

1 Einleitung

1.1 Themenstellung und Motivation

Wenige Erkrankungsformen gibt es, die zugleich so weit verbreitet sind, so viel und schweres Leid bis zum vorzeitigen Sterben mit sich bringen und doch anstelle von Mitleid und Forscherdrang eine so umfängliche Verdrängung erfahren wie die große Krankheitsfamilie der Sucht. Mag es an der Vielschichtigkeit der Pathogenese liegen oder an der üblicherweise wenig hoffnungsvollen Prognose, mag die vorschnelle Moralisierung des Leidens den wissenschaftlichen Blick trüben und das Mitleid vertreiben, es bleibt die erstaunliche Beobachtung, dass eine wahre Volkskrankheit in der ärztlichen Ausbildung ausgesprochen kurz abgehandelt wird und die Absolventen in der Regel mehr eigene Erfahrungen mit Rauschmitteln haben als Kenntnisse über Ursachen, Diagnostik und Therapie der Sucht. Dementsprechend gering ist die Neigung, sich der Kranken anzunehmen, und es dauert in den Krankheitsgeschichten lange, bis eine Sucht diagnostiziert wird. Bis dahin werden nur die Folgeerkrankungen oder Verletzungen als Folge der versteckten oder verdrängten Suchterkrankung behandelt.

Hat sich hingegen ein Patient als offensichtlich suchtkrank herausgestellt, etwa bei der Einlieferung in die Psychiatrie mit einem Vollrausch, zielt die Behandlung meist alternativlos auf Entzug und Entwöhnung ab, ungeachtet der Tatsache, dass diese Maßnahmen aussichtslos bleiben, wenn sie nicht vom Willen des Patienten getragen sind und in einem Umfeld stattfinden, das ein suchtfreies Leben überhaupt möglich macht. Im Verlauf der meisten Therapieprozesse treten denn auch Rückfälle ein, die das Vertrauensverhältnis zwischen Behandler und Patienten im zunehmenden Maße belasten und nicht selten beenden.

Zwischenformen der Behandlung wie Substitution oder ärztlich begleiteter Konsum gelten hingegen bei vielen Fachleuten als Versagen sowohl des einzelnen Patienten als auch des Medizinbetriebs insgesamt. Gesellschaftlich stoßen sie zudem auf Unverständnis und Ablehnung. Begründungen für ihre jeweilige Position bleiben die Protagonisten dabei zumeist schuldig.

So findet der Umgang des Arztes mit der Sucht regelmäßig statt zwischen den Polen der Unterdiagnostik und der Übertherapie, anders gesagt zwischen Verdrängung und Aktionismus. Qualifizierte und sachgerechte Hilfsangebote

bleiben entweder aus oder werden dem Patienten erst mit erheblicher Verzögerung angeboten, wodurch sich das Leiden unnötig hinzieht.

Was also fehlt, ist eine ethische Orientierung, wie mit dem Patienten moralisch verantwortbar umzugehen ist. Was nicht fehlt, sind die medizinischen und psychologischen Möglichkeiten zur Diagnose und zur Therapie. Das Wissen um Pathogenese und Symptomatik, um Diagnostik und Prognostik, um somatische und psychische Vorgänge in der Sucht ist prinzipiell durchaus existent. Jedoch fehlen Leitlinien für den Einsatz dieses Wissens. Entgegen den breit diskutierten Fragen der modernen Bioethik vermag die publizierte und an Hochschulen gelehrt Medizinethik kaum ethisches Orientierungswissen zu dem medizinischen Handlungswissen über den Umgang mit Suchtkranken zu vermitteln. Daher soll sich die vorliegende Arbeit mit der Frage befassen, an welchen Kriterien sich der ärztliche Umgang mit vermeintlichen oder tatsächlichen Suchtkranken orientieren kann.

Doch dieser Frage wohnen bereits zahlreiche Vorannahmen und Paradigmen inne. Denn in ihrer allgemeinen Form bezieht sich die Frage nach dem Umgang mit der Sucht auf eine schier unüberschaubare Vielfalt an Patienten, vom Heroinabhängigen bis zum Spielsüchtigen, von der magersüchtigen Pubeszentin bis zum arbeitssüchtigen Unternehmer. Was ist all diesen Menschen gemein, dass wir sie *süchtig* nennen? Anders gefragt: Was ist das Wesen der Krankheit Sucht, dass sich eine gemeinsame Pathologie in so vielen unterschiedlichen Gewändern verbirgt?

Auch hier haben wir bereits eine Vorannahme gemacht, die sich bei näherem Hinsehen als begründungspflichtig erweist. Denn offensichtlich empfinden sich viele Süchtige selbst nicht als krank, nicht als Patient. Schon die Zuschreibung des Krankhaften, also die Etikettierung als *Patient*, muss legitimiert werden, um den Verdacht einer willkürlichen Pathologisierung auszuschließen.

Und so erweitert sich die Frage erneut. Denn wenn die Erscheinungsweisen der *Krankheit* schon so vielfältig sind, dann ist nicht einfachhin zu erwarten, dass das begriffliche Pendant, die *Gesundheit*, eindeutig zu definieren ist, und damit auch die *Heilung*.

Vor der Ethik liegt also die Anthropologie, vor dieser aber die Empirie. Damit ist zum einen die Empirie des Patienten gemeint, nicht nur mit Blick auf Statistiken, sondern auch mit dem Blick in das Krankheitserleben des Einzelnen. Zum anderen ist auch die Empirie des Arztes oder Psychotherapeuten bedeutsam. Denn eine Ethik der Heilkunst bezieht sich ja vor allem auf das Handeln des Heilkundigen, und um ihm moralische Handlungsanweisungen an die Hand zu geben, muss zunächst seine Situation gewürdigt werden.

So wird sich die vorliegende Arbeit mit den Fragen befassen: Über was reden wir, wenn wir von *Sucht* sprechen? Was genau ist die Krankheit hinter dem Begriff? Welche Handlungsoptionen bestehen? Und nach welchen Kriterien bewerten wir diese Handlungsoptionen? Kurzum: Wann vermag der Arzt oder Therapeut mit gutem Gewissen festzustellen, dass er richtig gehandelt hat und mit seinem Tun zufrieden sein darf? Denn das ist die tiefste Motivation der Ethik: ein gutes Gewissen zu haben und zu wissen, warum.

1.2 Verortung des Themas in der Moralthologie

Die medizinische Ethik wird an Universitäten mittlerweile als ordentliches Lehrfach geführt, in dem nach der aktuellen Approbationsordnung für Ärzte auch examensrelevante Prüfungen abgelegt und andere Leistungen erbracht werden müssen. Weil die medizinischen Hochschulen und Universitätskliniken in staatlicher Hand sind, müssen sie ihre Lehre in weltanschaulicher Neutralität betreiben. Offensichtlich gibt es also die Möglichkeit, Ethik zu betreiben, ohne dabei auf eine Glaubensgrundlage oder religiöse Begründungen zurückgreifen zu müssen. Warum also befasst sich eine theologische Disziplin wie die Moralthologie mit Fragen medizinischer Ethik, etwa dem Umgang mit Suchtkranken?

Gewiss geht es nicht um eine Sonderethik für christliche Ärzte. Die Moralthologie erwächst aus dem Wunsch des Gläubigen, ein sittlich gutes Leben zu führen, und geht all den Fragen nach, die sich im Alltag stellen, auch den Fragen der Wissenschaftler, die sich in ihrem Beruf vor die Aufgabe gestellt sehen, verantwortlich mit Gottes Schöpfung und speziell seinen lebendigen Geschöpfen umzugehen. Dabei wahrt die christliche Ethik die These, dass „die Erkenntnis des sittlich Gesollten eine Sache der Vernunft und nicht des Glaubens ist“¹. Nicht in der Methode also, sondern in der Motivation unterscheidet sich die christliche Ethik.

Doch sie verfügt auch über eigene Begründungen. Die Menschenwürde erwächst für den Christen aus dem Geschaffensein des Menschen als Bild Gottes und wird so zur Motivation des Handelns²; für den nichtreligiös argumentierenden Ethiker lässt sich die Menschenwürde nicht restlos begründen, sondern nur

-
- 1 KNAUER, PETER, Der Glaube kommt vom Hören. Ökumenische Fundamentaltheologie, Freiburg im Br. / Basel / Wien 1991, 127.
 - 2 SCHUSTER, JOSEF, Das Verhältnis von Arzt und Patient aus theologischer Sicht, in: SCHUMPELICK, VOLKER; VOGEL, BERNHARD (HGG), Arzt und Patient. Eine Beziehung im Wandel, Freiburg / Basel / Wien 2006, 214.

positiv setzen.³ In der Folge können unterschiedliche Überlegungen gewiss zu gleichen Ergebnissen kommen. Darum ist es nicht zwingend, ethische Fragen auf Grundlage einer theologischen Anthropologie zu beantworten. Die Geschöpflichkeit des Suchtkranken ist noch keine Begründung, die Frage nach der Sucht in die Moralthologie zu verweisen.

Der entscheidende Unterschied in dem grundsätzlichen Gang der Überlegungen wird erkennbar, wenn das Phänomen der Sucht genauer analysiert wird. Dabei zeigt sich, dass die Krankheit erst dann vollständig zu beschreiben ist, wenn der Kranke in vier anthropologischen Dimensionen betrachtet wird. Denn jedes menschliche Erleben spielt sich nach Ansicht der philosophischen Anthropologie in vier Hinsichten ab, wie denn der Mensch selbst in diesen vier Dimensionen beschrieben werden kann.⁴ Neben Soma und Psyche definiert sich der Mensch auch in einer sozialen Dimension, die nicht nur ursächlich zur Krankheit beitragen kann, sondern umgekehrt auch immer von dieser Krankheit betroffen ist. Als vierte Dimension wird die finale oder spirituelle Dimension genannt, innerhalb derer der Mensch sein Verhältnis zur eigenen Sterblichkeit definiert.⁵ Diese Dimension wird als *final* bezeichnet, weil in ihr der Mensch mit Fragen nach Lebenssinn und Leidbewältigung konfrontiert wird.

Auch die Sucht als eine zumeist tödliche Krankheit findet ihre Ursachen in all diesen vier Dimensionen. Insbesondere die letzte, die finale Dimension erweist sich rückblickend in Therapiegesprächen als gleichermaßen schwieriges wie bedeutsames Terrain, wenn es darum geht zu verstehen, wie es zu einer Suchterkrankung gekommen ist. Denn die Droge – analog die süchtig ausgeübte Handlung – nimmt im Leben des Süchtigen die Rolle eines Gottes, oder richtiger gesagt eines Götzen ein. Das gesamte Denken und Handeln des Suchtkranken wird so umfangreich vom Objekt seiner Sucht bestimmt, dass die Vorstellung seines Verlustes Existenzängste auslöst. Damit stößt die Sucht in den Bereich des Religiösen vor. Nicht die kirchlich verfasste, aufgeklärte Religiosität ist hier gemeint, sondern die archaische, in der einfache Dinge zu Heilsbringern werden.

Zu verstehen ist die Sucht daher nur, wenn man sich neben den drei anderen Dimensionen auch die finale oder spirituelle Dimension vor Augen führt. Für

3 Vgl. dazu die umfassende Darstellung in KETTNER, MATTHIAS (HG), Biomedizin und Menschenwürde, Frankfurt am Main 2004, insb. die mehrfachen Ausführungen zu dem Problem, dass manche Menschen aus medizinischen Gründen nicht über die von Kant unterstellte Moralfähigkeit verfügen, aus der dieser die Menschenwürde begründet.

4 NIEMANN SJ, ULRICH, Wert- und Sinnvorgaben als notwendige Bedingungen für wirksame Psychotherapie?, in: LANFERMANN, AGNES; POMPEY, HEINRICH (HGG), Auf der Suche nach Leben begegnet Dir Gott (Festschrift für Karl Frielingsdorf), Mainz 2003, 112-121.

5 JASPERS, KARL, s. Stichwort Grenzsituationen, in: Philosophie Band 11, München - Zürich 1994, zitiert nach Niemann SJ 2003.

das Nachdenken über den moralisch gebotenen Umgang mit Suchtkranken ist dieses umfassende Verständnis unabdingbar. Daher ist die Moraltheologie geradezu berufen, ihre spezifischen Kompetenzen einzubringen, um die Ethik dort zu unterstützen, wo sie genuin blind ist, nämlich dem empathischen Verstehen von Religiosität als einer Grundbedingung menschlichen Daseins.

Philosophie der Sucht
Medizinethische Leitlinien für den Umgang mit
Abhängigkeitskranken

Bell, A.

2015, XII, 443 S. 8 Abb., Softcover

ISBN: 978-3-658-09146-0