

## **Wann ist der Wille nicht mehr frei?**

Elmar Etzersdorfer

Vortrag am 6. Württembergischen Vormundschaftsgerichtstag, Esslingen, 9. März 2007

### Einleitung

„Wann ist der Wille nicht mehr frei?“. So das Thema. Der Auftrag an mich ist, medizinische Aspekte dieser Frage zu erörtern. Das heißt also die psychiatrisch-psychotherapeutische Sicht. Die rechtliche Seite folgt sogleich danach, auf sie werde ich daher nicht mehr eingehen, als unbedingt nötig. Ich werde philosophische Aspekte nur streifen, ebenso psychoanalytische Überlegungen, die mir als Psychoanalytiker bei der Frage nach einem freien Willen unweigerlich in den Sinn kommen.

Ich werde Ihnen anhand einiger Beispiele die tägliche Praxis in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. meine eigene als Psychiater und Psychoanalytiker beschreiben; wie wir vorgehen, wo wir Probleme haben oder wo wir Schwierigkeiten oder Graubereiche sehen. Ich werde dabei über Unterbringungen wie auch gesetzliche Betreuungen sprechen, beide berühren die Freiheit, haben mit dem freien Willen oder seinem Fehlen zu tun.

### Freier Wille – natürlicher Wille

Der Gesetzgeber hat postuliert, dass der Mensch über einen „freien Willen“ und über ein Freiheitsbewusstsein verfügt. Der im § 1896 BGB hinzugefügte Absatz 1a, mit 1. 7. 2005 in Kraft getreten, hält fest, dass ein Betreuer nicht gegen den freien Willen des Volljährigen bestellt werden kann. Entscheidend dafür, ob ein „freier Wille“ vorliegt, sind die Einsichtsfähigkeit des Betroffenen und die Fähigkeit, nach dieser Einsicht zu handeln. Wenn eines der beiden Elemente fehlt liegt kein „freier Wille“ sondern ein „natürlicher Wille“ vor. Jeder Mensch, auch der psychisch Kranke, ist in der Lage, einen „natürlichen Willen“ zu haben – unabhängig davon, ob dieser Wille aus Sicht eines Dritten, wie des behandelnden Arztes, als „vernünftig“ angesehen werden kann (Kirsch und Steinert, 2006). Der „Wille“ ist dabei die Fähigkeit des Menschen, sich zu einem Verhalten aufgrund bewusster Motive zu entscheiden.

### Neurowissenschaften, Psychoanalyse

Ich mache einen kleinen Exkurs zur Frage der bewussten Motive. Es gibt in den Neurowissenschaften in den letzten Jahren Forschungsergebnisse, die den Schluss nahe legen,

dass wir in einem biologischen Sinn gar nicht über einen freien Willen verfügen, da ständig ein Zusammenspiel von Nervenerregungen im Gange ist, das nicht nur Einflüssen von außen, sondern auch von innen unterliegt, und Entscheidungsprozesse wesentlich beeinflussen dürfte. Sie relativieren das, was wir als bewussten freien Willen in einem landläufigen Sinn meinen und für uns selbst in Anspruch nehmen.

Dabei gibt es erstaunliche Parallelen zu Erkenntnissen, die die Psychoanalyse vor über hundert Jahren gewonnen hat. Sigmund Freud hat die Bedeutung unbewusster Einflüsse auf unser Denken und Fühlen – und daraus abgeleitet auf unser Handeln nachdrücklich aufgezeigt. Es gibt einfach zugängliche Beispiele, wie die so genannten Fehlleistungen, anhand derer Freud gezeigt hat, dass hinter scheinbar zufälligen Ereignissen oder Handlungen Begründungen und Motivationen liegen können, die dem Betroffenen dennoch nicht ohne weiteres bewusst zugänglich sind. Freud hat mit seinen Erkenntnissen enormen Widerstand provoziert, den er selbst vorausgesehen hat. Er hat 1917 in der kleinen Arbeit „Eine Schwierigkeit der Psychoanalyse“ beschrieben, wie die Menschheit drei narzisstische Kränkungen durch die Wissenschaft erfahren hat, und wie diese Kränkungen zu massiven Ablehnungen geführt haben. Die erste (er nannte sie die kosmologische Kränkung) war durch Kopernikus erfolgt, der herausfand, dass nicht die Erde der Mittelpunkt des Weltalls ist, und daher die Sonne sich selbstverständlich um die Erde dreht. Die Konsequenzen sind bekannt, lange Zeit wurde dieses Wissen bekämpft und verleugnet. Die zweite Kränkung erfolgte durch Darwin, der der Vorstellung ein Ende bereitete, dass der Mensch über den Tieren steht und mit diesen auch nicht verwandt ist. Die biologische Kränkung, wie Freud sie nannte, ist heute überwunden, und wir wissen heute, dass wir von den Tieren abstammen, und zum Beispiel genetisch den Affen sehr nahe verwandt sind. Die dritte Kränkung ist psychologischer Natur, und beruht darauf, dass das bewusste Ich „nicht Herr sei in seinem eigenen Haus“ (Freud, 1917, S. 11).

Natürlich meinen auch Psychoanalytiker nicht, dass der Mensch daher keinen eigenen Willen haben kann. Gerade durch psychoanalytische Behandlungen können Einschränkungen, die aus uns selbst heraus entstehen, verringert werden. Es muss aber festgehalten werden, dass der „freie Wille“ aus psychoanalytischer Sicht ein Ideal ist, und bei uns allen kleineren oder größeren Verzerrungen unterliegt – „die Stimme des Intellekts ist leise“ hat Freud an anderer Stelle geschrieben.

Philosophen haben aus verschiedener Perspektive über den freien Willen nachgedacht, so auch Sprachphilosophen wie Ludwig Wittgenstein, der zweifelte, ob die Sprache überhaupt befähigt, die Wirklichkeit zu erfassen. Ein anderer Sprachphilosoph, Fritz Mauthner, hat schon vor Wittgenstein ganz ähnlich grundlegende Skepsis angemeldet und der Sprache jede Beziehung zur Wirklichkeit abgesprochen. Er kommt dann aber, aus einer eigentlich ganz pessimistischen Haltung, zu einer gewissen Legitimation einer alltäglichen Sprache – „für das irdische Wirtshaus, die Zurufe an den Speisenträger und das Schwatzvergnügen der Wirtshausgäste.“ (Mauthner, 1906). Ich will Sie jetzt nicht über Gebühr vom Thema wegführen, diese Gedanken vielmehr als Einleitung dafür nehmen, jetzt zu einem solchen „irdischen Wirtshaus“, der klinischen Arbeit zu kommen, in der wir bei allen Einschränkungen und Begrenzungen immer wieder vor der Aufgabe stehen, zu überprüfen, ob ein Patient über einen „freien Willen“ verfügt.

#### Beispiel Herr A.

Ich bringe Ihnen ein erstes Beispiel als Einstieg. Herr A., 45 Jahre alt, leidet seit langen Jahren an einer wahnhaften schizophrenen Psychose. Es ist seit längerem eine gesetzliche Betreuung eingerichtet, und er musste bereits mehrfach in stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung wegen akuter Zuspitzungen. Zuletzt kam er auf der Grundlage eines amtsrichterlichen Unterbringungsbeschlusses zur Aufnahme. Er war, vermutlich nach Absetzen seiner Medikation, zunehmend aggressiv gegenüber Familienmitgliedern und Nachbarn geworden, es gab auch gewalttätige Übergriffe. Darüber hinaus verkannte er seine Situation und stellte sich in seinem Wohnort auf eine stark befahrene Kreuzung, in der Überzeugung, dass er den Verkehr regeln müsse. Er verwendete dazu eine Trillerpfeife, die er bei der Aufnahme und einige Zeit darüber hinaus weiter um den Hals trug. Die Einweisung erfolgte aufgrund eines nervenärztlichen Gutachtens, das ohne direkte Untersuchung erstellt wurde, da Herr A. sich der Anhörung entzog. Die Richterin ordnete aufgrund der vorliegenden Informationen wegen Fremd- und Eigengefährdung eine Unterbringung für die Dauer von 3 Wochen an.

Bei der Aufnahme war Herr A. sehr aufgebracht, beschimpfte das Personal als inkompetent und war in seinem Redefluss kaum zu stoppen. Erst unter Androhung von Zwangsmassnahmen in der ziemlich zugespitzten Aufnahmesituation war er zur Einnahme von Medikation bereit. Er beharrte darauf, dass er an seinem Wohnort den Verkehr regeln müsse, ohne dies begründen zu können, war gegenüber Hinweisen, die auf die Gefährdung

oder die Unangemessenheit seines Verhaltens zielten, überhaupt nicht zugänglich und insgesamt zu einem geordneten Gespräch kaum in der Lage.

Ich bringe dieses Beispiel vielleicht auch deswegen, weil Herr A. selbst eine juristische Ausbildung durchlaufen hat, die zwar schon lange Zeit zurückliegt und er kann seit langen Jahren nicht mehr in einem juristischen Berufsfeld tätig sein. Was ihm jedoch geblieben ist, ist eine gewisse Grundbildung, die er auch vom Beginn der Aufnahme an einsetzte, auch wenn manchmal der Eindruck bestand, dass dies mechanisch, floskelhaft, ohne Bezug zu seinem eigenen Verhalten erfolgte. Er bestand von Anfang an darauf, dass er nur aufgrund eines Verfahrensfehlers des Amtsgerichtes in der Klinik sei, zweifelte die Kompetenz der zuständigen Richter ebenso an wie die Kompetenz der Mitglieder des Behandlungsteams. Auffällig war jedoch, dass er mir gegenüber eine völlig konträre Haltung einnahm, sich ausgesucht höflich und freundlich benahm, mir immer wieder Komplimente über unsere Klinik machte, um im selben Atemzug seine Anschuldigungen und die Kritik auch an der Behandlung im Krankenhaus aufrecht zu halten. Herr A. legte Widerspruch gegen die Unterbringung ein, der vom Landgericht nach einer Anhörung zurückgewiesen wurde.

Es handelt sich um ein Phänomen, das nicht so selten bei psychotischen Menschen anzutreffen ist, das Psychiater als „doppelte Buchführung“ bezeichnen, Psychoanalytiker sprechen auch vom Vorliegen von psychotischen und nichtpsychotischen Anteilen der Persönlichkeit. Gemeint ist damit, dass durch Spaltungsvorgänge verschiedene Wahrnehmungsinhalte, Gefühle wie Gedanken, voneinander völlig getrennt bleiben, so dass ein Nebeneinanderbestehen von einander widersprechenden Haltungen eintritt. So konnte Herr A. das ganze Register seines verfügbaren rechtlichen Wissens ziehen, sämtliche Vorgänge in Frage stellen, kritisieren und beeinspruchen, und zugleich mit mir freundliche Gespräche führen, die Medikamente regelmäßig einnehmen und sich in den Stationsalltag zunehmend unauffällig integrieren.

Die Widersprüchlichkeit und auch Verworrenheit ihres Denkens kann ich an einem Brief illustrieren, den mir Herr A. überreichte (mit Datum 10. Juli): „S. g. Herr Etzersdorfer, ich kündige den mit dem Furtbachkrankenhaus geschlossenen Vertrag mit Wirkung vom 11. Juli. Eine wirksame rechtliche Unterbringung trat durch den rechtswidrigen Beschluss des AG Stuttgart nicht ein, erst durch den Abschluss des von mir nachträglich unterzeichneten Vertrages (rückwirkend zum 1. 7.) ist die vorübergehende Unterbringung bis zum 10. 7.“

rückwirkend geheilt (allerdings ohne Einfluss auf die entstandenen Schadensersatzpflichten (gegen das AG). Durch die Kündigung ist eine längere Unterbringung Freiheitsberaubung im Sinne von § 239 STGB. Ich werde deshalb morgen nach dem Frühstück das Haus verlassen und bitte Sie, dafür zu sorgen, dass ich nicht aufgehalten werde. Ich kann meiner Gesundheit nicht zumuten, mehr als eine Woche ohne Sport und Auslauf als Gefangener nachgeordneter Bediensteter gehalten zu werden. Bedenken Sie bitte, dass hier jede Putzfrau mit eigenem Schlüssel ausgestattet ist, während deutsche Patienten um Erlaubnis betteln, wenn sie das Haus verlassen wollen.“ Unterzeichnet Herr A.. Als ich Herrn A. am nächsten Tag in der Früh mitteile, dass er das Haus nicht verlassen könne, da er untergebracht sei, übergeht er dies, wechselt sofort das Thema, wird jedoch weder aggressiv noch beharrt er auf seinem Wunsch. Ähnliche Vorkommnisse traten während des Aufenthalts mehrfach ein.

Hier ist die Frage des freien Willens nicht schwer zu beantworten, zum Zeitpunkt der Aufnahme und der erfolgten Unterbringung ist Herr A. sicherlich nicht in der Lage gewesen über einen „freien Willen“ zu verfügen. Durch seine Fehleinschätzungen entstanden Gefährdungen für ihn selbst (durch seine Verkehrsregelungen an der befahrenen Kreuzung) wie auch für andere (durch teilweise gewalttätige Übergriffe).

#### Wie wird der freie Wille beurteilt?

Wie beurteilen wir, ob ein „freier Wille“ vorliegt? Dazu ist natürlich eine neutrale, wohlwollende Haltung Voraussetzung, wenn wir mit unseren Patienten sprechen, wie sonst auch. Wir müssen unvoreingenommen sein und vertreten gewissermaßen einen gesunden Menschenverstand, der Widersprüche, Gefährdungen, unwahrscheinliche oder unmögliche Inhalte aufgreifen und in Frage stellen kann. Wir dürfen mit seltsamen oder widersinnig anmutenden Gedanken, wie sie in diesem Brief auftauchen, weder mitschwingen, noch sie als Unsinn abtun. Wir müssen dann untersuchen, ob der Patient auch dazu in der Lage ist, eine realistische Sicht einzunehmen, das heißt auch, zu zweifeln oder zu überlegen, oder ob eine psychische Erkrankung dies im Augenblick unmöglich macht und daraus Gefährdungen für sich oder andere entstehen. Wir müssen dazu von Wertungen oder eigenen Maßstäben abstrahieren können, dürfen auch Kritik nicht persönlich nehmen. Selbstverständlich stand es Herrn A. zu, Widerspruch gegen seine Unterbringung einzulegen, was er auch tat, und dies wurde sachlich untersucht und von den zuständigen Organen angemessen behandelt. Wie der Brief illustriert, war er zu einem geordneten Denken und Abwägen nicht in der Lage, sein

Denken war sprunghaft und paralogisch, die Konsequenzen daraus konnte er nicht wahrnehmen.

Es gibt auch Beispiele, wo die Einschätzung schwieriger oder dramatischer ist. Ich bringe Ihnen dazu ein weiteres Beispiel:

#### Beispiel Frau B. (Tumor der Ohrspeicheldrüse)

Eine 57-jährige Patientin, die an einer bekannten chronischen paranoid-halluzinatorischen Psychose leidet, kam über Ihren gesetzlichen Betreuer zur stationären Aufnahme, da eine unklare Schwellung im Bereich des rechten Ohres aufgetreten war, die die Patientin jedoch nicht untersuchen ließ, obwohl die Schwellung an Größe deutlich zunahm. Der Sohn von Frau B., wie ich sie nenne, hatte sie, wie der Betreuer, erfolglos dazu zu bewegen versucht, die Schwellung untersuchen zu lassen. Die Patientin meinte, die Schwellung sei von ihr gewollt, trage zu ihrer Schönheit bei, sie wünsche sich eine solche Schwellung auch auf der anderen Seite. Frau B. kam zur stationären Aufnahme, um ihre Medikation neu einzustellen, mit der Hoffnung verbunden, dass sie die Notwendigkeit der medizinischen Abklärung der Schwellung dann einsehen und durchführen lassen könnte.

Die Umstellung der Medikation führte zu keiner anderen Haltung der Patientin gegenüber der Schwellung, jedoch gelang es über den Kontakt der Bezugspflegekraft, dass sie mit dieser einen Hals-Nasen-Ohren-Arzt aufsuchte. Der Arzt stellte die Verdachtsdiagnose eines pleomorphen Adenoms, einer gutartigen Geschwulst der rechten Ohrspeicheldrüse, konnte einen bösartigen Tumor aber nicht sicher ausschließen. Er stellt die klare Indikation zur Operation, da der Tumor weiter wachsen und den Gesichtsnerv komprimieren würde, was zu Lähmungen der Gesichtsmuskulatur und weiteren Komplikationen führen kann. Er empfahl eine Kernspintomographie des Kopf-Hals-Bereiches, die jedoch nicht durchführbar war, da die Patientin sich nicht einmal den Blutdruck messen ließ, das Legen einer Kanüle, die für die Untersuchung notwendig wäre, daher unmöglich war. Auch das Verweilen in der Röhre des Tomographen über einige Minuten erschien undenkbar.

Das ist vorerst eine medizinisch äußerst schwierige Situation: es ist eine Operation notwendig, deren Sinnhaftigkeit die Patientin aufgrund ihrer psychischen Erkrankung nicht erkennen und auch gar nicht abwägen kann. Wir haben über das Amtsgericht eine Unterbringung erwirkt, die den Aufenthalt in unserem Krankenhaus zur Behandlung umfasste, wie auch eine

mögliche Operation gegen den Willen der Patientin. Die Kollegen der Hals-Nasen-Ohren-Abteilung meinten dann jedoch, dass eine Operation bei der nicht einwilligungsfähigen Patientin schwierig sei, da die Nachsorge nach der Operation auf der Intensivstation nicht gewährleistet werden könne. Sie empfahlen dann, den Tumor weiter zu beobachten, und mit der Operation noch zuzuwarten, da die Geschwindigkeit des weiteren Wachstums nicht sicher vorausgesagt werden könne. Wir entließen Frau B. daher, sobald die stationäre Behandlung nicht mehr unabdingbar war, in die weiterführende ambulante Behandlung, auch in der Hoffnung, dass Frau B. im weiteren Verlauf der Operation doch selbst zustimmen kann.

Auch in diesem Beispiel ist die Frage des „freien Willens“ nicht so schwierig zu treffen gewesen. Etwas schwieriger zu treffen war, vielleicht auch für die Juristen, welche Konsequenzen gegen den Willen von Frau B. gezogen werden dürfen, wenn sie die Notwendigkeit einer Operation krankheitsbedingt überhaupt nicht verstehen und auch nicht überlegen kann. Nicht zuletzt ergaben sich Einschränkungen aus einer medizinischen Perspektive, sodass vorerst die eigentlich sinnvolle und irgendwann auf jeden Fall notwendige Operation unterblieben ist.

#### Frau C. (Schwanken der Einsichtsfähigkeit)

Ich bringe Ihnen ein weiteres Beispiel, bei dem es sich in einiger Hinsicht um eine kompliziertere Situation handelt, was die Frage des freien Willens angeht. Auch Frau C., Mitte 20, leidet bereits seit einigen Jahren an einer chronischen Psychose, die immer wieder zu stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungen führte, wenn sie akut psychotisch entgleiste. Dabei waren häufig massive produktive Symptome wie Halluzinationen und Wahnvorstellungen dominant, oft fühlte sie sich von verschiedenen Personen verfolgt, mehrfach wurde sie dadurch suizidal und unternahm lebensbedrohliche Suizidversuche.

Unsere Erfahrungen im Furtbachkrankenhaus mit ihr waren häufig der Gestalt, dass sie in einem heftigen Zusammenbruch in die Klinik kam, vorerst wenig Beruhigung fand, auch unter starker medikamentöser Hilfe. Meist lehnte sie andere therapeutische Angebote ab, zog sich in ihr Zimmer zurück und reagierte feindselig auf die meisten Mitarbeiter. Sie konnte nur zu vereinzelt Mitgliedern des Behandlungsteams eine halbwegs neutrale Beziehung aufrecht erhalten, aber auch dies wechselte immer wieder und schlug mitunter rasch in offene Ablehnung und Beschimpfungen um, immer wieder verbunden mit wahnhaften

Überzeugungen, dass ihr bekannte Personen im Haus seien, ihr etwas zu leide tun wollten oder Familienmitgliedern, oder mir und ähnliche Vorstellungen mehr.

Ende letzten Jahres dekompenzierte sie wieder, als sie selbst feststellte, dass sie schwanger war. Sie kam akut psychotisch zur Aufnahme, war anfangs dadurch entlastet und fühlte sich sicherer als zuhause, wo sie sich zunehmend verfolgt und schrecklichen Gefahren ausgesetzt sah. Jedoch bestand sie auch hier auf ganz bestimmter Medikation und Dosierung, verhinderte eine Umstellung und letztlich die notwendige und angemessene medikamentöse Hilfe.

Gespräche konnte sie nur sehr kurz durchhalten, wurde sehr rasch aggressiv und ausfällig oder verließ den Raum. Bezüglich der Schwangerschaft war sie völlig zwiespältig, zugleich außer Stande, ernsthaft abzuwägen, ob sie das Kind bekommen wolle. Anfangs war es Frau C. möglich, freiwillig in Behandlung zu sein, auch wenn sie, wie ich es gerade beschrieben habe, sämtliche Behandlungsmaßnahmen wie auch Medikamente kontrollieren und letztlich in ihrer Wirksamkeit verhindern musste. Wir versuchten über regelmäßige Kontakte und über Gespräche eine gewisse gemeinsame Basis für die Behandlung zu erreichen, was letztlich jedoch nicht gelang. Als Frau C. die Medikation völlig verweigerte, zunehmend gespannter und psychotischer wurde und die Klinik verlassen wollte, waren wir gezwungen, einen Unterbringungsantrag zu stellen, dem auch stattgegeben wurde. Wir sahen ihre Verhaltensweisen als selbst- und auch fremdgefährdend an, auch im Sinne einer Gefährdung für den Fetus.

In dieser Situation fiel es letztlich nicht schwer, ihren „freien Willen“ als massiv eingeschränkt einzuschätzen, zumal sie nicht nur Verantwortung für sich und ihr eigenes Leben, sondern auch für ihr ungeborenes Kind zu tragen hatte und zu beidem gleichermaßen nicht in der Lage schien. Da wir sie auch außer Stande sahen, sich um die Geburt und alles Nachfolgende für das Kind zu kümmern, beantragten wir eine Betreuung für die Bereiche Gesundheit und Aufenthalt.

Frau C. war auch davor mehrfach untergebracht gewesen, wenn wir eine akute Selbstgefährdung feststellten und sie nicht freiwillig in Behandlung bleiben konnte. Jedoch machten wir auch immer wieder die Erfahrung, dass nach relativ kurzer Zeit eine gewisse Stabilisierung eintrat und wir dann abzuwägen hatten, ob noch genügend Anhaltspunkte für eine Unterbringung vorlagen. Sie drängte in solchen Situationen oft rasch auf Entlassung und zeigte sich immer wieder fähig, kurzfristige Absprachen soweit einzuhalten, dass wir uns



nicht mehr in der Lage sahen, sie gegen ihren Willen in der Klinik zu halten, auch wenn uns dies sinnvoll erschienen wäre, weil sie nicht wirklich ausreichend stabil war. Hier ist unser Problem das Schwanken zwischen Vorliegen und Fehlen eines „freien Willens“. Es ist auch deswegen ein Problem, weil Frau C. oft nach kurzer Zeit die Medikamente wieder absetzte, weil sie sie als schädlich und sie verfolgend erlebte, dadurch wieder in einen Rückfall geriet und wieder zur Aufnahme kam.

Frau C. lebte vor der Aufnahme bei ihren Eltern. Die Eltern kritisierten immer wieder unser Vorgehen, konnten es nicht verstehen, und nahmen selbst eine weit strengere Haltung ein, als es das Unterbringungsgesetz vorsieht. Sie bemühten sich einerseits, die Tochter zu unterstützen, waren jedoch durch ihr Verhalten häufig überfordert und letztlich auch nach vielen Jahren nicht in der Lage, den Gedanken zu akzeptieren, dass die Tochter krank aber nicht dumm oder widerspenstig ist. In einem Familiengespräch, in einem Moment, als Frau C. gerade gespannter wurde und verschiedene paranoide Befürchtungen äußerte, wurde die Mutter selbst ganz ärgerlich und sagte: „Kann ihr denn nicht irgend jemand erklären, dass das Alles nicht stimmt?“. So gab es auch bei Beurlaubungen immer wieder heftige Szenen zuhause, wenn die Tochter paranoide Befürchtungen äußerte, immer wieder kam es zu Streit, teilweise auch zu hilflosen Versuchen der Eltern, der Tochter zu „beweisen“, dass die geäußerten Befürchtungen nicht zutreffen würden. Beides war naturgemäß wenig hilfreich und trug nicht dazu bei, die Situation zu entschärfen.

Das Verhalten der Eltern gibt mir aber auch Gelegenheit, darauf hinzuweisen, dass wir immer wieder die Erfahrung machen, dass der „freie Wille“ ganz unterschiedlich eingeschätzt wird. Angehörige, die oft in einer verstrickten Beziehung leben, können sich schwer tun, wahrzuhaben, dass der Betroffene nicht bösartig oder willensschwach, sondern durch eine psychische Erkrankung nicht in der Lage ist, abzuschätzen, was der Realität entspricht und was nicht. Der Umgang mit einem Kranken kann dazu beitragen, dass diese Fähigkeit, die Frau C. ja immer wieder zurück gewann, auch wieder verloren geht.

#### Frau D. (Heimwechsel)

Diesbezüglich hatte ich gerade kürzlich eine unerfreuliche Erfahrung mit einer Patientin, die ich Frau D. nennen werde. Frau D. lebt seit einigen Jahren in einem Altenheim in einer eigenen Wohnung, sie hat eine chronische Psychose, sowie eine langjährig bekannte Anfallserkrankung, eine gesetzliche Betreuung ist eingerichtet. Frau D. kam in ihrer

Wohnung zunehmend schlechter zurecht, sodass sie bereits einmal zur stationären Aufnahme gekommen war. Sie war herumgeirrt, vor allem an Wochenenden, wo auch weniger Betreuungspersonal zur Verfügung steht, war in wahnhaftige Überzeugungen geraten, dass sie wegen einer Verliebtheit zu einem Arzt, der sie in einem anderen Krankenhaus aus somatischen Gründen behandelt hatte, aus Stuttgart wegziehen müsse. Beim ersten Aufenthalt hatte sie sich selbst entlassen, als sie einen Ausgang dazu nützte, in ihrer Wohnung zu bleiben und die Behandlung abubrechen. Sie hatte sich allerdings soweit stabilisiert, dass keine Unterbringungsgründe mehr vorlagen und daher blieb die Frage nach einem möglichen Wechsel der Einrichtung zwangsweise ungeklärt. Wir waren zur Einschätzung gekommen, dass es in der Wohnung noch einmal versucht werden könnte, zumal Frau D. selbst nicht klar äußern konnte, ob es für sie denkbar wäre, in eine andere Einrichtung umzuziehen, in der mehr Unterstützung vorhanden wäre.

Als sie nach relativ kurzer Zeit wieder zur Aufnahme kam wurde rasch klar, dass eine intensivere Betreuung doch unabdingbar geworden ist. Es brauchte eine Weile, bis Frau D. sich psychisch soweit stabilisierte, dass darüber mit ihr gesprochen werden und die ersten Schritte in die Wege geleitet werden konnten. Sie sah sich einige Einrichtungen an und war bereit, in ein uns geeignet erscheinendes Heim umzuziehen. Die gesetzliche Betreuerin machte uns dann aber beinahe einen Strich durch die Rechnung, als sie ihre Skepsis ausdrückte und uns mitteilte, dass sie dem Umzug erst zustimmen würde, wenn sie alleine mit der Patientin gesprochen und ihren „Willen“ festgestellt haben würde. Als sie das auch Frau D. so mitteilte, wurde diese wieder wahnhafter, kam zunehmend durcheinander und wir bekamen Sorge, dass der Umzug nicht klappen würde. So sprach sie plötzlich davon, dass sie vielleicht doch lieber nach Freiburg umziehen wolle - ein völlig neuer Gedanke - dass ihr die Stadt, die sie überhaupt nicht kennt, sehr zusagen würde, weil „frei“ im Namen steht, und auch „Burg“ klinge für sie sympathisch.

Was war geschehen? Eine unbedachte und im Umgang mit der chronisch psychotischen Frau nicht angemessene Vorgangsweise, die uns gegenüber misstrauisch und nicht kooperativ war, führte dazu, dass paranoide Symptome bei Frau D. wieder aufflackerten und das notwendige Vorgehen in Frage stellten. Es gelang dann schließlich doch, ein gemeinsames Gespräch zu führen, wie auch davor schon mehrfach, und Frau D. konnte ihre Zustimmung zu dem Wechsel aufrechterhalten. Ich bringe dieses Beispiel, weil es zeigt, dass die kooperative und offene Zusammenarbeit aller Beteiligten ebenfalls notwendig ist, um festzustellen, was der

„Wille“, ob „frei“ oder „natürlich“, eines Betroffenen ist, und er auch durch das Verhalten Anderer, ob Betreuer, Angehörige oder Arzt, verzerrt oder beeinflusst werden kann. Natürlich müssen wir diese Gefahr auch bei uns selbst sehen, dass wir einen Patienten in seinen Entscheidungen beeinflussen, ihn zu optimistisch oder zu pessimistisch einschätzen können. Wir versuchen solchen Fallstricken durch Besprechungen zu begegnen, in denen wir Eindrücke und Erfahrungen sammeln und immer wieder überprüfen. Ebenso helfen Supervisionen, eigene blinde Flecken zu erkennen. Ich hoffe, dass ich Ihnen vermitteln kann, dass ich solche Einschätzungen, nicht nur des „freien Willen“, für nicht immer einfach halte.

#### Beispiel Herr E. (Betreuung)

Ich bringe Ihnen noch ein letztes Beispiel, hier geht es nun um eine Betreuungsangelegenheit. Und auch hier lief etwas schief, und gerade deswegen passt es vielleicht an dieser Stelle. Hier handelt es sich um einen ca. 40-jährigen Mann, der an einer chronischen Psychose leidet, und bei dem eine gesetzliche Betreuung mit Einwilligungsvorbehalt für sämtliche Vermögensangelegenheiten eingerichtet worden war.

Herr E. war vor einigen Jahren erstmals unter der Diagnose einer schizoaffektiven Psychose in stationäre Behandlung in das Furtbachkrankenhaus gekommen. Er war damals durch das Amt für öffentliche Ordnung eingewiesen worden, da er bei der Scheidungsverhandlung im Amtsgericht ausgerastet war. Er hat dort lautstark herumgebrüllt und gedroht, sich und alle anderen umzubringen. Bei der Aufnahme war er verworren, akut psychotisch, sprach unzusammenhängend und es ergaben sich Hinweise auf wahnhaftige Vorstellungen mit Größenphantasien und Verfolgungsängsten. Er war in einem Zustand völliger Realitätsverkennung, geriet in äußerste Erregtheit, sodass er fixiert werden musste. Aufgrund der Selbst- und Fremdgefährdung wurde er untergebracht. Wegen zusätzlicher drängender sozialer Probleme, so einer drohenden Kündigung der Wohnung, beantragten wir im Eilverfahren auch eine umfassende gesetzliche Betreuung, die vorerst befristet eingerichtet wurde.

2005 kam nun die Anfrage an uns, ein Gutachten zu erstellen, zu der Frage, ob ein Einwilligungsvorbehalt einzurichten sei, den der gesetzliche Betreuer beantragt hatte. Herr E. blieb zwei Untersuchungsterminen unentschuldigt fern, erst nachdem sich der gesetzliche Betreuer einschaltete nahm er einen dritten Termin wahr. Er war, wie bei der Behandlung zwei Jahre davor, völlig unrealistisch, sprach von großartigen Erfindungen und

Errungenschaften, die er entwickelt habe und nun in großem Stil einsetzen werde. Dies berichtete er assoziativ mit Gedankensprüngen, ohne nachzudenken und ohne Anzeichen von Kritikfähigkeit der eigenen Situation gegenüber. Der gesetzliche Betreuer bestätigte den Eindruck, den wir bekamen, dass Herr E. sich als äußerst begabter Softwareentwickler fühlt und in einer Scheinwelt lebt. Der Betreuer hatte den Antrag auf einen Einwilligungsvorbehalt gestellt, da er nach einer Gesetzesänderung etwas Geld für Herrn E. ansparen müsse, der nicht kooperativ sei, und mehr als 10.000 € Schulden habe. Wir kamen in unserem Gutachten zu der Einschätzung, dass ein Einwilligungsvorbehalt für Herrn E. aufgrund seiner schweren und chronisch verlaufenden psychischen Erkrankung notwendig ist, um eine soziale Grundsicherung zu gewährleisten.

Im darauf folgenden Jahr wurden wir wiederum beauftragt, ein Gutachten zu erstellen, um die weitere Notwendigkeit einer Betreuung, einen möglichen Betreuerwechsel und die Notwendigkeit des Einwilligungsvorbehaltes zu überprüfen. Vorausgegangen waren vermehrte, meist nicht zielgerichtet geführte Eingaben von Herrn E.. Es waren teilweise Beschwerden, dann wieder ein Verlangen nach einem Betreuerwechsel. Es war, auf Antrag des ersten Betreuers, der mit Herrn E. aufgrund seines querulatorischen Verhaltens verzweifelt sein dürfte, ein Betreuerwechsel durchgeführt worden, was die Haltung von Herrn E. nicht verändert hatte.

Diesmal hatten wir weniger Glück, was sein Erscheinen betrifft, man könnte aber auch davon ausgehen, dass Herr E. in einem schlechteren psychischen Zustand als bei dem Vortermin war. Er rief zwar mehrfach an, teilte mit, dass er „kein Interesse“ an dem Gutachten habe, versuchte dann aber immer wieder, mit mir Kontakt aufzunehmen, stellte unerfüllbare Forderungen nach der Person des Arztes, der ihn untersuchen solle, Zeitpunkt der Untersuchung und anderes mehr. Er beschimpfte mich telefonisch, war kaum bremsbar und meinte, das Gutachten werde von uns hier „schamlos ausgenützt“. Er werde sich über uns beschweren. Nachdem es zu keinem persönlichen Gesprächs- und Untersuchungstermin kommen konnte, teilte ich dies schließlich dem Notar, der als Vormundschaftsgericht das Gutachten in Auftrag gegeben hatte, in einer Stellungnahme mit. Ich schrieb, das war im Februar 2006: „Diese Kontakte, wie auch der von Ihnen freundlicherweise zur Verfügung gestellte Brief des Betreuers, Herrn X., von 29.1.2006, lassen eher den Schluss zu, dass die früher beschriebenen Begründungen für die Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung weiter bestehen, als dass Herr E., wie er selbst meint, diese nicht benötigen würde. Dennoch ist es

gegenwärtig daher naturgemäß nicht möglich, eine gutachterliche Stellungnahme abzugeben.“.

Ich war dann sehr verwundert über einen Brief des Notars an Herrn E. im April, den ich in Kopie bekam. Er beschreibt darin zuerst die Situation und das Verhalten von Herrn E.. Es wird beschrieben, dass Ende Februar ein Rechtsanwalt zum Verfahrenspfleger bestellt worden war; dem Gericht sei zweifelhaft „ob Sie einen freien Willen formulieren können“. Es wird dann beschrieben, dass der Verfahrenspfleger schriftlich mitgeteilt habe, dass ein Gespräch mit Herrn E. gescheitert sei und zu dem Schluss komme, dass Herr E. „nicht betreubar“ sei. Der Verfahrenspfleger bestätige in seinem Schreiben den Eindruck, dass das ganze Streben von Herrn E. darauf gerichtet sei, sich mit Behörden, Organisationen, Privaten und Gerichten anzulegen. Eine Zusammenarbeit mit Herrn E. sei nicht möglich.

Der Notar teilt all dies Herrn E. mit und schreibt weiter: „Das Vormundschaftsgericht kann jedoch ohne eine gutachterliche Äußerung nicht entscheiden, ob Ihrerseits ein freier Wille existiert. Im Zweifel handeln Sie aus hiesiger Sicht willentlich gegen Ihre eigenen Interessen. Die Betreuung ist jedoch als staatlich angeordnete Hilfestellung anzusehen. Wird diese nicht angenommen und ist keine Selbstschädigung im physischen Bereich zu erkennen, kann diese Hilfestellung auch nicht erbracht werden. Das Vormundschaftsgericht schließt sich der vom Verfahrenspfleger getroffenen Feststellung an, dass die Fürsorgepflicht des Staates nicht überstrapaziert werden darf und von einem Betreuer auch nichts Unmögliches verlangt werden kann. Das Vormundschaftsgericht wird für den Fall, dass Sie bis 15. Mai. [ca. vier Wochen später] einen Termin bei Dr. Etzersdorfer nicht wahrgenommen haben und aus einem dann errichteten Gutachten andere Schlüsse zu ziehen wären, die Betreuung nicht verlängern sondern wegen Unbetreubarkeit aufheben.“ (Hervorhebung E. E.).

Ich habe, wie gesagt, eine Kopie dieses Schreibens erhalten und dem Notar/Vormundschaftsgericht darauf geantwortet, dass mir die Feststellung, dass der Betreute im Zweifel willentlich gegen seine eigenen Interessen handelt, als eine willkürliche Interpretation erscheint. Im Gegenteil weist das Verhalten von Herrn E., das von Irrationalität und fehlender Schlüssigkeit geprägt ist, gerade darauf hin, dass offenbar schwerwiegende psychische Gründe zugrunde liegen, die ein angemessenes Verhalten verhindern. Ich schrieb, dass weit nahe liegender sei, dass genau solche Gründe vorliegen, die die Einrichtung einer Betreuung nicht nur rechtfertigen, sondern geradezu notwendig machen. Ich habe meine

Verwunderung deutlich ausgedrückt und den zuständigen Notar dringend aufgefordert, von seinem Vorhaben abzusehen und meine Hilfe dabei angeboten. Ich bekam dann zwei Wochen später ein Antwortschreiben, in dem der Notar bei seiner Rechtsauffassung bleibt; er hat die Betreuung dann wohl aufgehoben.

Es handelt sich natürlich um eine schwierige Situation, wohl auch rechtlich. Ich bringe das Beispiel aber auch, weil ich den Begriff der „Unbetreubarkeit“ nicht kenne. Es ist ein Unterschied, ob eine Betreuung notwendig ist, und ob sie angemessen durchgeführt werden kann.

#### Abschließende Bemerkungen:

Ich komme damit zu ein paar abschließenden Bemerkungen. Ich habe Ihnen zu zeigen versucht, wie wir denken, wie wir vorgehen, wie wir zu Einschätzungen kommen. Anhand von Herrn A. habe ich zu zeigen versucht, wie eine scheinbar juristische Argumentation Ausdruck eines fehlenden freien Willens sein kann. Ich habe nicht zu definieren versucht, was genau der „freie Wille“ ist, wie die Grenzen exakt definiert werden können. Ich kann mich auf den Titel berufen, dass ich darüber sprechen sollte, wann der Wille nicht mehr frei ist. Es ist jedoch klar, dass dieser Grenzbereich unübersichtlich und alles andere als eindeutig ist. Kompliziert wird es in Fällen von Zwangsbehandlungen wie bei Frau B., kompliziert in diesem Fall noch durch Bedenken chirurgischer Kollegen, die eine notwendige Behandlung zu verschieben zwangen.

Man muss sicherlich unterscheiden zwischen psychologischen oder auch philosophischen Fragen nach dem „freien Willen“, und den gesetzlichen Vorgaben, denen wir entsprechen müssen. Aber auch hier gibt es Graubereiche, wie ich zu zeigen versucht habe. Es ist vor allem keine statische Dimension, sondern eine Fähigkeit, die sich bei unseren Patienten rasch ändern kann, und zwar in beide Richtungen. Das habe ich bei Frau C. zu zeigen versucht, bei der die Fähigkeit zu einer realitätsorientierten Sicht auf auffallende Weise schwankt. Wir müssen uns auch davor hüten, durch Vorerfahrungen vorschnell Schlüsse zu ziehen; die nächste Aufnahme, das nächste Gespräch können anders verlaufen. Bei Unterbringungen können wir uns neben den anderen Kriterien, die vorliegen müssen, auf die Frage der unmittelbaren Gefährdung konzentrieren. Wir sind dadurch aber oft in unseren Möglichkeiten gebunden, es entstehen Diskrepanzen zwischen dem Wünschenswerten und dem Möglichen. Erwähnen möchte ich aber doch, dass die Möglichkeit der „fürsorglichen Zurückhaltung“, die

es in Baden-Württemberg bis zu 72 Stunden gibt, klinisch hilfreich ist. Immer wieder gelingt es dadurch, Unterbringungen zu vermeiden, sei es, weil eine Gefährdung wieder verschwindet, sei es, weil ein Betroffener sich doch zu einer freiwilligen Behandlung entschließen kann.

Bei Betreuungsfragen ist die Frage nach dem „freien Willen“ oft nicht einfach zu treffen, mitunter brauchen wir längere Erfahrungen oder mehrere Behandlungsepisoden, um sicher in unserer Einschätzung zu werden. Bei der Frage nach dem Heimwechsel bei Frau D. war das so, auch bei Fragen nach der Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung stehen wir immer wieder vor ähnlichen Überlegungen.

Wir brauchen auch Sie als involvierte Fachleute, Betreuer, Richter, Kollegen von Gesundheitsämtern, so wie Sie unsere Einschätzung einholen. Wir brauchen Ihre Informationen, um uns ein umfassenderes Bild zu machen; wir schätzen auch die Möglichkeit, mit einem Richter eine „dritte Position“ in manche Behandlung einzuführen, die mitunter helfen kann, dass der Betroffene sich der Realität wieder annähern kann. Es kann aber auch, gerade in Zweifelsfällen, helfen, für uns eine Klärung der rechtlichen Situation herbeizuführen.

Es gibt Situationen, wo wir uns mehr Unterstützung wünschen würden. In dem letzten Beispiel, Herrn E., war ein Missverständnis am Werk: der verbal geäußerte Wunsch und das – irrationale – Verhalten entsprachen mit großer Wahrscheinlichkeit nicht einem „freien Willen“ sondern genau dem Gegenteil, was doch etwas formalistisch missverstanden wurde. Die Schwierigkeiten, die gerade ein Grund für die Betreuung waren, wurden als Anlass genommen, sie zu beenden. Das Beispiel weist aber auch auf die Schwierigkeiten hin, in die wir alle kommen, wenn wir mit Menschen zu tun haben, deren Willen nicht mehr frei ist. Wenn wir mit irrationalem, gestörtem oder psychotischem Denken zu tun haben, und dennoch versuchen müssen, nicht nur dem Recht genüge zu tun, sondern die Menschen, die uns anvertraut sind, angemessen und menschlich zu behandeln.

#### Literatur:

Freud S (1917) Eine Schwierigkeit der Psychoanalyse. G. W. XII, S. 1-12.

Kirsch P, Steinert T (2006) Natürlicher Wille, Einwilligungsfähigkeit und Geschäftsfähigkeit. Begriffliche Definitionen, Abgrenzungen und relevante Anwendungsbereiche. Krankenhauspsychiatrie, 17: 96-102.

Mauthner F (1906) Beiträge zu einer Kritik der Sprache. Unveränderter Neudruck der 2. Auflage, Frankfurt, 1982.

Autor:

Univ.-Doz. Dr. med. Elmar Etzersdorfer, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin, Psychoanalytiker (WPV, DPV/IPA). Chefarzt des Furtbachkrankenhauses, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Furtbachstraße 6, 70178 Stuttgart. [etzersdorfer@fbkh.org](mailto:etzersdorfer@fbkh.org)