

Zeitschrift: Intercura : eine Publikation des Geriatriischen Dienstes, des Stadtärztlichen Dienstes und der Psychiatrisch-Psychologischen Poliklinik der Stadt Zürich

Herausgeber: Geriatriischer Dienst, Stadtärztlicher Dienst und Psychiatrisch-Psychologische Poliklinik der Stadt Zürich

Band: - (2009-2010)

Heft: 106

Artikel: Sucht kennt (k)ein Alter? : Ethische Fragen über Freiheit und Freiwilligkeit in der Suchtbehandlung von älteren Menschen

Autor: Wolf, Julia

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-789794>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 03.02.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Sucht kennt (k)ein Alter?

Ethische Fragen über Freiheit und Freiwilligkeit in der Suchtbehandlung von älteren Menschen

***Julia Wolf**

Einleitung: Bedeutung der Thematik

Das Thema Sucht und Alter ist ein oft verkanntes Thema. Eine adäquate Versorgung und Prävention dieser Bevölkerungsgruppe im Rahmen der Suchthilfe hat sich derzeit noch nicht etabliert. Die Brisanz der Thematik wird aber gerade aufgrund der demografischen Entwicklung sicher weiter zunehmen. Im Alter scheint sich die Tabuisierung eines uns gesellschaftlich nicht erwünschten und bereits negativ konnotierten Zustandes noch mehr zuzuspitzen. Eigentlich nimmt man an, dass mit dem Alter die Weisheit kommt. Andererseits sind ältere Menschen gerade aufgrund ihrer Lebenserfahrung für wohlgemeinte Ratschläge und Interventionen oft kaum mehr zugänglich. Hinzu kommen andere gesundheitliche Probleme und soziale Abhängigkeiten, die sich vor allem in Pflege- und Alteinrichtungen zeigen. Eine Frage, die sich daher aufdrängt, ist, inwieweit dürfen und sollen wir in Suchtzustände bei älteren Menschen eingreifen. Welche Voraussetzungen müssen für Präventions- und Hilfsmassnahmen bei älteren Menschen gegeben sein. Wie viel Mitentscheidung gestehen wir den an Sucht Erkrankten jeweils zu.

Ich möchte zunächst erläutern, was eine Ethik im Kontext der Sucht und vor allem der Sucht im Alter überhaupt leisten kann, um dann der Frage nachzugehen, ob Sucht ein Alter kennt und ob es tatsächlich für die Diskussion ethisch relevante Fragestellungen gibt, die spezifisch für ältere Menschen sind und sich qualitativ von sozialen, medizinischen und normativen Aspekten der Sucht in anderen Lebensabschnitten unterscheiden.

*Dr. Julia Wolf, Fachbereich für Medizin- und Gesundheitsethik, Universität Basel

Vortrag am 26.06.2009 im Technopark in Zürich, im Rahmen der Veranstaltung „Alter sucht Ethik“ der Forelklinik.

Das Verhältnis von Sucht und Ethik

Heute werden gerade aus der Praxis heraus ethisch-moralische Probleme im Rahmen der Suchtarbeit immer häufiger angesprochen. Dies liegt aus meiner Sicht daran, dass Moral und Wertvorstellungen seitens der Patienten aber auch der Helfer zu Dissensen und praktischen Problemen führen. Daher ist die Auseinandersetzung mit Sucht und Ethik aus meiner Sicht eine fruchtbare Angelegenheit. „Ethik kann zunächst als ein Versuch verstanden werden, auf Probleme des öffentlichen Lebens bewusst zu reagieren und auf der Basis rationaler Argumentation, intersubjektive nachvollziehbare und öffentlich vertretbare Massstäbe für unser Handeln zu formulieren (F. Ricken, 1998).“ Ethik ist in diesem Sinne eine Methode um die moralischen Aspekte praktischer Probleme aufzudecken und zu reflektieren. Die Leistung der Ethik in der Suchtarbeit sehe ich daher in einer normativen Auseinandersetzung mit dem menschlichen Zustand der Sucht. Ich möchte zunächst anhand von einigen typischen Aussagen verdeutlichen, wie mit Vorannahmen und Argumentationen im Kontext der „Sucht im Alter“ umgegangen wird:

1. „Bei einem 70-jährigen bringt eine Suchttherapie doch nichts mehr, lässt ihn doch weiter trinken, dann hat er noch ein paar schöne Jahre“.
2. „Wir müssen unseren Bewohnern doch ein glückliches Altern ermöglichen“.
3. „Wir können den alten Damen nicht den ganzen Tag eine Happy Hour bieten, das schadet ihnen und dem Image des Altenheims“.

Im ersten Fall handelt es sich um eine Art von ärztlichem oder pflegerischem Nihilismus. Hier wird die medizinische Unsinnigkeit einer Behandlung unterstellt und im Sinne eines Liberalismus indirekt auf die Selbstbestimmung der älteren Person rekurriert. Im zweiten Zitat

dienen die Lebensqualität und ein glückliches Leben als Argument für oder aber auch gegen Hilfe und Therapiemassnahmen. Es wird vorausgesetzt, dass wir es als unsere Pflicht ansehen, ein glückliches Altern und ein gutes Leben zu ermöglichen. Was jedoch im Einzelnen unter „Glück“ oder einem „guten Leben“ verstanden wird, bleibt zunächst offen. Im dritten Zitat wird dann das Prinzip der „Nicht-Schädigung“ sehr stark hervorgehoben. Die Selbstschädigung und ein möglicher Schaden für Dritte werden thematisiert und als Hauptargument für Interventionen und strikte Regeln in Einrichtungen angeführt. Die Selbstschädigung wird dabei gerade im Sinne einer Selbstverpflichtung zum Schutz der eigenen Gesundheit verstanden. Die unterschiedlichen Argumentationsweisen führen zu unterschiedlichen Reaktionsweisen. Doch was ist nun richtig? Welche Argumente wollen wir aus gesellschaftlicher Sicht weiter verfolgen? Dies können wir nur beantworten, wenn wir uns vergegenwärtigen was Sucht eigentlich ist und was das Besondere bei Suchterkrankungen im Alter darstellt.

Besonderheiten und Gemeinsamkeiten von Sucht in verschiedenen Lebensabschnitten

Bei Suchtprozessen im Alter wird zunächst meistens auf einen Alkohol- und Nikotinabusus oder eine Medikamentenabhängigkeit fokussiert. Andere Suchtformen scheinen zumindest im Moment noch keine grössere Rolle bei älteren Suchtkranken zu spielen. Es lässt sich zeigen, dass im Alter vor allem das subjektiv erlebte Gefühl einer Abhängigkeit von anderen Menschen ansteigt. Gleichzeitig gibt es oft ein Gefühl der Leere durch fehlende Aufgabenstellungen im Anschluss an das Berufsleben. Ältere Menschen leiden zudem altersbedingt häufiger unter anderen Erkrankungen, psychischen Verstimmungen und weisen daher einen schlechteren Allgemeinzustand auf. Die Folgen davon sind, wie bereits auf der Tagung erwähnt, ein Verkennen der Problematik, eine Symptomüberdeckung sowie die Selbstverleug-

nung eines problematischen Konsummusters von sozial akzeptablen Substanzen oder Medikamenten. Hinzu kommt eine offensichtlich grössere Tabuisierung und Abwertung von Suchterkrankungen im Alter. Die soziale Rolle eines älteren Menschen und das Bild vom Alter assoziieren wir ungern mit Sucht, Selbstverlust oder Rauschzuständen. Darüber hinaus ist die Datenlage für Suchterkrankungen im Alter immer noch unterrepräsentiert. Es existieren kaum vergleichende Studien über mögliche Therapieprogramme und deren Effizienz für ältere Menschen mit Suchterkrankungen. Daraus ergeben sich für mich eine Reihe von ethisch relevanten Fragestellungen, die ich im Folgenden kurz zusammen fassen möchte:

1. Sind süchtige Menschen im Alter weniger entscheidungs- und handlungsfähig?
2. Ist Alter damit ein Kriterium für oder gegen Hilfsmassnahmen?
3. Was bedeutet in diesem Zusammenhang „optimale Hilfeleistung“. Was wird als eine „Unter- oder Überversorgung“ in der Suchthilfe verstanden?
4. Gibt es normative Grundbedingungen für Suchthilfe im Alter?

Die stoffgebundene Sucht: ein ambivalenter Zustand ?

Etymologisch leitet sich das Wort Sucht von siechen, das heisst von krank sein, oder sich krank fühlen, ab. Vor allem ab dem 16. und 17. Jahrhundert nahm das Problembewusstsein für einen, über der gesellschaftlichen Norm liegenden Konsum, von Alkohol zu. Werte wie Selbstbeherrschung und Selbstkontrolle rückten stärker ins Blickfeld der Gesellschaft. Der Zustand der Sucht ist seither durch ambivalente Beschreibungen geprägt: Einerseits verliert der süchtige Mensch die Kontrolle über die Substanz, kann sich nicht mehr frei entscheiden, andererseits schädigt er sich nicht nur selbst, sondern auch Dritte, verursacht Kosten und verhält sich im Zustand des Drogeneinflusses oder des Entzugs in einer Art und Weise, die wir häufig moralisch be- und verurteilen. Nicht zuletzt schreiben wir dem von einer Droge Ab-

hängigen eine moralische Verantwortungsfähigkeit für seinen Zustand und den möglicherweise damit verbundenen Folgeerscheinungen und Kosten zu.

Sucht: Krankheit oder Willensschwäche?

Wir greifen in der Medizin und in unserer Gesellschaft auf ganz unterschiedliche Verständnisweisen von Sucht zurück. Ein Suchtzustand lässt sich als Krankheit, als erlerntes nicht konformes Verhalten, als Lebensstil, als deviantes Verhalten oder aber als moralische Verfehlung verstehen. Jedes Suchtverständnis beantwortet die Frage nach einer bedarfsgerechten Hilfe, der Finanzierung der Hilfe und dem Bild, das wir uns vom süchtigen Menschen machen, unterschiedlich. Es fällt dabei auf, dass die Einordnung der Sucht und mögliche Interventionsstrategien unter anderem von der Frage nach der Freiheitsfähigkeit süchtiger Menschen abhängen. Im Fall der Sucht als Krankheit entscheiden wir uns für das Bild des unwilligen und unfreien süchtigen Menschen. Im Fall der Sucht als moralische Verfehlung gestehen wir dem süchtigen Menschen notwendigerweise die Freiheitsfähigkeit zu, weisen ihm aber auch Verantwortung und Schuld für seinen Zustand und die damit verbundenen Folgen zu. Diese Zuschreibung von Freiheit und Verantwortung ist die Voraussetzung für Sanktionen. Die Krankheitsinterpretation wird dagegen unter anderem gezielt eingesetzt, um süchtige Menschen zu entkriminalisieren und eine gesellschaftlich finanzierte Hilfeleistung überhaupt gewährleisten zu können. Gerade die unterschiedliche Beantwortung der Freiheitsfähigkeit von süchtigen Menschen führt uns in ein praktisches und ethisches Dilemma. Wie viel Autonomie und Verantwortung sollen und können wir einem süchtigen Menschen zugestehen. Inwieweit ist der Einzelne dazu fähig, selbstbestimmte Entscheidungen zu treffen? Die Beantwortung dieser Fragen beeinflusst nicht nur den sozialen und politischen Umgang mit süchtigen Menschen, sondern verur-

sacht auch entsprechende Konsequenzen für die Rechtsprechung, das Arzt-Patient-Verhältnis und das Selbstverständnis von süchtigen Menschen.

Was verlieren süchtige Menschen – Autonomie als Schlüssel zum Suchtverständnis?

Es lässt sich zeigen, dass Suchtdefinitionen, die mit einem Verlust von Freiheit bzw. dem Verlust von Freiheitsgraden operieren auf bestimmte Vorannahmen zurückgreifen. Zum einen wird vorausgesetzt, dass (1) jeder Mensch prinzipiell frei sein kann; Freiheit also keine menschliche Illusion darstellt und dass (2) Drogen und die Entwicklung einer Sucht, diese menschliche Freiheit zu unterlaufen drohen; (3) Sucht ist gerade aufgrund eines möglichen Freiheitsverlustes als destruktiver und nicht akzeptabler Zustand eines Menschen gegen sich selbst und seiner möglichen Lebenskonzepte zu verstehen. Die Definition der Sucht als Freiheitsverlust besitzt aber nicht nur praktische Konsequenzen, sondern enthält auch ein normatives Urteil, das dem süchtig gewordenen Menschen seine Freiheitsfähigkeit abspricht und ihn damit auf eine niedrigere menschliche Daseinsstufe zurückfallen lässt, was wiederum auf die Therapie und den sozialen Umgang mit Drogenkonsumenten zurück wirkt. Der Freiheitsverlust betont und unterstützt in diesem Sinne eine Ablehnung des Suchtzustandes, als eine Daseinsform, die sich mit der Achtung gegenüber sich Selbst nicht vereinbaren lässt. Autonomie wird im Kontext der Sucht als „Freiheit im Sinne, selbst über sich und seine körperliche, wie auch psychische Verfassung verfügen zu können und sich selbst Handlungsziele zu setzen“, bestimmt (Höffe, 1997). „Willensfreiheit besteht dagegen darin, dass sich der Wille als mentale Fähigkeit von Personen letztlich nicht von etwas anderem, wie äußeren Bedingungen, Zwängen, oder Trieben bestimmen lässt, sondern selbst Ursprung seines So-Und-Nicht-Anders-Seins ist“ (Höffe, 1997). Die verschiedenen Beschreibungen des

postulierten Freiheitsverlust bei süchtigen Menschen rekurren auf einen empirischen Freiheitsbegriff, der Freiheit als kognitive Fähigkeit beschreibt, deren Verlust empirisch nachweisbar ist. Daneben spielt aber auch der Begriff der Patientenautonomie als rechtlicher Anspruch eine essentielle Rolle in der medizinischen Suchthilfepraxis. Durch die gegenwärtige Präsenz anderer Suchtbilder und Suchtdefinitionen bleibt jedoch weitgehend unklar, ob und mit welcher Reichweite von einem Freiheitsverlust gesprochen werden kann.

Das Spannungsfeld von Autonomie und Fürsorge

Aus ethischer Sicht steht ein Helfer / Arzt / Pflegender oft in einem Spannungsfeld aus Autonomie und Fürsorge. Diese beiden Prinzipien sind in der Medizinethik – zusammen mit dem Nicht-Schadensprinzip auch durch die Prinzipienethik von Beauchamps und Childress als „Vier-Prinzipien-Ansatz“ oder als „Prinzipienethik“ bekannt geworden (Beauchamps und Childress, 1994). Vor allem der Aspekt der Patientenautonomie spielt in gegenwärtigen medizinethischen Diskussionen eine immer bedeutungsvollere Rolle. In vielen therapeutischen Bereichen ergibt sich im Rahmen einer Krankheit bzw. eines Arzt-Patienten-Verhältnisses ein Konflikt zwischen der Respektierung der Autonomie und dem Prinzip der Fürsorge. Eine Balance aus Autonomie und Fürsorge ist oft nicht leicht zu finden. Im Fall der Sucht - die in Bezug auf das Prinzip der Autonomie sicher ein Sonderfall ist - wird es aus Gründen des zugrunde gelegten Suchtverständnisses noch schwieriger einen bestehenden Konflikt aufzulösen. Gesteht man den Patienten überhaupt Patientenautonomie zu? Wenn ja, welchen Autonomiegrad haben süchtige Menschen und welche Entscheidungskompetenzen bringen sie mit? Ist der Mensch im Rahmen der Wirkung einer Droge noch urteilsfähig?

Ein zuviel an Autonomie kann hier schnell zu einer Überforderung des Patienten in der Praxis und damit zu einer ethisch fragwürdigen

Unterversorgung führen. Mangelnder Respekt vor der Autonomie dagegen könnte einem generellen Paternalismus die Tür öffnen, was sicher nicht jedem süchtigen Menschen gerecht wird und im Zweifelsfall dazu führt, dass den Patienten permanente Bevormundung und Zwang widerfährt. Insbesondere dann, wenn sie zu spezifischen Zeitpunkten bzw. im Rahmen einer Behandlung sehr wohl als urteilsfähig und entscheidungskompetent erscheinen. Die Frage nach der Autonomie von süchtigen Menschen erhält bei älteren Menschen zudem eine besondere Brisanz. Nicht selten verstärkt oder initiiert ein problematischer Konsum eine Demenzerkrankung. Demente Personen gelten ebenfalls gerade in ihrer Autonomie, ihren kognitiven Fähigkeiten und ihrer Entscheidungsfähigkeit eingeschränkt. Sucht und Demenz erscheinen hier als ein sich gegenseitig potenzierender Verlust von Autonomie- und Handlungskontrolle und begründen damit letztlich einen Selbstverlust der Person. Es scheint, als ob wir uns in der Praxis immer zwischen Autonomie und Fürsorge entscheiden müssten und als ob die eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten nahe legen, dass hier dem Prinzip der Fürsorge eine grössere Bedeutung zukommt. Doch ist diese Sichtweise ethisch gerechtfertigt?

Die Vorstellung einer absoluten Freiheit, die einerseits als Rechtsanspruch und zugleich als kognitive Grundfähigkeit von erwachsenen Personen verstanden wird, wird dem süchtigen, dem chronisch kranken oder dem dementen Menschen aus meiner Sicht nicht wirklich gerecht. Daher möchte ich eine alternative Sichtweise vorstellen, die sich in Anlehnung an die feministische Bioethik und die narrative Ethik auch als „integratives Autonomiekonzept“ bezeichnen lässt (Geisler, 2004, 2005). Autonomie wird dabei als ein relationaler Begriff definiert, der sich kontextgebunden nicht allein als individuelle Entscheidung, sondern stets nur im Wechselspiel mit anderen Personen (z.B. Arzt-Patient-Angehörige) entwickelt. Das bedeutet, dass Autonomie nicht losgelöst erfolgt, sondern immer schon in Abhängigkeitsverhältnissen besteht und nur dort, also innerhalb eines sozialen Kontextes und in

Bezug auf ein konkretes Gegenüber entfaltet und gefördert werden kann (Geisler, 2005). Autonomie und Abhängigkeit müssen sich also nicht notwendigerweise ausschliessen.

Viele Erkrankungen führen zu einer Einschränkung der Autonomiefähigkeit und fordern daher gerade zur Fürsorge für den kranken Menschen auf. Das Prinzip der Fürsorge beinhaltet in diesem Sinne die Achtung der Würde in jeder Lage und Situation und fordert zu einer Stärkung der Selbstbestimmung auf (Geisler, 2005). Dies kann gerade auch in einer Hilfe zur Selbsthilfe münden. Rehbock beschreibt die Balance aus Autonomie und Fürsorge wie folgt: „Wem am Wohl des anderen liegt, der muss dessen Willen beachten. Wer die Autonomie des anderen achten möchte, dem kann dessen Wohl nicht gleichgültig sein“ (Rehbock, 2002). Darüber hinaus möchte ich in Anlehnung an Graumann dafür plädieren, Autonomie auch als einen moralischen Anspruch zu verstehen, der jedem Menschen – ungeachtet seines Alters und seiner Verfassung und Fähigkeiten immer zumindest in einer rudimentären Form zusteht (Graumann, 2004). Graumann merkt zu Recht an, dass „die Achtung der Autonomie im Sinne einer regulativen Mindestnorm ärztlichen und pflegerischen aber auch gesundheitspolitischen Handelns eine wichtige historische Errungenschaft darstellt“. Weiter ist bei Graumann zu lesen: „Aus der Patientenautonomie als moralisches Recht folgt damit, dass dieses nicht nur ein Abwehrrecht ist, sondern auch ein Recht auf Bewahrung, Förderung und Wiederherstellung von Autonomie. Daher müssen sich ärztliches und pflegerisches Handeln auch daran orientieren, die situationsbezogene Handlungsautonomie von Patientinnen und Patienten nicht zu behindern, sondern zu fördern und zu stärken“ (Graumann, 2004).

Alternativer Zugang für die Praxis

Durch die eben vorgeschlagenen Definitionen von Autonomie ergibt sich dann ein alternatives und möglicherweise in Bezug auf die The-

rapie offeneres Bild des Suchtkranken. Zunächst macht die alternative Definition von Autonomie deutlich, dass Alter oder psychische Erkrankungen keine Kriterien sind, die einen totalen Verlust von Autonomie und damit verbunden eine paternalistische Handlungsweise rechtfertigen. Sucht lässt sich zunächst als ein vulnerabler Zustand definieren, der zu einer Hilfsbedürftigkeit und Selbstschädigung führen kann, aber nicht notwendigerweise muss. Die Frage nach der Autonomie ist dabei eng an die Frage nach dem Selbstverständnis des Menschen und nach dem Leben das er gerne leben möchte, geknüpft. Der menschliche Suchtzustand erfordert auf diese Weise eine Evaluation eigener Werthaltungen, ein sich klar werden über eigene Ziele und Lebensperspektiven ein. Die Autonomie wird dabei im Sinne, sich selbst neue Perspektiven setzen zu können und sich für bestimmte langfristige Ziele entscheiden zu können, verstanden. Durch die Möglichkeit Sucht nicht nur als etwas Passives, das einer Person passiert ist, sondern als eine persönliche Geschichte anzuerkennen, kann der süchtige Mensch auch wieder eine Eigenverantwortung für sich und sein Leben übernehmen. Das bedeutet auch, dass es im Rahmen eines Suchtdiskurses nicht nur um die Freiheitsfähigkeit eines Menschen geht, sondern eben auch um die Fragen nach dem „guten Leben“ und einem „glücklichen Altern“ und den damit verbundenen individuellen Vorstellungen in unserer Gesellschaft.

Shared-Decision-Making und Behandlungsverträge als ein Modell der Suchthilfe

Mit dem Erzählen der eigenen Geschichte kann ein Dialog induziert werden, der durch einen reflexiven Prozess zur Erarbeitung genereller Leitbilder und Sollwerte führen kann, die dann im Einzelfall nochmals näher spezifiziert werden müssten (Haker, 2000). Da die eigene Geschichte im Kontext anderer Lebensgeschichten steht und mit ihnen verbunden ist, bedeutet das für die Betroffenen jedoch auch

konsequenterweise, eigene Lebenskonzepte überdenken zu müssen und im Hinblick auf die Interessen anderer Menschen in ihrem Umfeld und der Gesellschaft zu überprüfen. Die individuelle Lebensgeschichte wird so in den sozialen Kontext zurück gebunden. Der Begriff der relationalen Autonomie, die sich stets in der Wechselwirkung mit anderen Lebensgeschichten ausprägt und nur in einem sozialen Kontext überhaupt Sinn macht, lässt sich daher auch gerade in einem narrativen Setting sinnvoll anwenden und in Form eines Shared-Decision-Making therapeutisch nutzen.

„Ein Shared Decision Making-Modell versetzt in einem schrittweisen Informations-, Diskurs- und Vertrauensbildungsprozess Patient und Arzt in die Lage, gemeinsame Therapieziele zu definieren und zu erreichen (Isfort et al, 2002). Dieser Weg einer partizipativen Entscheidungsfindung hat sich gerade bei Krankheiten als fruchtbar erwiesen, in denen Arzt und Patient über lange Zeiträume in eine Beziehung eingebunden sind“ (Geisler, 2005). Der Patient trifft in diesem Sinne seine Entscheidungen im Rahmen eines intersubjektiv geführten Gesprächs gemeinsam mit den Helfenden. Dieser Weg der partizipativen Entscheidungsfindung könnte auch im Rahmen der Suchthilfe eine fruchtbare Option für die Praxis sein. Dem gegenseitigen Respekt kann man zudem mit Elementen aus der Vertragstheorie nachkommen, indem man Therapieziele und entsprechende Schritte in Form von Vertragsbedingungen festsetzt, denen beide Seiten zustimmen können und die zugleich auch entsprechende Konsequenzen für eine Nicht-Einhaltung festlegen. In diesem Modell kann der süchtige Mensch Eigenverantwortung übernehmen und muss sich zugleich in einer fairen Weise mit seinem sozialen Umfeld auseinandersetzen. Die Regeln können kontextsensitiv und individuell festgelegt werden, sollten aber immer transparent gemacht und an neue Situationen angepasst werden. Damit derartige „Regeln“ und „Verträge“ nicht willkürlich festgesetzt und für andere Personen nachvollziehbar sind, erfordert diese Praxis einen regelmässigen Austausch zwischen Helfern / Pflegenden / Sozialarbeitern einer Einrichtung ein. Um diese

Praxis auch auf einer theoretischen Ebene begründen zu können, ist es aus meiner Sicht zudem notwendig, in Einrichtungen minimale, normative Grundbedingungen für die Hilfeleistungen festzulegen. Dazu gehört es, das eigene Suchtverständnis zu reflektieren, sich auf ein gemeinsames Suchtverständnis zu einigen und transparente Leitlinien für die Suchthilfe in Alten- und Pflegeeinrichtungen zu entwerfen, in die das Shared-Decision-Making und Vertragsmodelle eingebettet werden können.

Zusammenfassend lässt sich damit formulieren, dass „Sucht kein Alter kennt“, Alter allein demnach auch kein ausreichendes Kriterium für oder gegen eine Massnahme sein kann. Aus meiner Sicht scheinen die Suchtprobleme sich im Alter in manchen Aspekten zu verstärken (z.B. Demenz, Begleiterscheinung, psychosoziale Situation), in anderen Aspekten (z.B. Arbeitsfähigkeit, Leistungsfähigkeit) dagegen nur noch in abgeschwächter Form zu bestehen. Aus meiner Sicht sind dies jedoch nur quantitative Unterschiede, die zu keiner qualitativen Unterscheidung von Sucht in unterschiedlichen Lebensabschnitten führen kann. Vielmehr scheint Sucht in allen Lebensabschnitten durch einen sehr ambivalenten Umgang mit den Begriffen der Autonomie und Verantwortung geprägt zu sein. Diese Ambivalenz führt zu einem bestimmten Suchtverständnis und damit verbunden oft zu einer Tabuisierung der Ursachen und Folgen für Einzelne und die Gesellschaft. Eine alternative Verständnisweise der Begriffe Autonomie, Verantwortung und Fürsorge könnten meiner Meinung nach dazu beitragen, die Suchthilfe bedarfsgerechter und menschenwürdiger zu gestalten.

Literatur

- Beauchamps, T. L.; Childess, J. F. (1994) Principles of Biomedical Ethics, 4. Ausgabe, Oxford University Press, New York.
- Geisler, L.S. (2004) Patientenautonomie - eine kritische Begriffsbestimmung. Dtsch Med Wochenschr 2004;129:453-456

- Geisler, L.S. (2005) Der Krebskranke zwischen Autonomie und Fürsorge. Vortrag vom 29 Oktober 2005, 39. Medizinische Woche Baden-Baden
- Graumann, S. (2004): Autonomie als moralische Recht – eine Grundlage für die politische Gestaltung des Gesundheitswesens? In: Graumann, Sigrid/Grüber, Katrin (Hg): Patient – Bürger – Kunde. Soziale und ethische Aspekte des Gesundheitswesens. Lit-Verlag, Münster, S. 49-70.
- Haker, H. (2000) Narrative und moralische Identität. In: Mieth (Hrsg., 2000) Erzählen und Moral. Narrativität im Spannungsfeld von Ethik und Ästhetik. Attempto-Verlag, Tübingen, S. 37-65.
- Höffe, O. (Hrsg, 1997) Lexikon der Ethik. Beck'sche Reihe. 5. Auflage, München.
- Isfort, J; Floer B, Koneczny N, Vollmar HC, Butzlaff M (2002) „Shared Decision Making“. Arzt oder Patient - Wer entscheidet? Dtsch Med Wochenschr 2002; 127: 2021-2024
- Rehbock T. (2002) Autonomie - Fürsorge - Paternalismus. Ethik Med 2002; 14: 131-150
- Ricken, F. (1998) Allgemeine Ethik. Grundkurs Philosophie Band 4, 3. Auflage, Kohlhammer Verlag, Stuttgart.
- Wolf, J. (2003) Auf dem Weg zu einer Ethik der Sucht. Am Beispiel der Heroin und Alkoholsucht. Dissertation, Tübingen. URL: <http://tobias-lib.ub.uni-tuebingen.de/volltexte/2003/728/>
- Wolf, J. (2005) Zur Anthropologie und Ethik der Sucht: Bilder der Sucht in den Neurowissenschaften. In: Engels, Eve-Marie (Hrsg., 2005) Neurowissenschaften und Menschenbild, Mentis-Verlag

Kontakt

Dr. Julia Wolf

Fachbereich für Medizin- und Gesundheitsethik

Universität Basel, Missionsstrasse 21a,

4055 Basel

E-Mail: julia.wolf@unibas.ch