, das für den Rauchstopp förderlich ist. Jede Form des Entzugs erfordert besondere Wachsamkeit, Aufmerksamkeit für die Dosierung psychotroper Medikamente, gut geschulte Mitarbeiter, umfangreiche psychotherapeutische Unterstützung und eine gute Abstimmung zwischen psychologischer und körperlicher Betreuung. Die Bewusstmachung, die Motivation und das Engagement der psychiatrischen Betreuungsteams sind bei diesem Prozess von maßgeblicher Bedeutung. Wenn möglich erfolgt eine regelmäßige Zusammenarbeit mit einem Tabakologen (einem lizenzierten Dienstleister, der Menschen bei der Raucherentwöhnung hilft). Gemäß dem bereits genannten Gutachten des HGR aus dem Jahr 2022 kann der Konsum von e-Zigaretten bei Rauchern, die an psychiatrischen Störungen leiden, ein Hilfsmittel für die Tabakentwöhnung sein: *„Die E-Zigarette könnte eine Rolle für den Rauchstopp bei spezifischen Zielgruppen spielen, beispielsweise bei Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen.“*<sup>70</sup> Es sind noch weitere Anstrengungen erforderlich, um diesbezüglich zu sensibilisieren und zu informieren, vor allem im Hinblick auf Psychiater.<sup>71</sup>

Viele Autoren und Ärzte betonen die Notwendigkeit eines **globalen Ansatzes** bei jeder Behandlung, die einen Rauchstopp bezweckt. Das bedeutet: Korrekte Informationen erteilen, körperliche und biologische Parameter kontrollieren, psychologische Unterstützung bieten, Alternativen für das Rauchen anbieten, den sozialökonomischen und familiären Kontext berücksichtigen. Bei Menschen, die in einer geschlossenen Umgebung leben, ist es wesentlich, den Aspekt des Freiheitsentzugs im therapeutischen Ansatz zu integrieren. Es besteht nämlich eine große Gefahr, dass ein Entwöhnungsversuch, der nicht mit sowohl pharmakologischer als auch solider psychologischer Unterstützung kombiniert wird, scheitert.

Die beste Art und Weise, das Rauchen zu bekämpfen, bleibt jedoch die **primäre Prävention** (Verhindern, dass Menschen zu rauchen beginnen). Diese basiert sowohl auf individueller Bewusstmachung als auch auf kollektiven Maßnahmen (Bildung, Aufklärungs- und Bewusstmachungskampagnen, Bekämpfung von Werbung und trügerischen Manieren der Tabakwerbung usw.).

### 3.7. Zusammenfassung der gesundheitlichen Aspekte

**Tabak wurde lange Zeit als heilkräftige Pflanze eingestuft, wird aber nunmehr universell als Gefahr für die (Volks-) Gesundheit betrachtet. Der Konsum davon stellt ein Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko dar. Dieser Schaden äußert sich vor allem in**

---

<sup>70</sup> HGR, Gutachten Nr. 9549, ebenda S. 21.

<sup>71</sup> HGR, Gutachten Nr. 9549, ebenda S. 22.

Erkrankungen der Atemwege, Herz- und Gefäßkrankheiten und verschiedenen Formen von Krebs. Die Auswirkungen werden durch den stark süchtig machenden Charakter von Nikotin noch verstärkt. Auch bei passiven Rauchern gibt es deutlich negative Folgen für die Gesundheit.

Die Bekämpfung des Tabakkonsums ist folglich eine erhebliche Herausforderung für die Volksgesundheit, sowohl in epidemiologischer Hinsicht als auch im Hinblick auf die Anzahl und den Ernst der Krankheitsfälle, die eine Folge des Tabakkonsums sind. Ein wirksamer Kampf gegen das Rauchen erfordert eine globale Gesundheitsvision sowie eine qualitativ hochwertige Begleitung und freiwillige Mitwirkung des Rauchers. In Anbetracht der komplexen Wechselwirkung zwischen psychischen Pathologien und Rauchen ist dies umso notwendiger für Raucher mit einer psychiatrischen Komorbidität, vor allem wenn sie sich in einer geschlossenen Umgebung aufhalten.

## 4. Rechtliche Rahmenbedingungen

### 4.1. Entwicklung des Begriffs „Schutz der Gesellschaft“

Ab dem Ende des 19. und Anfang des 20. Jahrhunderts ließ sich der belgische Gesetzgeber von den Vorstellungen der italienischen positivistischen Schule inspirieren, insbesondere des Gerichtsmediziners Cesare Lombroso<sup>72</sup> und des Kriminologen Enrico Ferri<sup>73</sup>, um über die Funktionen des Strafrechts und insbesondere über die Art der Sanktion nachzudenken, die dem Täter auferlegt werden muss. Bis zu diesem Zeitpunkt ging das Strafrecht davon aus, dass nur die Menschen strafbar sind, die eine Straftat verübt haben, während sie im vollen Besitz ihrer Geisteskraft waren und über ihren freien Willen verfügen. Menschen, die eine Straftat in einem geisteskranken Zustand verüben, wurden nicht gestraft<sup>74</sup>; und diejenigen, deren freier Wille in gewissem Maße beeinträchtigt war, konnten mildernde Umstände geltend machen. Weil der Zustand der Geisteskrankheit zum Zeitpunkt des Sachverhalts beurteilt wurde, wurden gegen Straftäter, die zum Zeitpunkt des Delikts nicht ‚geisteskrank‘ im Sinne von Artikel 71 des Strafgesetzbuches waren, dies jedoch nachträglich geworden sind oder eine Gefahr für die Gesellschaft darstellten, keine Maßnahmen getroffen. Dies wurde von den Positivisten resolut bestritten und unser Gesetzgeber leitete aus ihren Betrachtungen ab, dass eine spezielle Behandlung vorgesehen werden musste, um geisteskranken Straftäter zu heilen und gleichzeitig der Gesellschaft zu ermöglichen, sich gegen sie zu schützen. Das ist der Grund, warum der Ausdruck ‚Schutz der Gesellschaft‘ eingeführt wurde, und dass die Beurteilung des Geisteszustands zum Zeitpunkt der Behandlung vor dem Gericht erfolgte.

So wurde das Gesetz vom 9. April 1930 „zum Schutz der Gesellschaft vor Anormalen und Gewohnheitsstraftätern“ verabschiedet, später überarbeitet und durch ein Gesetz vom 1. Juli 1964 umformuliert. Diesem Gesetz zufolge wird der Täter eines Verbrechens oder Vergehens,<sup>75</sup> der zum Zeitpunkt seiner Erscheinung vor dem Gericht<sup>76</sup> an einer ernsthaften

---

<sup>72</sup>Verfasser von *The Criminal Man*, veröffentlicht im Jahr 1876.

<sup>73</sup>Verfasser von *Sociologie criminelle*, veröffentlicht im Jahr 1898.

<sup>74</sup> Artikel 71 Strafgesetzbuch, im ursprünglichen Text: „Es liegt keine Straftat vor, wenn der Beschuldigte oder Angeklagte zur Tatzeit an einer Geistesstörung litt oder wenn er unter unwiderstehlichem Zwang gehandelt hat.“ Nach Änderungen durch Gesetze vom 5. Mai 2014 und vom 4. Mai 2016 lautet er jetzt: „Es liegt keine Straftat vor, wenn der Beschuldigte oder Angeklagte zur Tatzeit an einer Geistesstörung litt, die sein Urteilsvermögen oder die Kontrolle seiner Handlungen ausgesetzt oder ernsthaft beeinträchtigt hat, oder wenn er unter unwiderstehlichem Zwang gehandelt hat.“

<sup>75</sup>Gemäß Artikel 1 des Strafgesetzbuchs sind Straftaten, die durch die Gesetze mit einer Kriminalstrafe bedroht sind, Verbrechen; Straftaten, die durch die Gesetze mit Korrekionalstrafen bedroht sind, sind Vergehen; und Straftaten, die durch die Gesetze mit Polizeistrafen bedroht sind, sind Übertretungen. Kurzum, und ausschließlich im Hinblick auf Freiheitsstrafen: grundsätzlich sind Polizeistrafen ein bis sieben Tage Gefängnisstrafe, Korrekionalstrafen acht Tage bis fünf Jahre Gefängnisstrafe und strafrechtliche Strafen sind Zeitstrafen (von 5 bis 10 Jahren, von 10 bis 15 Jahren, von 15 bis 20 Jahren, von 20 bis 30 Jahren und von 30 bis 40 Jahren) und lebenslange Gefängnisstrafen. Das Gesetz zum Schutz der Gesellschaft ist deshalb auf den Täter einer Übertretung nicht anwendbar.

<sup>76</sup>Wenn er/sie dies nur zum Tatzeitpunkt war, ist für ihn/sie Artikel 71 anwendbar.

Geistesstörung oder Geistesschwäche leidet, wodurch er/sie nicht in der Lage ist, seine/ihre Taten zu beherrschen und er/sie eine Gefahr für sich selbst oder andere darstellt, nicht verurteilt, sondern interniert.<sup>77</sup> Bis vor einigen Jahren erfolgte diese Internierung entweder in Freiheit <sup>78</sup> oder in einer ‚Einrichtung zum Schutz der Gesellschaft‘ unter der Gefängnisverwaltung des Justizministeriums, wo der Internierte - im Prinzip - zum Zweck einer Genesung behandelt wurde. Die Maßnahme galt ursprünglich für unbestimmte Dauer, und ein Ausschuss zum Schutz der Gesellschaft musste prüfen, ob der Verlauf der Behandlung einen Urlaub oder eine Freilassung zuließ.

Das Gesetz aus dem Jahr 1930 wurde abgeschafft und durch das Gesetz vom 5. Mai 2014 über die Internierung ersetzt, das am 1. Oktober 2016 in Kraft getreten ist.<sup>79</sup> Die Philosophie davon unterscheidet sich nicht grundsätzlich von der Philosophie, die der Abfassung des Gesetzes aus dem Jahr 1930 zugrunde liegt, und kann folgendermaßen zusammengefasst werden:

1. Gibt es Gründe anzunehmen, dass der Täter eines Verbrechens oder Vergehens *„die körperliche oder geistige Unversehrtheit Dritter beeinträchtigt und an einer Geistesstörung leidet, die sein Urteilsvermögen oder die Kontrolle seiner Handlungen aussetzt oder ernsthaft beeinträchtigt, und bei denen die Gefahr besteht, dass sie erneut Verbrechen oder Vergehen verüben“*, ordnen der Prokurator des Königs, der Untersuchungsrichter sowie auch die Untersuchungsgerichte oder die erkennenden Gerichte ein forensisch-psychiatrisches Gutachten an (Artikel 5 und 9).
2. Das Ziel dieser Untersuchung (Artikel 5, §1) besteht darin, dass *„zumindest Folgendes festgestellt wird*
  1. *ob die Person zur Tatzeit an einer Geistesstörung litt, die ihr Urteilsvermögen oder die Kontrolle ihrer Handlungen ausgesetzt oder ernsthaft beeinträchtigt hat, und ob die Person zum Zeitpunkt des Gutachtens an einer Geistesstörung litt, die ihr Urteilsvermögen oder die Kontrolle ihrer Handlungen ausgesetzt oder ernsthaft beeinträchtigt hat,*
  2. *ob es möglicherweise einen Kausalzusammenhang zwischen der Geistesstörung und dem Tatbestand gibt,*

---

<sup>77</sup>Gemäß Artikel 1, Absatz 1 des Gesetzes aus dem Jahr 1930 können Untersuchungsrichter in Fällen, in denen dies gesetzlich möglich ist, um gegen den/die Verdächtige(n) einen Haftbefehl zu erlassen, ihn/sie „unter Beobachtung stellen“, wenn Gründe für die Annahme vorliegen, dass der/die Verdächtige (...) entweder im Zustand des Wahnsinns verkehrt] oder an einer schweren Geistesstörung oder Geistesschwäche leidet, durch die er/sie seine/ihre Handlungen nicht mehr kontrollieren kann“. Diese Maßnahme, der für gewöhnlich eine psychiatrische Untersuchung folgt, um den Geisteszustand des/der Verdächtigen zu prüfen, kann in Rechtssachen, bei denen dies zuvor noch nicht geschehen ist, vom Gericht befohlen werden.

<sup>78</sup>Gemäß Artikel 14, Absatz 1, des Gesetzes wurde die Internierung „in einer Einrichtung [ausgeführt], die vom Ausschuss zum Schutz der Gesellschaft genannt wird“; wenn der Ausschuss keine Einrichtung genannt hat, wurde die Internierung somit in Freiheit ausgeführt.

<sup>79</sup>Und noch vor dem Inkrafttreten durch ein Gesetz vom vorangehenden 4. Mai abgeändert.

3. *ob infolge der Geistesstörung, gegebenenfalls in Zusammenhang mit anderen Risikofaktoren, die Gefahr besteht, dass die Person erneut Straftaten, wie in Artikel 9 § 1 Nr. 1 bestimmt, begeht,*

4. *ob und auf welche Weise die Person gegebenenfalls behandelt, begleitet und gepflegt werden kann im Hinblick auf ihre Wiedereingliederung in die Gesellschaft".*

3. Wenn die Untersuchung überzeugende Ergebnisse bringt, beauftragt das Untersuchungsgericht oder das erkennende Gericht die Internierung des/der Betroffenen. Gemäß Artikel 2, Absatz 1 des Gesetzes vom 5. Mai 2014 dient diese ‚Sicherungsmaßnahme‘ dazu, *„gleichzeitig die Gesellschaft zu schützen und dafür zu sorgen, dass der Internierte die Pflege erhält, die sein Zustand im Hinblick auf seine Wiedereingliederung in die Gesellschaft erfordert“*; Absatz 2 drängt hierauf: *„Unter Berücksichtigung des Sicherheitsrisikos und des Gesundheitszustands des Internierten wird ihm die erforderliche Pflege angeboten, um ein menschenwürdiges Leben zu führen. Diese Pflege muss dem Internierten eine bestmögliche Wiedereingliederung in die Gesellschaft ermöglichen und erfolgt, wenn dies angezeigt und möglich ist, gemäß einem an die Bedürfnisse des Internierten angepassten Pflegeverlauf.“*
4. Gemäß Artikel 3.4 des Gesetzes wird die Maßnahme in einer „Einrichtung“ ausgeführt, die entweder die psychiatrische Abteilung eines Gefängnisses ist, oder *„die von der Föderalbehörde getragene Einrichtung oder Abteilung zum Schutz der Gesellschaft,“*, oder *„das von der Föderalbehörde getragene Zentrum für forensische Psychiatrie“*, oder *„die von der zuständigen Behörde anerkannte und von einer privatrechtlichen Einrichtung, von einer Gemeinschaft oder einer Region oder von einer lokalen Behörde getragene Einrichtung, die imstande ist, die geeigneten Pflegeleistungen zugunsten des Internierten zu erbringen, und ein in Nr. 5 erwähntes [Unterbringungsabkommen] mit Bezug auf die Anwendung des vorliegenden Gesetzes geschlossen hat,“*, ein Vertrag, der zwischen verschiedenen solchen Einrichtungen abgeschlossen wurde.
5. Die Einrichtung wird von der Kammer zum Schutz der Gesellschaft (Artikel 19 des Gesetzes) ernannt, die ein Bestandteil des Strafvollstreckungsgerichts ist, seinerseits eine Unterabteilung des Gerichts erster Instanz, und die auch über die sonstigen Vollstreckungsmodalitäten der Internierung entscheidet: Überführung des Internierten in eine andere Einrichtung, Urlaub, Freilassung, Haftlockerung, elektronische Überwachung und eventuelle probeweise Freilassung (Artikel 20 und folgende des Gesetzes).

## 4.2. Das Rauchverbot in den Zentren für forensische Psychiatrie

Das Grundprinzip der aktuellen Gesetzgebung über das Rauchen ist, dass jeder Mensch das Recht hat, zu rauchen, außer wenn dies verboten ist. So ist Rauchen im Allgemeinen im Freien oder in Privatwohnungen zugelassen. Charakteristisch für geschlossene Einrichtungen ist einerseits, dass Internierte sich dort zwangsweise aufhalten und nicht immer die Möglichkeit haben, die Einrichtung frei zu verlassen, und andererseits, dass die Einrichtungen der Arbeitsplatz der Personalmitglieder sind. An Arbeitsplätzen gilt grundsätzlich ein Rauchverbot. Die allgemeine Bestimmung von Artikel 3, § 1 des Gesetzes vom 22. Dezember 2009<sup>80</sup> verhängt ein Rauchverbot in den für die Öffentlichkeit zugänglichen geschlossenen Räumlichkeiten. Dieses Verbot gilt auch in öffentlichen Gebäuden, Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen.

#### 4.2.1. Gesetzliche Grundlage für das Rauchverbot

##### a) Allgemeine Prinzipien

In verschiedenen, von unserem Land ratifizierten Verträgen wurden Grundsätze aufgenommen, die für ein mögliches Rauchverbot anwendbar sind.

Artikel 12 des Internationalen Vertrags über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte gewährleistet das Recht auf Gesundheit. Es wurde keine relevante Rechtsprechung über die Anwendung dieses Artikels gefunden. Die belgische Verfassung erkennt in Artikel 23 das Recht auf den Schutz der Gesundheit bereits seit 1994 an. Dies verpflichtet den Staat, Ursachen für mangelnde Gesundheit soweit möglich zu beseitigen und Menschen zu informieren, wie sie ihre eigene Gesundheit überwachen können.

Obwohl die Europäische Konvention zum Schutz der Menschenrechte (EMRK) das Recht auf Gesundheit nicht ausdrücklich erwähnt, hat der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR) im Zusammenhang mit dem Rauchen in Gefängnissen bereits Artikel 3 EMRK angewendet, das ist das Verbot einer unmenschlichen Behandlung sowie von Artikel 8 EMRK, das ist das Recht auf Privatsphäre. Meistens führte die Aussetzung an passives Rauchen zu einer Verurteilung im Zusammenhang mit anderen unmenschlichen Umständen aufgrund der Überbevölkerung und schlechter Infrastruktur.<sup>81</sup> Die reine Tatsache der Aussetzung ist nicht ausreichend.

MAES und VERBRUGGEN beschließen folglich:

*„Beim jetzigen Rechtsstand und ohne gemeinschaftlichen europäischen Standard für die Regelung des Rauchens in Gefängnissen, geht somit aus Artikel 8 EMRK noch keine positive*

---

<sup>80</sup>Gesetz vom 22. Dezember 2009 zur Einführung einer allgemeinen Regelung zum Rauchverbot in den für die Öffentlichkeit zugänglichen geschlossenen Räumlichkeiten und zum Schutz der Bevölkerung gegen Tabakrauch, *B.S.*, 29. Dezember 2009

<sup>81</sup> U.a. EGMR 25. November 2014, *Vanlessen g. Belgien*, Nr. 64682/12; EGMR 2. Januar 2011, *Elefteriadis g. Rumänien*, Nr. 38427/05; EGMR 14. September 2010, *Florea g. Rumänien*, Nr. 37186/03 und *Aparacio Benito g. Spanien*, Nr. 36150/03.

*Pflicht hervor, die die Mitgliedsstaaten zwingt, Raucher und Nichtraucher voneinander zu trennen. Nichtraucherliche Häftlinge können aus Artikel 8 folglich kein entsprechendes Recht auf getrennte Räumlichkeiten ableiten, geschweige denn ein allgemeines Rauchverbot.”<sup>82</sup>*

Jeder Mehrjährige hat das Recht, seiner eigenen Gesundheit zu schaden und folglich auch das Recht, zu rauchen. Das Recht zu rauchen könnte auch als Bestandteil des Rechts auf Privatsphäre betrachtet werden, das durch Artikel 8 des EMRK und Artikel 22 der Verfassung gewährleistet wird. Doch wird nirgendwo in der Rechtsprechung des EGMR anerkannt, dass der Gefangene das Recht hat, zu rauchen. Dies wird implizit anerkannt, muss jedoch gegen die Rechte anderer Gefangenen und des Personals erzwungen werden. Dadurch kann der Staat das Recht, zu rauchen, in Strafanstalten proportional einschränken.<sup>83</sup> Das bedeutet, dass bei der Festlegung der Modalitäten, unter denen Rauchen möglich ist, zwischen den Rechten der Inhaftierten und des Personals abgewogen werden muss.

Obwohl diese allgemeinen Grundsätze vor allem im Zusammenhang mit Gefängnissen festgelegt wurden, können sie analog auf geschlossene Einrichtungen angewendet werden.

Der Vollständigkeit halber kann auf das UN-Abkommen über die Rechte von Personen mit Behinderung verwiesen werden, das am 13. Dezember 2006 von der Generalversammlung verabschiedet und am 2. Juli 2009 von Belgien ratifiziert wurde. Auf Basis von Artikel 25 des Abkommens haben Personen mit einer Behinderung Recht auf das höchste Gesundheitsniveau. Belgien verabschiedete auch das Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs.<sup>84</sup>

#### **b) Gesetz vom 22. Dezember 2009 zur Einführung einer Regelung zum Rauchverbot in bestimmten Räumlichkeiten und zum Schutz der Bevölkerung vor Tabakrauch.**

Der frühere Königliche Erlass vom 19. Januar 2005 zum Schutz der Arbeitnehmer gegen Tabakkonsum in Ausführung des Gesetzes vom 4. August 1996 über das Wohlbefinden der Arbeitnehmer wurde aufgehoben und im Gesetz von 2009 zur Einführung einer Regelung rauchfreier geschlossener Räume und zum Schutz der Arbeitnehmer gegen Tabakrauch. Nachstehend folgen die Gesetzesartikel 11 bis 14 aus dem Kapitel 4 über rauchfreie Arbeitsplätze:

#### Artikel 11

---

<sup>82</sup> MAES, E., VERBRUGGEN, F., “‘Dan is het kot te klein...’ roken in de gevangenis” in SAMOY, I., COUTTEEL, E., (Red.) *Het rookverbod uitbreiden?*, Leuven, Acco, 2016, S. 253, Nr. 404.

<sup>83</sup> MAES, E., VERBRUGGEN, F., ebenda, S. 256, Nr. 407, *in fine*.

<sup>84</sup> Das Gesetz vom 13. September 2004, VI. Dekret 14. Oktober 2005, .W. Dekret 12. Mai 2004 und Br. Ord. 23. Juni 2005.

„§ 1. Vorliegendes Kapitel ist anwendbar auf die Arbeitgeber und die Arbeitnehmer und auf ihnen gleichgestellte Personen, die in Artikel 2 § 1 Absatz 2 Nr. 1 Buchstabe a) bis e) und Nr. 2 des Gesetzes vom 4. August 1996 über das Wohlbefinden der Arbeitnehmer bei der Ausführung ihrer Arbeit erwähnt sind.

§ 2. Vorliegendes Kapitel ist nicht anwendbar:

1. **in den als Privatbereiche geltenden geschlossenen Räumlichkeiten sämtlicher Einrichtungen für soziale Dienstleistungen und der Gefängnisse, wo die Bewohner und Nichtbewohner unter den für sie festgelegten Bedingungen rauchen dürfen,**
2. *in Privatwohnungen mit Ausnahme der Räume, die ausschließlich für die gewerbliche Nutzung bestimmt sind und wo Arbeitnehmer beschäftigt sind,*
3. ... ”

Artikel 12

*"Jeder Arbeitnehmer hat das Recht, über Arbeitsräume und Sozialanlagen zu verfügen, die frei von Tabakrauch sind".*

Artikel 13

*„Der Arbeitgeber verbietet das Rauchen in den Arbeitsräumen, den Sozialanlagen und den Transportmitteln, die er dem Personal für die kollektive Beförderung von und zu der Arbeit zur Verfügung stellt.*

*Der Arbeitgeber ergreift die nötigen Maßnahmen, um darauf zu achten, dass Dritte, die sich im Unternehmen befinden, über die Maßnahmen informiert werden, die er aufgrund des vorliegenden Gesetzes anwendet.*

*Alles, was zum Rauchen verleiten könnte oder darauf hindeutet, dass Rauchen erlaubt ist, ist in den in Absatz 1 erwähnten Räumen verboten."*

Artikel 14

*„In Abweichung von dem in Artikel 13 erwähnten Verbot besteht die Möglichkeit, nach vorheriger Stellungnahme des Ausschusses im Unternehmen einen Raucherraum vorzusehen.<sup>85</sup>*

*Der ausschließlich für die Raucher bestimmte Raucherraum ist wirksam durchlüftet oder mit einer Rauchbeseitigungsanlage, die den Rauch wirksam beseitigt, versehen. Der König bestimmt die zusätzlichen Bedingungen, denen der Raucherraum entsprechen muss.*

*Die Regelung für den Zugang zu diesem Raucherraum während der Arbeitsstunden wird nach vorheriger Stellungnahme des Ausschusses festgelegt.*

*Diese Regelung hat keine unterschiedliche Behandlung der Arbeitnehmer zur Folge."*

---

<sup>85</sup>Siehe Artikel 2.8 des Gesetzes: „Ausschuss: Der Ausschuss für Gefahrenverhütung und Schutz am Arbeitsplatz oder in dessen Ermangelung die Gewerkschaftsvertretung oder in deren Ermangelung die Arbeitnehmer selbst gemäß den Bestimmungen von Artikel 48 und folgenden des Gesetzes vom 4. August 1996 über das Wohlbefinden der Arbeitnehmer bei der Ausführung ihrer Arbeit;"

Auf Basis von Artikel 11, § 2, ist das allgemeine Verbot in den als Privaträumlichkeiten zu betrachtenden Örtlichkeiten in einer geschlossenen Einrichtung nicht anwendbar. Wer sich in einer geschlossenen Einrichtung aufhalten muss, hat nämlich nicht die Möglichkeit, diese frei zu verlassen. Allerdings sind diese Privaträumlichkeiten auch ein Arbeitsplatz für das Personal, das im Prinzip Recht auf einen rauchfreien Arbeitsplatz hat.

### c) Gesetz vom 22. August 2002 über die Rechte des Patienten (Patientenrechtsgesetz)

Für die Raucherpolitik im Hinblick auf Patienten in FPCs muss auch die Anwendung des Patientenrechtsgesetz untersucht werden. Häufig wird im Rahmen der Behandlung von Patienten in geschlossenen Zentren auf Artikel 4 dieses Gesetzes verwiesen. Allerdings ist dieser Artikel nur indirekt gültig. Er legt fest, dass die Berufsfachkraft die Bestimmungen dieses Gesetzes einhalten muss, sofern der Patient daran mitwirkt. In einer geschlossenen Einrichtung kann es vorkommen, dass ein Arzt eine Behandlung für ratsam erachtet, während der Patient diese ablehnt oder nicht in der Lage ist, dieser klar zuzustimmen. Dies ist jedoch nicht unmittelbar auf die Diskussion über das Rauchverbot anwendbar, weil ein Verbot an sich keine Pflege beinhaltet.

Wichtiger ist Artikel 8, der besagt, dass der Patient das Recht hat, nach erfolgter Information vor jedem Eingreifen der Berufsfachkraft seine freie Einwilligung dazu zu geben.

Dabei stellt sich die Frage, wie dies auf Personen angewendet werden muss, die nach einer Verurteilung in einem FPC behandelt werden.

Der Föderale Kommission „Rechte des Patienten“ hat am 18. März 2011 ein Gutachten über die Anwendung von Artikel 8 in der geistigen Gesundheitspflege veröffentlicht.

Es ist deutlich, dass das Patientenrechtsgesetz für Personen, die sich in einem FPC aufhalten, gültig ist. Wenn der Internierte nicht in der Lage ist, seine Rechte selbst auszuüben, muss dies durch seinen Vertreter erfolgen.

Die Definition der Zwangsbehandlung finden wir im Gutachten Nr. 21 dieses Ausschusses vom 10. März 2003:

*„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.*<sup>86</sup>

Das Gutachten berücksichtigt jedoch noch nicht das Patientenrechtsgesetz, dessen Artikel 8 die Möglichkeit einer Zwangsbehandlung noch weiter einschränkt.

Hiermit ist deutlich, dass die Behandlung von Patienten in den FPCs strengen Regeln unterliegt. Die Einführung eines Rauchverbots wird zweifellos Folgen für den physischen und psychischen Zustand der Patienten haben, kann jedoch nicht als Behandlung betrachtet werden. Eine (verpflichtete) medizinisch begleitete Entwöhnung würde dies sehr wohl sein. Zu diesem Zweck wäre auf Basis des Patientenrechtsgesetz zuerst die Zustimmung des Patienten erforderlich.

Es muss folglich die Frage gestellt werden, ob eine strengere Reglementierung, beispielsweise ein obligatorischer Ersatz durch die e-Zigarette oder ein allgemeines Rauchverbot - und somit faktisch eine Entwöhnung - nicht auch als medizinische Behandlung betrachtet werden kann, für die eine Zustimmung erforderlich ist. Rechtlich kann ein allgemeines Rauchverbot jedenfalls nicht als Eingreifen einer Berufsfachkraft in der Gesundheitspflege, genauer gesagt eines Arztes, betrachtet werden.

Ein allgemeines Rauchverbot ist im Prinzip eine Frage der Politik, keine medizinische Behandlung. Durch die Aufnahme in einem FPC unterliegt die betroffene Person bereits zahlreichen Einschränkungen. Neben dem Freiheitsentzug gelten auch eine Hausordnung, Einschränkungen für den Kontakt mit der Außenwelt, die Kontrolle des Konsums von Alkohol und anderer Substanzen, gesetzliche Isolationsregelung, Fixierung usw. Das Rauchverbot fällt hierunter und ist keine medizinische Behandlung, also auch keine Zwangsbehandlung. Sofern ein allgemeines Rauchverbot keine Verpflichtung für den Raucher beinhalten würde, sich medizinisch begleiten zu lassen, fällt das Rauchverbot grundsätzlich also außerhalb des Geltungsbereichs des Patientenrechtsgesetzes.

#### **d) Grundsatzgesetz vom 12. Januar 2005 über das Gefängniswesen und die Rechtsstellung der Inhaftierten.**

Internierte sind grundsätzlich vom Geltungsbereich des Grundsatzgesetzes vom 12. Januar 2005 über das Gefängniswesen und die Rechtsstellung der Inhaftierten ausgenommen.<sup>87</sup> Der

---

<sup>86</sup> 1 Belgischer Beratender Ausschuss für Bioethik, Gutachten Nr. 21 vom 10. März 2003 „Zwangsbehandlung bei Zwangsaufnahmen“, S. 4, <https://www.health.belgium.be/de/liste-der-gutachten>.

<sup>87</sup> Siehe Artikel 2.3 des Grundsatzgesetzes vom 12. Januar 2005: „Freiheitsentziehende Maßnahme: jede Form der Freiheitsentziehung aufgrund anderer als der in Nr. 2 aufgezählten Gründe, ausgenommen die Internierung [aufgrund des Gesetzes vom 5. Mai 2014 über die Internierung]“ und Artikel 3: „Vorliegendes Gesetz betrifft den Vollzug von rechtskräftig gewordenen Verurteilungen zu Freiheitsstrafen und den Vollzug von freiheitsentziehenden Maßnahmen.“

Gesetzgeber hat jedoch eine vorübergehende Bestimmung vorgesehen, aufgrund derer einige Bestimmungen des Grundsatzgesetzes für sie anwendbar sind, in Erwartung eines Gesetzes, das ihre Rechtsstellung regelt.<sup>88</sup> Bis zum heutigen Datum wurde ein solches Gesetz noch nicht verabschiedet.

Die Artikel 5 und 6 des Grundsatzgesetzes, die das Verhängen einer Strafe neben dem Freiheitsentzug verbieten, sind deshalb nunmehr für Internierte anwendbar.

#### Artikel 5

*„§ 1. Der Vollzug der Freiheitsstrafe oder der freiheitsentziehenden Maßnahme erfolgt unter psychosozialen, physischen und materiellen Bedingungen, die die Menschenwürde respektieren, die Selbstachtung des Inhaftierten wahren oder steigern und seine persönliche und soziale Verantwortung herausfordern.*

*§ 2. Während des Vollzugs der Freiheitsstrafe oder der freiheitsentziehenden Maßnahme wird dafür gesorgt, dass Ordnung und Sicherheit gewahrt bleiben.“*

#### Artikel 6

*„§ 1. Der Inhaftierte unterliegt keiner anderen Einschränkung seiner politischen, zivilen, sozialen, wirtschaftlichen oder kulturellen Rechte als den Einschränkungen, die auf seine strafrechtliche Verurteilung oder die freiheitsentziehende Maßnahme zurückzuführen sind oder die untrennbar mit der Freiheitsentziehung verbunden sind und durch oder aufgrund des Gesetzes bestimmt werden.*

*§ 2. Während des Vollzugs der Freiheitsstrafe oder der freiheitsentziehenden Maßnahme sind vermeidbare schädliche Folgen der Haftstrafe zu verhindern.*

In Bezug auf Raucheinschränkungen oder die Verhängung eines Rauchverbots bedeutet dies, dass geprüft werden muss, ob diese nicht als zusätzliche betrachtet werden können. Falls dies der Fall ist, verstößt es gegen die Rechtsstellung von Inhaftierten und Internierten. Die Raucherpolitik darf nicht genutzt werden, um Menschen zusätzlich für andere Sachverhalte zu strafen und muss unabhängig von der Tatsache sein, dass es für Menschen anwendbar ist, die Straftaten begangen haben.

### 4.2.2. Rechtsprechung<sup>89</sup>

---

<sup>88</sup>Siehe Artikel 167, § 1 des Grundsatzgesetzes vom 12. Januar 2005: „Vorbehaltlich anders lautender Bestimmungen sind die Bestimmungen des vorliegenden Gesetzes auf die Personen anwendbar, die auf der Grundlage der Artikel 7 und 21 des Gesetzes vom 9. April 1930 über den Schutz der Gesellschaft vor Anormalen, Gewohnheitsstraf Tätern und bestimmten Sexualstraf Tätern interniert sind, bis die auf diese Personen anwendbare Rechtsstellung durch ein Gesetz bestimmt wird.“

<sup>89</sup>Für diesen Teil wird ausführlich zitiert aus:

Über die Anwendung von Artikel 11, § 2.1 des Gesetzes vom 22. Dezember 2009 wurde am 12. März 2015 ein interessanter Entscheid vor dem Verfassungsgerichtshof ausgesprochen.<sup>90</sup> Obwohl sich die Vorabentscheidungsfrage auf einen Arbeitnehmer in einem Asylzentrum bezieht, hat der Verfassungsgerichtshof in seinem Entscheid eine Analyse der Situation in den Gefängnissen erstellt. Dabei ist wichtig, dass auch die konkreten Umstände im Gefängnis berücksichtigt wurden, wie beispielsweise der Aufenthalt mehrerer Gefangener in einer Zelle und mangelndes Personal, um regelmäßiges Rauchen im Freien zu organisieren. Diese faktischen Umstände sind in anderen geschlossenen Einrichtungen unterschiedlich.

Der Verfassungsgerichtshof erklärt in seinem Entscheid unter B.3.2. ausdrücklich: *„Obwohl das CIM kein Gefängnis ist, kann angenommen werden, dass es ebenso wie ein Gefängnis das Merkmal aufweist, dass demjenigen, der sich darin befindet, die Freiheit entzogen wurde, und dass er relativ ähnlichen Haftbedingungen unterliegt. Der Gerichtshof prüft die Vorabentscheidungsfrage in dieser Auslegung der fraglichen Bestimmung“* Das FPC ist hiermit vergleichbar, sodass der Entscheid auch hier anwendbar ist.

Der Verfassungsgerichtshof bestätigt, dass eine gesonderte Behandlung der Arbeitnehmer in Gefängnissen im Hinblick auf jene im privaten und öffentlichen Sektor gerechtfertigt ist und keine unverhältnismäßigen Folgen veranlasst. Dem Verfassungsgerichtshof zufolge beabsichtigte der Gesetzgeber, *„selbst für Personen, die inhaftiert sind, bis zu einem gewissen Maße ihr Privatleben zu berücksichtigen und es ihnen zu erlauben, in den als Privaträume betrachteten geschlossenen Räumen zu rauchen“*.<sup>91</sup>

Der Gerichtshof beschließt folglich, dass das Rauchverbot in den Zellen gilt, die als Privaträume betrachtet werden, und in den offenen Spazierräumen. Das Rauchverbot gilt jedoch in den öffentlichen Räumen wie Treppen, Besuchsräumen, Arbeitsplätzen usw.

Der Verfassungsgerichtshof spricht sich nicht ausdrücklich über die Möglichkeit aus, gesonderte Raucherzimmer als Alternative für das Rauchen in Privaträumen einzurichten. Diese Möglichkeit ist jetzt in Artikel 14 des Gesetzes vom 22. Dezember 2009 vorgesehen, gilt dort jedoch für Unternehmen und ihre Arbeitnehmer.

An diesem Entscheid wird kritisiert, dass die Wachebeamten unvermeidlich in den Zellen und somit auch in Räumen, in denen geraucht wird, auftreten müssen.<sup>92</sup> Dieses Problem wird auch durch die Einführung gesonderter Raucherräume nicht völlig gelöst, weil auch dort

---

SAMOY, I., COUTTEEL, E., (Red.) *Het rookverbod uitbreiden?*, Leuven, Acco, 2016, S. 250-265 und 482-487.

<sup>90</sup> VGH, 12. März 2015, Nr. 32/2015, <https://www.const-court.be/public/d/2015/2015-032d.pdf>.

<sup>91</sup> VGH, 12. März 2015, Nr. 32/2015, <https://www.const-court.be/public/d/2015/2015-032d.pdf>, Randnummer B.16.4.

<sup>92</sup> SAMOY, I., COUTTEEL, E., ebenda, S. 264 und 416.

gelegentlich Personal anwesend sein muss.

### 4.2.3. Anwendungsbereiche

Die in diesem Gutachten behandelte Fragestellung bezieht sich auf FPCs. Diese Umgebung unterscheidet sich nicht grundsätzlich von Gefängnissen und geschlossenen Abteilungen psychiatrischer Einrichtungen, in denen Patienten zwangsweise aufgenommen werden.

In der Praxis wird die genannte Ausnahmebestimmung (Art. 11 des Gesetzes aus dem Jahr 2009), die ermöglicht, in geschlossenen Einrichtungen in Privaträumen zu rauchen, unterschiedlich angewendet. Im Gefängnis gibt es tatsächlich - wie gesetzlich vorgeschrieben - kein Rauchverbot in den Zellen. In den FPCs gilt jedoch wohl ein Rauchverbot in den Privatzimmern der Internierten. Zum Ausgleich ist jedoch ein gesonderter, gemeinschaftlicher Raucherraum in der Abteilung vorgesehen. Auch in geschlossenen Abteilungen von psychiatrischen Einrichtungen wird meistens eine Möglichkeit zum Rauchen in gesonderten Räumen entweder im Freien oder in einem abgeschlossenen Raum vorgesehen. Das Gesetz vom 22. Dezember 2009 sieht die Möglichkeit von Raucherzimmern vor, ist aber eigentlich für die Arbeitnehmer der Unternehmen bestimmt, und die Bestimmung von Artikel 14 gilt nicht für geschlossene Zentren. Andererseits legt Artikel 11, § 2.1 fest, dass Rauchen in den Privaträumen von bestimmten Bedingungen abhängig gemacht werden kann.

Aus einer Erläuterung durch die Vertreter der FPC geht hervor, dass man sich für diese Regelung mit gesonderten, abgeschlossenen Räumlichkeiten entschieden hat, weil das Personal auch in den Privatzimmern anwesend sein muss. Dennoch kann offensichtlich nicht vermieden werden, dass es überall in den Gebäuden nach Rauch riecht. Darüber hinaus kann man nicht vermeiden, dass auch in den gesonderten Raucherzimmern manchmal Personal anwesend sein muss.

Die von den FPCs eingeführte Regelung scheint nicht im Widerspruch zum Sinn des Gesetzes zu stehen, weil Bewohner und diejenigen, die sie dort einladen, in den Privaträumen rauchen können müssen, und zwar unter den für sie festgelegten Bedingungen. Diese Bedingungen müssten auch beinhalten können, dass das Rauchen an dafür bestimmten Orten erfolgt. Um die aktuelle Situation in den FPCs zu regularisieren, wäre es besser, diese Nuance ausdrücklich im Gesetz aufzunehmen.

### 4.2.4. Beschluss

Das Gesetz vom 22. Dezember 2009 zur Einführung einer Regelung zum Rauchverbot in bestimmten Räumlichkeiten und zum Schutz der Bevölkerung vor Tabakrauch verbietet das Rauchen in geschlossenen Zentren nicht völlig. In Anbetracht der besonderen Umstände in geschlossenen Zentren gilt das Rauchverbot nicht in den privaten Teilen. Dies wurde vom Verfassungsgerichtshof bestätigt, allerdings mit Fokus auf Gefängnisse. Dabei lässt der Gesetzgeber die Tatsache unberücksichtigt, dass das Personal auch Zugang zu diesen privaten

Teilen haben muss, und somit dem passiven Rauchen ausgesetzt werden kann. Allerdings ist das Gesetz zum Schutz der Rechte der Arbeitnehmer bestimmt.

In der Praxis unterscheiden sich die FPCs und die Gefängnisse in dem Sinne, dass Rauchen im eigenen Zimmer nicht erlaubt ist, weil das Personal dort anwesend sein können muss. Es werden jedoch gesonderte Raucherzimmer vorgesehen. In den Gefängnissen ist das Rauchen in den Zellen dahingegen erlaubt, ungeachtet der Anzahl der Inhaftierten, die sich dort aufhalten (eventuell Nichtraucher) und der gelegentlichen Anwesenheit des Personals.

Das Rauchverbot beinhaltet keine medizinische Behandlung, sodass das Patientenrechtsgesetz die Einführung eines Rauchverbots ohne Zustimmung des Patienten nicht verhindert. Ein verpflichteter medizinisch begleiteter Entzug ist jedoch eine medizinische Handlung und erfordert die Zustimmung des Patienten. Das Patientenrechtsgesetz steht als solches einem allgemeinen Rauchverbot, unter Abweichung von der Freiheit in der allgemeinen Gesellschaft, nicht im Wege.

Ein allgemeines Rauchverbot würde jedoch eine Gesetzesänderung erfordern, in dem Sinne, dass die Ausnahme von Artikel 11, §2 des Gesetzes vom 22. Dezember 2009 gestrichen werden muss. Diese Ausnahme müssten dann idealerweise für alle geschlossenen Einrichtungen gestrichen werden, folglich auch für die Gefängnisse, umso mehr, da viele Patienten in FPCs zuerst in einem Gefängnis waren.

Im Hinblick auf die spezifische Situation von Inhaftierten und Internierten muss das Grundsatzgesetz vom 12. Januar 2005 über das Gefängniswesen und die Rechtsstellung des Inhaftierten berücksichtigt werden. Artikel 5, § 1 besagt, dass die Strafe unter psychosozialen, physischen und materiellen Bedingungen ausgeführt werden muss, die die Menschenwürde achten. Aufgrund von Artikel 6 desselben Gesetzes darf der Inhaftierte keiner anderen Einschränkung seiner politischen, zivilen, sozialen, wirtschaftlichen oder kulturellen Rechte unterliegen, als den Einschränkungen, die auf seinen Freiheitsentzug zurückzuführen sind.

Es stellt sich die Frage, ob ein allgemeines Rauchverbot keine zusätzliche Strafe ist. Deshalb erscheint es ratsam, bei einer eventuellen Gesetzesänderung eine nuancierte Lösung vorzusehen, wobei das Recht, in sozialen Dienstleistungseinrichtungen und Gefängnissen zu rauchen, gegeben ist, wenn eine vollwertige Alternative angeboten wird, wie z.B. gesonderte Raucherzimmer. Es würde auch interessant sein, dass auf gesundheitlicher Ebene und auf rechtlicher Ebene die zuständigen Instanzen weiter untersuchen, in welchem Maße die e-Zigarette als Alternative angeboten werden kann. Und dies insbesondere in jenen Kontexten, in denen es nicht möglich ist, das Rauchen gewöhnlicher Zigaretten zu erlauben, ohne Dritten einen großen Schaden (Geruchsbelästigung, passives Rauchen) zuzufügen. Die e-Zigarette

erweist sich nämlich nicht nur als weniger ungesund für den Raucher, sondern vor allem auch weniger schädlich für Dritte, und sie hinterlässt wesentlich weniger Geruch als die gewöhnliche Zigarette, Zigarre oder Pfeife.

## 5. Ethische Betrachtungen

### 5.1. Ethische Grundsätze und Konzepte

Um die gestellte Gutachtenanfrage ausgehend von einer ethischen Perspektive zu betrachten, sind folgende Grundsätze und Konzepte am relevantesten:

- Autonomie: Recht auf Selbstbestimmung, Recht, dem eigenen Leben auf Basis eigener Erkenntnisse in Bezug auf das gute Leben Form zu geben;
- Gleichwertige (gerechte) Behandlung von Menschen;
- Paternalismus: Art und Weise, um mit autoritärem Wohnwollen den anderen ausgehend von einer Sichtweise über das gute Leben zu behandeln, wobei eventuelle Präferenzen von Individuen nicht berücksichtigt werden. In der Praxis kann Paternalismus bei professionellen Pflegeanbietern und öffentlichen Behörden festgestellt werden;
- Nichtschaden und Schutz des anderen: Sich auf eine Art und Weise verhalten, die andere nicht in Gefahr bringt, und dieses Verhalten fördern.

### 5.2. Zwei ethische Dilemmas

Der durch Tabak verursachte Schaden für die Volksgesundheit betrifft zwei Bereiche: Einerseits den körperlichen Schaden, den Rauchen bei Rauchern verursacht, und andererseits den Schaden an Dritten infolge von passivem Rauchen. Was kann in diesem Zusammenhang die Legitimität einer Antiraucherpolitik sein?

In Anbetracht der oben genannten erheblichen Gesundheitsrisiken, die das Rauchen mit sich bringt<sup>93</sup>, ist der Kampf gegen das Rauchen **aus dem Gesichtspunkt der körperlichen Gesundheit von Rauchern** gerechtfertigt, weil er eine Äußerung der Besorgnis um das Gemeinwohl ist. Dieser Kampf führt zu einer allgemeinen Informations-, Bewusstmachungs- und Entmutigungspolitik in Bezug auf Tabakkonsum. Darüber hinaus ist der Verkauf von Tabak an Minderjährige verboten, und wird der Kauf von Tabak jedenfalls zusätzlich besteuert. Der Kampf gegen Tabak führt (noch) nicht zu einem gesamten Rauchverbot für die gesamte Bevölkerung, was eine Form von Paternalismus wäre, der schwieriger zu rechtfertigen ist, weil er die Autonomie von Individuen nicht berücksichtigt.

---

<sup>93</sup>Siehe Punkt 3. Gesundheitliche Aspekte.

**Aus dem Gesichtspunkt des Schutzes von Dritten** hat der Gesetzgeber Maßnahmen getroffen, um die Freiheit, zu rauchen an bestimmten Orten einzuschränken.<sup>94</sup> Die Freiheit von Rauchen wird hier nicht so sehr eingeschränkt, weil Rauchen ihrer Gesundheit schadet, sondern weil Rauchen der Gesundheit anderer Menschen schaden kann. Diese Art von Politik ist nicht paternalistisch, sondern schützend. Es wird noch darüber diskutiert, in welchem Maße diese schützende Politik auch auf das Privatleben von Menschen anwendbar ist. So darf seit 14. Mai 2020 nicht mehr im Auto geraucht werden, wenn Minderjährige mitfahren. In Zukunft kann noch eine Diskussion über das Rauchen in Anwesenheit von Kindern im Wohnzimmer, über das Rauchverhalten schwangerer Frauen usw. folgen. In diesem Gutachten liegt jedenfalls auch die Frage vor, in welchem Maße Internierten in ihrem privaten Kontext ein Rauchverbot auferlegt werden kann.

Der Kampf gegen den Tabakkonsum geht somit aus einer doppelten Sichtweise hervor. Einerseits gibt es eine Sichtweise, die als **paternalistisch** betrachtet werden kann, weil sie den Zweck verfolgt, dass Raucher nicht oder weniger rauchen, und somit ihre eigene Gesundheit und die öffentliche Gesundheit schützen. Andererseits gibt es eine **schützende Sichtweise**, die darauf abzielt, die Tabakopfer in der Umgebung des Rauchers zu schützen.

Zudem ist **Autonomie** in der jetzigen Gesellschaft ein dominanter Wert. Die Forderungen einer freien Wahl oder Selbstbestimmung kommen stark zum Ausdruck, vor allem wenn es unseren Körper und unsere Gesundheit betrifft. In diesem Zusammenhang können Maßnahmen zur Vermeidung von Risikoverhalten als illegitime Freiheitsbeschränkung betrachtet werden.

Die gestellte Frage in Bezug auf ein eventuelles vollständiges Rauchverbot in den FPCs konfrontiert uns deshalb mit zwei ethischen Dilemmas, die dem Ausschuss zufolge den Kern der Debatte bilden. Wir besprechen diese nachstehend jeweils einzeln.

### 5.2.1. Ein Dilemma zwischen einer paternalistischen Gesundheitsvision und der Achtung der Autonomie.

Auf einer ersten Ebene kollidiert die Achtung der Autonomie (die die Wahl zu rauchen oder nicht zu rauchen umfasst, aber auch die Wahl, gesund oder ungesund zu leben) mit den Maßnahmen, die auferlegt werden würden, ungeachtet dessen, ob es sich um ein vollständiges Verbot oder teilweise Einschränkungen handelt oder aber um Vorschriften einer Hausordnung. Im Fall des Rauchens reflektiert dieser Gegensatz verschiedene Sichtweisen des Begriffes des **guten Lebens**. *„Wie paradox es auch erscheint, sind Suchtsymptome eine Form der Suche nach*

---

<sup>94</sup> Weitere Informationen zu diesen Bestimmungen finden Sie unter Punkt 4. Rechtliche Aspekte.

*dem guten Leben*<sup>95</sup>. Für die Person, die ein süchtig machendes Produkt konsumiert, fällt die Suche nach dem guten Leben mit der Suche nach Genuss zusammen, während in den Augen der Pflegefachkräfte und der Entscheidungsträger im Gesundheitswesen mit dem guten Leben das gesunde Leben oder das Leben in guter Gesundheit gemeint ist, was den Konsum schädlicher Substanzen ausschließt. Dies ist übrigens der Grund, warum „*das Problem von Tabak komplex ist, weil man sich ihm auf mindestens zwei Manieren nähern kann*“<sup>96</sup>, nämlich als Quelle des Genusses und als Faktor für gesundheitliche Schäden.

Wenn man im Namen der Gesundheit, oder selbst im Namen der Missbilligung von Süchten den Rauchstopp verpflichten möchte, sind Maßnahmen gegen das Rauchen sicherlich auf das Gemeinwohl ausgerichtet, können jedoch als paternalistisch<sup>97</sup> beschrieben werden, in dem Sinne, dass der Staat selbst bestimmt, was das Wohl der Bürger beinhaltet. Es ist jedoch „*schwierig, gerechte Gesetze rein auf Basis von Paternalismus zu verfassen, weil das Risiko, dass die Argumentation auf zahlreiche andere Verhaltensweisen, die als ‚schlecht‘ betrachtet werden, erweitert werden muss: Alkohol, Zucker, langes Sitzen, Freizeitdrogen, gewalttätige Sportarten usw.*“<sup>98</sup>

Sofern die Bekämpfung des Tabakkonsums ein möglichst großes gesundheitliches Wohl möglichst vieler Menschen erreichen möchte, kann sie auch als Bestandteil einer utilitaristischen Ethik angesehen werden.<sup>99</sup> Der Utilitarismus kann in seiner kollektiven Sichtweise jedoch zur Beeinträchtigung individueller Rechte führen, und wirft die Frage auf, ob der Zweck alle Mittel heiligt.

Sowohl die paternalistische als auch die utilitaristische Dimension einschränkender oder Zwangsmaßnahmen gegenüber Rauchern bilden deshalb ein Spannungsfeld mit ihrer Autonomie oder ihrem Selbstbestimmungsrecht. Die Tatsache, dass sich Menschen in einem geschlossenen Zentrum aufhalten, Straftaten verübt haben oder an einer psychiatrischen Erkrankung leiden, bedeutet nicht, dass ihnen so einfach eine bestimmte Auffassung des guten Lebens, d.h. eines gesunden Lebens auferlegen kann. Dass diese Menschen in ihrem Handeln zum Schutz der Gesellschaft eingeschränkt werden, rechtfertigt keineswegs eine

---

<sup>95</sup> QUINTIN, J., *Ethique et toxicomanie, Les conduites addictives au coeur de la condition humaine*, Liber, Montréal, 2012, p. 12. Für diesen Autor ist es gerade aufgrund dieser Spannung bezüglich des guten Lebens, dass eine Sucht ein ethisches Problem darstellen. Originalversion: “Aussi paradoxal que cela puisse paraître, les phénomènes d’addiction constituent une forme de recherche de la vie bonne”.

<sup>96</sup> RAVEZ, L., *Introduction à l’éthique de la santé publique*, Sauramps médical, Montpellier, 2020, p. 97. Originalversion: ce qui rend “la problématique du tabac complexe, car on peut l’approcher au moins de deux manières différentes”.

<sup>97</sup> Siehe RAVEZ, L., ebenda, S. 97 und folgende.

<sup>98</sup> Siehe RAVEZ, L., ebenda, S. 98.

Originalversion: “Il est difficile de construire des lois justes sur la seule base du paternalisme, car le risque est grand de devoir étendre le raisonnement à d’innombrables autres comportements jugés “mauvais” : alcool, sucre, sédentarité, drogues récréatives, sports violents, etc...”.

<sup>99</sup> Siehe RAVEZ, L., ebenda, S. 124.

paternalistische oder utilitaristische Behandlung in Bezug auf ihr Rauchverhalten. Diese Patienten haben genauso wie alle anderen Menschen das Recht - wenn auch in ihren beschränkten Umständen - ihr eigenes Leben auf der Grundlage dessen zu gestalten, was sie selbst für am wertvollsten halten. Die Entscheidung, mehr oder weniger gesund zu leben, gehört dazu.

### **5.2.2. Ein Dilemma zwischen dem Respekt vor anderen und dem Respekt vor Autonomie**

Das zweite Dilemma bezieht sich einerseits auf den Respekt vor der Autonomie der Person, die sich dafür entscheidet, ein Raucher zu sein und andererseits den Respekt vor den anderen (Internierten und Arbeitnehmern), die dieselbe Umgebung teilen, ohne die Möglichkeit zu haben, ihre Umgebung oder den Ort zu verändern und die somit unfreiwillig den unangenehmen (Geruch) und schädlichen (Gesundheitsrisiko) Aspekten von Tabakrauch ausgesetzt werden. Die Autonomie des Rauchers beeinträchtigt das Recht der anderen, nicht dem passiven Rauchen ausgesetzt zu werden, ihr Recht auf ein gesundes Arbeitsumfeld (für das Personal) und einen gesunden Lebensraum (für die Internierten). Die Architektur der Räumlichkeiten und die interne Organisation ermöglichen es nicht immer, Räumlichkeiten anzubieten, in denen geraucht werden kann, ohne anderen einen Schaden zuzufügen. Weil Nichtraucher unter dem Personal und Patienten, die mit Rauch durchdrungenen Orte nicht verlassen können, haben sie keine Wahlfreiheit.

Einschränkende oder verbietende Maßnahmen, die den Schutz von Nichtrauchern bezwecken, gehen nicht aus einer paternalistischen Sichtweise hervor. An öffentlichen Plätzen und am Arbeitsplatz werden diese Maßnahmen allgemein und auf Basis eines Einvernehmens akzeptiert, mit dem Argument, dass andere nicht zum Rauchen verleitet werden dürfen und man die Gesundheit Dritter schützen möchte.

Genauso wie in allen geschlossenen Zentren ist die Problematik des passiven Rauches in FPCs besonders sensibel. Die Internierten werden gezwungen, sich dort aufzuhalten und haben wenige oder keine Möglichkeiten, das Zentrum zu verlassen. Die Zimmer sind für die Raucher private Räumlichkeiten, für das Personal jedoch ein Arbeitsplatz. Darüber hinaus sind Räume, die speziell als „Raucherzimmer“ ausgewiesen sind, nicht immer ausreichend ausgestattet, um zu verhindern, dass sich der Rauch in die Gänge und Nichtraucherräume verbreiten kann. Wenn Patienten in der jetzigen Struktur der FPCs rauchen dürfen, fügt dies Nichtrauchern nahezu unvermeidlich einen Schaden zu. Mit jeder Entscheidung sind Nachteile verbunden: Wenn man das Rauchen erlaubt, wird Nichtrauchern und dem Betrieb der Organisation ein Schaden zugefügt; wenn man das Rauchen verbietet, wird gegen die Autonomie der Patienten verstoßen. Diese spezifischen Interessen müssen proportional gegeneinander abgewogen

werden. Hat die Autonomie des rauchenden Patienten Vorrang gegenüber der Gesundheit der Nichtraucher, insbesondere des Personals und dem Betrieb des FPC oder nicht?

## 5.3. Der ethische Standpunkt des Ausschusses

### 5.3.1. Legitimität von Maßnahmen gegen das Rauchen

Es gibt in unserer Gesellschaft kein allgemeines Rauchverbot. In Anbetracht der gesundheitlichen Risiken für Raucher und passive Raucher ist es jedoch legitim, dass der Staat im Namen der Grundsätze des Nichtschadens und Schutzes Maßnahmen zur Bekämpfung des Tabakkonsums ergreift. Um zu vermeiden, dass eine all zu paternalistische Sichtweise bezüglich Gesundheit Oberhand bekommt, trifft der Staat Maßnahmen auf dem Gebiet der Bewusstmachung, Information und Zugänglichkeit. Vom Rauchen wird abgeraten, es wird zusätzlich besteuert und bezüglich Werbung streng reguliert, aber nicht verboten. Die bestehenden Verbotsbestimmungen werden jeweils durch den Schadensgrundsatz veranlasst. Auf diese Weise versucht die Politik, sowohl die Achtung der individuellen Freiheit der Menschen, zu rauchen, anzustreben, als auch die Freiheit der Nichtraucher, in einer gesunden Umgebung zu leben/arbeiten.

Der Ausschuss ist der Meinung, dass die Raucherpolitik in geschlossenen Einrichtungen möglichst viel mit der Raucherpolitik übereinstimmen muss, die für die allgemeine Bevölkerung gilt. Das bedeutet, dass für die Raucherpolitik in erster Linie der Grundsatz des Nicht-Schadens und das Recht auf Autonomie anwendbar sein müssten, mittels Information und Wahlfreiheit. Die paternalistische Erwägung, dass Rauchen für die Gesundheit des Patienten schädlich ist, ist von nachrangiger Bedeutung. Diese paternalistische Erwägung muss auf Maßnahmen beschränkt bleiben, die zur Bewusstmachung und Übertragung von Verantwortung beitragen, ohne dabei die Zuflucht zu Zwangsmaßnahmen zu nehmen, die aufgrund des Selbstbestimmungsrechtes unrechtmäßig sind. Der Schadensgrundsatz erfordert jedoch, dass eine Art und Weise gesucht wird, um das Rauchen zu erlauben, ohne dass dabei andere Patienten oder Personalmitglieder einen gesundheitlichen Schaden erleiden. Dies ist grundsätzlich möglich, indem man gut dafür ausgestattete Raucherzimmer anbietet oder durch die Verwendung der e-Zigarette.

### 5.3.2. Dilemma Paternalismus – Autonomie: Zur „Empowerment“ von Rauchern

Der Ausschuss ist der Meinung, dass es im Dilemma zwischen einer paternalistischen Sichtweise der Gesundheit und der Achtung der Autonomie nicht so sehr von Bedeutung ist, die Autonomie als solches in den Mittelpunkt zu rücken, sondern eher einen Prozess des „Empowerments“.

Autonomie im spezifischen Kontext von Süchten veranlasst die folgenden zwei Einwände. Der erste bezieht sich auf den faktischen Spielraum des Benutzers, um auf etwas zu verzichten. Den meisten Ärzten zufolge ist dieser Spielraum äußerst klein, da die Sucht definitionsgemäß eine Einschränkung der Freiheit des Verzichts beinhaltet (zwangsmäßige Dimension der Sucht). Der zweite Einwand bezieht sich auf die Suche nach dem guten Leben (oder Wohl und Genuss). Für den Raucher wird diese Suche durch den Genuss des Rauchens ausgedrückt, für medizinische Fachkräfte ist diese Art von Genuss mit Leiden vermischt, wobei das Produkt schlussendlich die Macht über den Raucher bekommt. Die Kombination von Sucht und einer psychiatrischen Erkrankung kann die Fähigkeit der Autonomie weiter vermindern. Dies erhöht das Risiko, diese Patienten mit paternalistischen, restriktiven oder sogar Zwangsmaßnahmen zu behandeln.

Ausgehend von der klinischen Feststellung, dass der Suchtprozess die Fähigkeit der Raucher zur Autonomie einschränkt, steht die ethische Annäherung vor mindestens zwei möglichen Optionen: entweder die Autonomie des Rauchers in seinem aktuellen Zustand respektieren (wenn er mit dem Rauchen nicht aufhören will oder kann, muss er darin respektiert werden und kann er weiterhin rauchen) oder versuchen, seine Autonomie weiter zu entwickeln, indem man ihn dabei unterstützt, die Kontrolle über das Produkt zurück zu erlangen (beispielsweise indem man den Raucher über die Möglichkeiten informiert, von seiner Sucht loszukommen und ihm versichert, dass er während der Entwöhnung aktiv unterstützt wird). Einige Autoren befürworten diese zweite Annäherung und basieren sich dabei auf empirische Wahrnehmungen, aus denen hervorgeht, dass Patienten, die selbst niemals in Erwägung gezogen haben, mit dem Rauchen aufzuhören, einen Vorschlag für einen Rauchstopp angenommen haben, wobei einige von ihnen erfolgreich waren.<sup>100</sup> Ihnen zufolge wäre es ein Irrtum, Rauchstopp-Behandlungen nur denjenigen anzubieten, die ausdrücklich darum bitten. Umso mehr, da die Vorstellung, dass Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung nicht mit dem Rauchen aufhören wollen oder können, häufig ein Mythos ist.<sup>101</sup> Dies könnte zu einer ethischen Richtlinie zum Lösen dieses Spannungsfeldes führen: Rauchern zu helfen, ihr Leben wieder in die Hand zu nehmen, in dem sie auf eine teilweise oder vollständige Abstinenz hinarbeiten, möglicherweise über einen Mittelweg zwischen Toleranz und Verbot.<sup>102</sup>

Ferner muss angemerkt werden, dass im jetzigen Kontext der Reform der geistigen Gesundheitspflege die Sozialisierung der Pflege im Mittelpunkt steht, d.h. die Dezentralisierung der Pflege von den Einrichtungen zum Lebensraum. Dabei wird der Schwerpunkt auf die Entwicklung eines Empowerment-Prozesses gelegt, auch bei Internierten,

---

<sup>100</sup> ASHCROFT, R.E., *The ethics of an opt-out default in tobacco treatment*, *Addiction*, 2015, <https://doi.org/10.1111/add.12820>.

<sup>101</sup> CHRISTIAENS, H., EXCELMANS, E., *Draaiboek Rookstopbegeleiding in de Psychiatrie*, 2013, S. 5.

<sup>102</sup> QUINTIN, J., ebenda, S. 148.

mit einer Stimulanz zum Übernehmen von Verantwortung für den Umgang mit dem eigenen Rauchverhalten.

### **5.3.3. Wichtigstes Problem: Das Spannungsfeld zwischen der Autonomie von Rauchern und dem Schutz von Nichtraucherern**

Rechtlich gesehen ist Rauchen in Privaträumen grundsätzlich nicht verboten - auch nicht in geschlossenen Einrichtungen. In der Praxis ist Rauchen in den Räumen der FPC jedoch sehr wohl verboten, da diese auch der Arbeitsplatz des Personals sind. Zum Ausgleich wird die Möglichkeit geschaffen, an bestimmten Stellen drinnen und draußen zu rauchen. Der Ausschuss hat Verständnis für diese pragmatische Lösung, die die Freiheit der Raucher mit dem Recht des Personals zu versöhnen versucht. Wir merken darüber hinaus an, dass diese Lösung in der Praxis nicht ausreichend ist. Erstens ist es faktisch nicht möglich, den Rauch in den geschlossenen Räumen zu halten. Häufig verbreitet sich der Geruch durch das ganze Gebäude aus. Zweitens ist es nicht möglich, das Personal vollständig aus diesen gesonderten Raucherzimmern fernzuhalten, da es manchmal eingreifen und vor Ort anwesend sein muss. Drittens kann die Freiheit, zu rauchen, den Betrieb der Einrichtungen erschweren. Die individuelle Freiheit und die Autonomie der Raucher können mit dem Schutz der Gesundheit des Personals und der anderen Bewohner kollidieren, und auch mit der guten Organisation und dem Betrieb der Einrichtung. Obwohl der Ausschuss kein Befürworter eines vollständigen Rauchverbots in FPCs ist, ist er der Meinung, dass die Freiheit von Rauchern die Nichtraucher nicht in Gefahr bringen darf. Die konkreten Lösungen für diese Konflikte sind ganz sicher nicht einfach. Sie sind beim Entwurf und/oder der Einteilung der Räumlichkeiten (wie beispielsweise den Einrichtungen von „rauchfreien“ Gehwegen in den Gebäuden) möglich, oder aber durch zusätzliche Investitionen in die Infrastruktur, die Luftreinigung und die Absaugsysteme von Raucherzimmern, aber auch durch die Verwendung der e-Zigarette, die keinen Rauch hinterlässt und für Dritte weniger schädlich ist. Einige Mitglieder sind der Meinung, dass es interessant wäre, für die FPCs, die das Rauchen gewöhnlicher Zigaretten verbieten möchten, zu untersuchen, in welchem Maße es praktisch machbar und rechtlich rechtfertigbar wäre, nur mehr elektronische Zigaretten zu erlauben. Die e-Zigarette könnte diesen Mitgliedern zufolge ein Mittelweg zwischen einem Rauchstopp und dem Tabakkonsum sein. Andere Mitglieder denken, dass eine solche Untersuchung keinen Sinn hat, weil sie lediglich bezweckt, das Rauchen von Tabak durch das Dampfen von e-Zigaretten zu ersetzen, was als solches auf ein Rauchverbot hinausläuft.

### **5.3.4. Kann ein vollständiges Rauchverbot eingeführt werden?**

Genauso wie in Gefängnissen und psychiatrischen Krankenhäusern ist der Prozentsatz der Raucher unter Bewohnern von FPCs relativ hoch. Um die Gesundheit der Bewohner und des Personals zu schützen und den guten Betrieb eines FPC zu gewährleisten, scheint es

notwendig zu sein, den Tabakkonsum erheblich einzuschränken. Der Ausschuss ist sich der Folgen eines vollständigen Rauchverbots für die Menschen, die in den Zentren wohnen, bewusst. Diese können einschneidend sein, weil die Freiheit der Bewohner von FPCs bereits stark eingeschränkt wird. Darüber hinaus hat Rauchen für viele dieser Bewohner eine beruhigende Wirkung und ist eine Form des Zeitvertreibs. Durch ein Rauchverbot würde ihnen eine wichtige Aktivität und eine Quelle von Ruhe/Freude/Wohlbefinden entnommen. Abgesehen von den Legitimitätsfragen, die ein Rauchverbot veranlassen kann, ist dessen plötzliche Auferlegung ohne Zustimmung der Patienten in einem FPC nicht ohne Risiko. Es können Entzugserscheinungen auftreten und Bewohner können agitiert und möglicherweise aggressiv werden, was zu vermehrten Zwischenfällen führen kann. Dies kann für die Ruhe und den guten Betrieb der Einrichtung schädlich sein. Verschiedene gehörte Sachverständige haben darauf hingewiesen, dass ein vollständiges Verbot wenig realistisch ist und selbst riskant sein kann.

Ein vollständiges Rauchverbot würde überdies über die Rauchpolitik hinausgehen, die in der gewöhnlichen Gesellschaft angewendet wird, und kann als unverhältnismäßige Verletzung der persönlichen Freiheit interpretiert werden, vor allem für Menschen, deren Freiheit bereits ernsthaft eingeschränkt ist. Ein vollständiges Rauchverbot könnte als diskriminierend gegenüber der restlichen Bevölkerung betrachtet werden. Es würde deshalb mehrere Werte beeinträchtigen, unter anderem die Autonomie und Gleichwertigkeit.

Wenn jedoch doch ein vollständiges Rauchverbot oder eine Maßnahme, die das Rauchen stark einschränkt, in den FPCs eingeführt wird, müsste dies mit deutlichen Informationen über die Gründe dafür einhergehen und mit Kompensationen wie langfristige Begleitung mit kostenlosen Hilfsmitteln, um mit dem Rauchen aufzuhören (wie Nikotinersatzmittel, Arzneimittel, unterstützende Psychotherapie usw.). Es könnte eventuell eine deutlich beschriebene Ausnahme für Patienten gemacht werden, die die Einrichtung nicht verlassen dürfen und die sich weigern, mit dem Rauchen aufzuhören<sup>103</sup>, oder es könnte festgelegt werden, dass sie auf elektronische Zigaretten umsteigen können. Wie vom HRG empfohlen<sup>104</sup> könnte die (vorübergehende) Verwendung von e-Zigaretten ein Mittelweg für gefährdete Personen in Gefangenschaft sein. Um die Risiken des Vapens zu ermitteln und zu verfolgen könnte, genauso wie im Vereinigten Königreich, ein System von Pharmakovigilanz organisiert werden, sodass die Nebenwirkungen der e-Zigarette gemeldet werden.<sup>105</sup>

---

<sup>103</sup> Zum Vergleich: Der Ethikrat der Universitätskliniken von Genf empfiehlt, als Ausnahme von einem vollständigen Rauchverbot im Krankenhaus die kumulative Anwesenheit der folgenden drei Kriterien zu akzeptieren: 1. Die Unmöglichkeit, die Einrichtung zu verlassen/besondere Gefährdung in Bezug auf den Bedarf, draußen zu rauchen, 2. Dauer der Krankenhausaufnahme (oder dem Lebensende), 3. Kategorische Ablehnung der Entwöhnung während der Krankenhausaufnahme. Siehe: <https://www.hug.ch/sites/interhug/files/documents/soigner/ethique/tabac.pdf>.

<sup>104</sup> HGR, Gutachten Nr. 9549, ebenda S. 2.

<sup>105</sup> HGR, Gutachten Nr. 9549, ebenda S. 21.

### 5.3.5. Zu einer teilweisen oder vollständigen Abstinenz?

Auch wenn Rauchen erlaubt ist, haben Patienten und Personal das Recht, so viel wie möglich gegen passives Rauchen geschützt zu werden. Demzufolge würde die Herausforderung für die FPCs darin bestehen, einer Strategie zu folgen, die das Rauchen (eingeschränkt) erlaubt, ohne dass es andere und ihr Arbeitsumfeld schädigt. Auch die Lebensqualität und die Organisation der Einrichtungen muss berücksichtigt werden. Es ist legitim, das Verhalten und die Rauchmöglichkeiten der Bewohner zum Zweck des guten Betriebs der Einrichtung zu regulieren. Rauchen kann in dieser Hinsicht auf bestimmte vereinbarte Uhrzeiten und Zonen beschränkt werden.

Gleichzeitig hilft die Einschränkung der Rauchmöglichkeiten, den ansteckenden Aspekt des Rauchens zu bekämpfen. Es ist wünschenswert, in Mittel zu investieren, die die bestehende Rauchkultur durchbrechen können. Dies liegt im allgemeinen Interesse des Betriebs der Einrichtung und im Interesse der Gesundheit der Menschen, die dort arbeiten und wohnen. In diesem Zusammenhang muss die Einrichtung auch in eine Anti-Raucherpolitik investieren, die vom gesamten Team und der gesamten Einrichtung gefördert wird. Obwohl der Rauchstopp nicht so einfach auferlegt werden kann, muss er ermöglicht und gefördert werden. Zu diesem Zweck schlägt der Ausschuss vor, die Aufmerksamkeit der Raucher mittels Bewusstmachung und Informationserteilung immer wieder auf die negativen Folgen des Rauchens zu lenken, ohne sie dabei zu verurteilen oder zu stigmatisieren. Unter Berücksichtigung ihrer individuellen Rechte können Maßnahmen getroffen werden, die die Stimulanz zum Rauchen möglichst weit einschränken. Der Ausschuss möchte auch, dass weiterhin nach Mitteln gesucht wird, um die Fähigkeit der Raucher zum Treffen fundierter Entscheidungen verstärken.

### 5.3.6. Für eine globale Betrachtung von Gesundheit

Es wird regelmäßig auf den chronischen Mangel an adäquater somatischer Pflege im psychiatrischen Sektor hingewiesen. In einem Bericht aus dem Jahr 2021 stellt das KCE (Föderales Kompetenzzentrum für die Gesundheitspflege) fest, dass *„Prävention und Gesundheitsförderung im belgischen psychiatrischen Pflegekontext keine Prioritäten sind“*.<sup>106</sup> Im Hinblick auf die Internierten wurde Belgien aufgrund von unzureichender Betreuung bereits mehrmals zur Ordnung gerufen und selbst vom Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte verurteilt.

---

<sup>106</sup> KCE Reports 338A, *Somatische zorg in een psychiatrische setting*, 2021, <https://www.kce.fgov.be/nl/somatische-zorg-in-een-psychiatrische-setting>.

Die Anti-Raucherpolitik ist Bestandteil einer allgemeinen Sichtweise eines gesunden Lebensstils für Patienten und einer gesunden Arbeitsumgebung für das Personal. Die Raucherpräventionspolitik eines FPC müsste Bestandteil einer allesumfassenden Gesundheitspolitik sein, die Patienten ermutigt, auch in anderen Hinsichten einen besseren Lebensstil anzustreben. Mit Ausnahme der geistigen Gesundheit kann sich ein FPC als Pflegeeinrichtung auch ausdrücklich auf die körperliche Gesundheit der Patienten konzentrieren. Beispielsweise durch die Förderung von körperlicher Betätigung und Sport, durch das Anbieten guter Mahlzeiten und durch das Stimulieren gesundheitsfördernder Ernährungsgewohnheiten. Internierte können zur Teilnahme an sinnvollen Aktivitäten als mentale Ablenkung für ihre Tabaksucht eingeladen werden. Geistige und körperliche Gesundheit bestehen nicht unabhängig voneinander. Ein FPC muss in Bezug auf das Wohlbefinden versuchen, zur Bewusstmachung und Übertragung von Verantwortung beizutragen, sowohl bei Patienten als auch beim Personal.

### 5.3.7. Durchführungsgrundsätze

Unabhängig davon, welche Entscheidungen die FPCs treffen, um das Rauchen zu vermeiden, ernsthaft einzuschränken oder zu verbieten, müssen sie untersuchen, mit welchen Mitteln und auf welche praktischen Weisen sie ihre Zielsetzungen am besten erreichen können. Dabei könnte es sich um eine Zusammenarbeit mit einem Tabakologen handeln, oder die Installation effizienter Lüftungsgeräte, die Bereitstellung eines gesonderten Raucherzimmers, das Angebot, ausschließlich im Freien zu rauchen, die Schulung von Personalmitgliedern, um beim Rauchstopp behilflich zu sein, die e-Zigarette zu fördern oder zu verpflichten usw. Viele dieser Maßnahmen erfordern zusätzliche Mittel oder Personal. Es ist ratsam, dass sich der Staat an den diesbezüglichen Kosten beteiligt. Wie weiter oben angegeben <sup>107</sup>, könnte die Möglichkeit, (vorübergehend) von Zigaretten auf e-Zigaretten umzusteigen, eine geeignete Lösung im Kontext von FPCs sein.

Im Hinblick auf die Maßnahmen, die getroffen werden können, möchte der Ausschuss einige Elemente hervorheben:

- a. Die Optimierung des Zugangs zur allgemeinen Betreuung und die Förderung einer globalen Sichtweise der Gesundheit (bio-psychosoziales Modell);
- b. Die Schaffung eines Klimas, das zur Bewusstmachung der schädlichen Folgen von Tabak anregt: Diskussionsgruppen, Aufklärungsversammlungen, ... sowohl für Internierte als auch für das Personal. Darüber hinaus müssen auch die positiven Auswirkungen des Rauchstopps beleuchtet werden (im Hinblick auf Kosten, Geruch, Zustand usw.).

---

<sup>107</sup>Gemäß dem Gutachten Nr. 9549 des HGR, siehe *weiter oben* Punkte 3.6. und 5.3.4.

Idealerweise wird die Tabakkultur am besten mit Überzeugung und nicht mit Zwang bekämpft;

- c. Die ständige multidisziplinäre Unterstützung für diejenigen, die dem Rauchstopp zustimmen, mit Hilfe von Psychologen, somatischen Ärzten und speziell ausgebildeten Tabakologen in den Teams;
- d. Das Anbieten und Fördern von Tabakalternativen (Medikamente, Nikotinpflaster, ...) und in zweiter Linie der elektronischen Zigarette, die die Möglichkeit bietet, Patienten rauchen zu lassen, ohne Dritten einen Schaden zuzufügen.
- e. Wachsamkeit im Hinblick auf die Stigmatisierung von Rauchern: Bevorzugung des Konzeptes der „Denormalisierung“ des Rauchens und des Grundsatzes der positiven Verstärkung derjenigen, die dem Rauchstopp zustimmen. Dahingegen kann eine Ablehnung des Rauchstopps keine Einschränkung der Qualität der Pflege rechtfertigen.

## 6. Schlussfolgerungen

Die ursprüngliche Frage wird folgendermaßen konkretisiert:

*Kann Personen, die in einem FPC untergebracht sind, eine zusätzliche Einschränkung auferlegt werden, indem man ihnen verbietet, zu rauchen, oder indem man ihre Freiheit, zu rauchen, ernsthaft einschränkt? Inwiefern ist diese zusätzliche Einschränkung aus dem Gesichtspunkt der Achtung ihrer Autonomie legitim? Inwiefern kann ihr Recht, zu rauchen, mit dem Recht des Personals und der Mitbewohner auf eine gesunde Umgebung versöhnt werden? Und auf welche Art und Weise ist ihr Recht, zu rauchen, mit der Organisation und dem praktischen Betrieb eines FPC vereinbar?*

Die Antwort des Ausschusses kann durch folgende Punkte zusammengefasst werden:

1. Die Bekämpfung des Rauchens in geschlossenen Zentren, oder selbst das Verbot des Rauches stimmt durchaus mit der Rauchpolitik überein, die für die allgemeine Bevölkerung anwendbar ist. In diesem Sinne scheint die bestehende allgemeine Politik zur Bekämpfung des Tabakkonsums (Abraten in Kombination mit eingeschränkten Verboten zum Zweck des Nicht-Schadens) auch in geschlossenen Einrichtungen wie FPCs anwendbar zu sein. Da es sich hier um Personen handelt, deren Freiheiten bereits erheblich eingeschränkt sind, muss stets gut überlegt werden, in welchem Maße zusätzliche freiheitsbeschränkende Maßnahmen legitim sein können.
2. Der Ausschuss ist sich dessen bewusst, dass das Recht von Internierten, zu rauchen, in der Praxis häufig mit dem Schutz von Nichtraucherern bei sowohl dem Personal als auch den anderen Internierten unvereinbar ist. In der Praxis zeigt sich, dass die Spannung zwischen dem Recht, zu rauchen und dem Recht auf eine rauchfreie Umgebung schwer zu beseitigen ist. Um dies zu lösen, ist ein vollständiges Rauchverbot in FPCs rechtlich und ethisch gesehen nicht selbstverständlich die beste oder ideale Option. Ein solches Verbot ist eine schwere Verletzung der Freiheit von Patienten, die sich dort zwangsweise aufhalten und wenig Bewegungsspielraum haben. Es ist möglicherweise auch schlecht durchführbar, weil es zu Unruhe führen kann und noch mehr Kontrolle erfordert. Ein vollständiges Verbot ist eine unverhältnismäßige Verletzung der Freiheit, die nicht so einfach im Namen des Nullrisikos im Hinblick auf Dritte geltend gemacht werden kann. Das Risiko muss jedoch stets so viel wie möglich eingeschränkt werden. Ein gesondertes Raucherzimmer (mit optimalem Rauchabzug usw.) könnte eine effiziente Lösung bieten. Die e-Zigarette kann eine zusätzliche Lösung sein. Unabhängig von den Fragen, ob ein Rauchverbot durchführbar ist oder die e-Zigarette verpflichtet werden kann, ist es jedenfalls

wünschenswert, dass Raucher stimuliert werden, um mit dem Rauchen aufzuhören oder auf die e-Zigarette umzusteigen.

3. Es ist ratsam, dass das Gesetz vom 22. Dezember 2009 zur Einführung einer Regelung zum Rauchverbot in bestimmten Räumlichkeiten und zum Schutz der Bevölkerung vor Tabakrauch, angesichts der sich in den FPCs stellenden Problematik erneut geprüft wird. Eine Gesetzesänderung ist angewiesen, um ausdrücklich die Lösung gesonderter Raucherzimmer für Internierte als vollwertige Alternative für das Rauchen in den privaten Räumen vorzusehen. Einige Mitglieder des Ausschusses sind der Meinung, dass auch untersucht werden muss, in welchem Maße es in juristischer und menschenrechtlicher Hinsicht möglich ist, die Freiheit, zu rauchen, zwangsweise mit der Verwendung der e-Zigarette zu erfüllen. Andere Mitglieder denken, dass eine solche Untersuchung keinen Sinn hat, weil sie lediglich den Zweck verfolgt, das Rauchen von Tabak durch die Verwendung der e-Zigarette zu ersetzen, und somit auf ein Rauchverbot hinausläuft. Sowohl die Einführung der Verwendung der e-Zigarette als Alternative für das gewöhnliche Rauchen als auch ein allgemeines Rauchverbot erfordern eine Gesetzesänderung. Um eine Verletzung des Gleichheitsgrundsatzes zu vermeiden, müsste die Gesetzesänderung für alle vergleichbaren geschlossenen Einrichtungen gültig sein.
4. Im Hinblick auf die Möglichkeiten, eine rauchfreie Kultur zustande zu bringen, kann am besten Bewusstmachung und Überredung eingesetzt werden, und ist es besser, mit Mitwirkung der Betroffenen zu handeln. In Anbetracht der positiven Aspekte, die in geschlossenen Einrichtungen im Allgemeinen mit dem Rauchen assoziiert werden (Gemütlichkeit, kontaktfördernd) wird empfohlen, auf andere Möglichkeiten umzusteigen, die den sozialen Kontakt stimulieren. Dies geht auch mit grundsätzlichen Erwägungen über die Architektur der Räume in dieser Art von Einrichtungen einher, zum Zweck des Schutzes der Nichtraucher, insbesondere der Personalmitglieder.
5. Es wäre wünschenswert, einen „Denormalisierungsprozess“ des Tabakkonsums in den Einrichtungen in Gang zu setzen. Programme, um (vollständig oder teilweise) mit dem Rauchen aufzuhören, können nicht auferlegt werden, müssen aber angeboten werden. Darüber hinaus müssen sie ordentlich begleitet werden und auf freiwillige Patienten ausgerichtet sein, mit Unterstützung multidisziplinärer Teams, unter anderem - wenn möglich - Tabakologen.
6. Maßnahmen gegen das Rauchen sind wirksam bei der Verbesserung der körperlichen Gesundheit und der Lebenserwartung von Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung. Sie müssen Bestandteil einer globalen Vision über die Gesundheit der Internierten sein, in der passende somatische und psychologische Betreuung, Bewusstmachung und Aufklärung

über einen gesunden Lebensstil integriert sind; Dies alles in einem Rahmen der Fähigkeit zur Selbsthilfe, die Menschen ermöglicht, mit ihrem Unbehagen umzugehen, ohne von Substanzen abhängig zu sein.

Diese Vision, die darauf ausgerichtet ist, die Achtung der Freiheiten mit der Förderung der Gesundheit zu vereinen, erfordert, dass den Einrichtungen ausreichende Mittel für die konkrete Verwirklichung davon zuerkannt werden. Die Bekämpfung des Tabakkonsums ist eine gemeinsame Verantwortung der Einrichtungen und der Behörden. Würde eine Möglichkeit zum Rauchen aufrecht bleiben, sollten Maßnahmen getroffen werden, um die Risiken für die Nichtraucher auf ein Minimum zu beschränken.

7. Diese unterschiedlichen Schlussfolgerungen können als Inspiration für Maßnahmen zur Bekämpfung des Tabakkonsums in anderen geschlossenen Einrichtungen dienen, in denen Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung untergebracht sind (Einrichtungen zum Schutz der Gesellschaft, geschlossene Abteilungen psychiatrischer Krankenhäuser, psychiatrische Nebengebäude von Gefängnissen).

Das Gutachten wurde im engeren Ausschuss 2020-2 Rauchverbot in Zentren für forensische Psychiatrie (FPC) vorbereitet, zusammengesetzt aus:

Covorsitzende	Cobericht-erstatter	Mitglieder	Vorstandsmitglied
M-Fr. Meurisse	M-Fr. Meurisse	M. Dumont	J. De Lepeleire
T. Lysens	T. Lysens	J. Libbrecht	
	P. Loobuyck		
	J. Messinne		

#### Mitglieder des Sekretariats

D. Dugois und V. Weltens

#### Gehörte externe Sachverständige

Ruben van den Aemele, Direktor Patientenbetreuung FPC Antwerpen

Geert Verbeke, Generadirektor FPC Gent und Antwerpen

Ingrid Dekkers, Vorsitzende des Ethikausschusses FPC und Juristin FPC Antwerpen

Pierre Oswald, Psychiater und Medizinischer Direktor der Centre hospitalier Jean Titeca VZW

Vincent Seutin, Professor *Université de Liège, Laboratory of Pharmacology and GIGA*

Frank Verbruggen, Professor KU Leuven, Institut für Strafrecht

Marc Meysmans, Klinikleiter Pneumologie UZ Brüssel, Tabakologe

Yves Cartuyvels, Hochlehrer an der Rechtsfakultät und Vizerektor der Université Saint-Louis

Jo Vanstraelen, Tabakologe, Alexianen Pflegegruppe Tienen

Laurent Ravez, Professor an der *Université de Namur*, Fakultät Wissenschaften und Fakultät Medizin

Dieses Gutachten kann auf [www.health.belgium.be/bioeth](http://www.health.belgium.be/bioeth) abgerufen werden.

\* \* \*