

12. November 2021

UNIVERSITÄT BERN

Why Care?

Care-Ethik, relationale Autonomie und Umgang mit Regeln in der Suchtbehandlung

Projektarbeit in praktischer Philosophie unter der Leitung von Prof. Dr.
Andreas Müller

Thomas König
Matrikel #: 85-917-151
info@thomaskoenig.ch

Dieser Text hat ca. 7800 Wörter.

Ich danke Alex Wopfner, Maria Stein und Brigit Baumberger für die
anregenden Diskussion im Kontext der gegebenen Arbeit.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung und Fragestellung	3
2	Urteils- und Steuerungsfähigkeit bei Suchtkranken	6
2.1	Sucht als Willensschwäche	6
2.2	Sucht als volitionaler Defekt	9
2.3	Suchtimpulse und Handlungskontrolle	10
2.4	Folgen der eingeschränkten Handlungskontrolle	13
3	Suchtverhalten im zwischenmenschlichen Kontext	14
3.1	Problematik von Suchtverhalten aus der Perspektive von Care-Ethik	15
3.2	Care-Ethik und Anwendbarkeit von allgemeinen Regeln	19
3.3	Relationale Autonomie	21
4	Fazit	23

1 Einleitung und Fragestellung

Darf man Patient*innen, die sich in einer stationären Behandlung wegen ihrer Suchterkrankung befinden und die durch ihr Verhalten in grober Weise gegen die im Rahmen einer Therapievereinbarung festgelegten Bedingungen dieser Behandlung verstossen, in Anwendung einer fixen Regeln von der weiteren Therapie ausschliessen?

Ein Kollege von mir, der eine Klinik für stationäre Suchttherapie leitet, hat mich gebeten, eine Problematik, die sich ihm in seiner Klinik bei der Suchttherapie stellt, aus der Sicht der praktischen Philosophie anzugehen. Die Problematik ergibt sich aus einer in der Klinik angewendeten Regel, dass der Konsum des Suchtmittels während der Therapie automatisch zu einem Therapieabbruch führt. Diese Regel begründet sich unter anderem dadurch, dass ein solcher Konsum erstens für die konsumierende Person die Therapieziele massiv gefährdet und so die ursprünglichen Gründe für die Therapie unterminiert und dass zweitens ein solcher Konsum mit einer ganzen Reihe von anderen problematischen Konsequenzen (wie die Gefährdung von anderen Patient*innen) verbunden ist. Mein Kollege und ich finden, dass dieses strikte Befolgen einer Regel problematisch ist und möchten auch aus einer ethisch geleiteten Herangehensweise Gründe erarbeiten, solchem gegen die Therapievereinbarungen gerichtetes Verhalten anders als mit der Anwendung einer starren Regel zu begegnen. Aufgabe des folgenden Textes soll es sein, solche Gründe aus Argumenten der praktischen Philosophie zu erarbeiten.

Medizinethisch ist Sucht besonders herausfordernd, denn wesentlicher als bei somatischen Erkrankungen interagiert Sucht mit den Erkrankten als Person: Sucht beeinflusst einerseits die Art und Weise, wie Betroffene urteilen und handeln, und umgekehrt ist es für das Vorhandensein einer Suchterkrankung pathognomisch¹, dass die Betroffenen *als Person* in einer für Sucht charakteristischen Art und Weise handeln. Es geht also, stärker als bei somatischen Erkrankungen, nicht nur den ethisch angemessenen Umgang mit den Erkrankten, sondern auch um den guten Umgang mit deren Kranksein. Konkret müssen wir bei medizinethischen Überlegungen im Kontext von Suchthandlungen also beachten, welche handlungsrelevanten Fähigkeiten zur Autonomie wie Urteilsfähigkeit, Impulskontrolle oder Einsichtsfähigkeit durch die Sucht in welcher Weise beeinträchtigt werden. Gleichzeitig führt uns die Frage nach der Verbindung zwischen Krankheit und Autonomie von Suchtkranken erst einmal in eine Reihe von ethischen Dilemmas, die sich für die gegebene Fragestellung als fruchtbar erweisen werden:

- Patient*innen, die sich einer Suchtbehandlung unterziehen, tun dies in

¹Etwa in Abgrenzung zu Zwangsstörungen oder Stereotypien.

aller Regel freiwillig. Gleichzeitig soll die Suchtbehandlung offensichtlich zu einer Verhaltensänderung führen. Die Patient*innen empfinden deshalb offenbar auch zumindest einen gewissen Wunsch, ihr Verhalten zu ändern, sehen sich aber gleichzeitig ungenügend in der Lage, diesen Wunsch ohne äussere Unterstützung zu realisieren. Die Patient*innen erleben also ihre Fähigkeit, ihr Verhalten autonom zu steuern, als ungenügend, weil sie offenbar regelmässig erfahren müssen, dass die eigenen Entscheidungen und Handlungen im Widerspruch zu anderen und längerfristigen Wünschen stehen. Wie kann aber eine therapeutische Intervention mit dieser Widersprüchlichkeit umgehen, wenn es einerseits darum gehen soll, die Autonomie der Betroffenen zu respektieren und zu stärken, ohne sie gleichzeitig, als gerichtete Intervention von aussen und damit als etwas aus der Perspektive der Betroffenen Fremdbestimmtes zu kompromittieren?

- Zusätzlich haben in problematisch-autonomer Weise gefällten Entscheidungen suchtkranker Personen bekannterweise das Potential, nicht nur ihnen selbst, sondern auch ihrem Umfeld erhebliches Leid zuzufügen, indem zum Beispiel die Beziehung zu wichtigen Bezugspersonen, wie einem Elternteil, leidet, oder die Person ihr Umfeld etwa durch Anhäufen von Schulden wirtschaftlich schädigt. Damit wird es aus ethischer Sicht für das Umfeld der Betroffenen, aber auch für die Betroffenen selbst problematisch, deren autonome Entscheidungen zu respektieren. Aus diesen Gründen ist es ein zentrales therapeutisches Anliegen von Suchtbehandlungen, die Autonomie der Betroffenen in einer bestimmten Weise zu fördern, die das Ziel hat, für die Betroffenen eine grössere Unabhängigkeit von der Notwendigkeit des Suchtmittelkonsums zu gewinnen und dessen unerwünschte Folgen zu vermeiden. Auch hier steht der Wunsch nach Gewinn von Autonomie als etwas intrinsisch Selbstbestimmtes erst einmal im Widerspruch zu von aussen kommenden normativen Ansprüchen an die Betroffenen.

Wie ist es also möglich, die individuelle Autonomie der Betroffenen zu fördern, gleichzeitig aber auch deren Art und Weise, diese Autonomie auszuüben, zu problematisieren und therapeutisch in eine gewünschte Richtung, also normativ beeinflussen zu wollen? Ich werde im Folgenden argumentieren, dass sich dieses anscheinende Dilemma im Umgang mit der Autonomie der Betroffenen vermeiden lässt, wenn wir von einem sogenannten relationalen Verständnis von Autonomie ausgehen, so wie es sich aus einer feministisch motivierten Care-Ethik ergibt. Care-Ethiken, kurz gefasst, zeichnen sich dadurch aus, dass sich die Grundlage ethischer Normen nicht aus

dem Verhältnis eines Individuums zu einer erst einmal anonymen Gesellschaft ergibt, sondern aus dem, was an zwischenmenschlichen Bereitschaften und Ansprüchen innerhalb des konkreten Beziehungsgeflechts der handelnden Person schon vorhanden ist (Held u. a. 2006, S.10). Weil es dieses konkrete Beziehungsgeflecht ist, das von den Folgen von Suchthandlungen am direktesten betroffen ist, ist Care-Ethik besonders gut geeignet, die normative Problematik von Suchtverhalten zu erfassen. Wenn man nun weiter im Rahmen von Care-Ethiken davon ausgeht, dass diese konkreten zwischenmenschlichen Bezüge die normative Grundlage bilden, anhand derer eine Person erst zu Werturteilen kommen kann, dann ist sie auch für die Fähigkeit, Wertungen und Entscheidungen autonom zu treffen, notwendigerweise darauf angewiesen, dass diese basierend auf einem vergangenen oder gegenwärtigen Austausch mit dem konkreten sozialen Umfeld der urteilenden Person stattfinden. Personale Autonomie ist deshalb in dieser Sichtweise nicht der Status eines Individuums, dass sich unabhängig von grundsätzlich austauschbaren anderen Individuen oder einer anonymen Gesellschaft verhält, sondern eine Autonomie, die im Bezug zu konkreten Mitmenschen stattfindet und entsteht. Autonomie, in dieser Weise verstanden, wird deshalb relationale Autonomie genannt. Der Begriff der relationalen Autonomie ist für unsere Fragestellung interessant, weil er den anscheinenden Widerspruch zwischen dem Respekt vor, der Problematisierung von, und der systematischen Beeinflussung der in sich widersprüchlichen Autonomie von Patient*innen in einer Suchtbehandlung entschärfen kann: Der Begriff der relationalen Autonomie impliziert, dass die gezielte soziale Beeinflussung der Betroffenen nicht grundsätzlich entgegen deren Autonomie wirkt, sondern deren Grundlage bildet und diese Beeinflussung dadurch ethisch geboten ist. Gleichzeitig, so wird sich zeigen, ist es dann inkongruent, wenn die Behandelnden Entscheidungen über die weitere Behandlung der Betroffenen ausserhalb dieses Rahmens von Care-Ethik und relationaler Autonomie treffen, indem sie sich auf Regeln stützen, die sich auf Verhältnisse zwischen grundsätzlich austauschbaren Individuen beziehen.

Die Arbeit ist folgendermassen gegliedert: Abschnitt 2 wird in zusammengefasster Form darstellen, worin im gegenwärtigen Verständnis die zentrale Problematik der Autonomie von Suchterkrankten liegt. Der Abschnitt 3 wird sich dann ausgehend von einer Care-Ethik an die eigentliche Fragestellung machen. Dabei werde ich in Abschnitt 3.2 den moralischen Status von harten Regeln gegenüber Patient*innen, die in einem Care-Verhältnis sind darstellen und in Abschnitt 3.3 untersuchen, wie das Konzept der relationalen Autonomie in der Lage ist, mit der Problematik der kompromittierten Autonomie der Betroffenen einen ethisch angemessenen Umgang zu finden. Daraus wird sich ergeben, dass es erstens gute Gründe gibt, die gegebene Fragestellung

aus einer care-ethischen Sichtweise anzugeben, und dass zweitens aus einer solchen Herangehensweise folgt, dass die harte Anwendung von Regeln im Umgang mit Suchtkranken ethisch unangemessen ist.

2 Urteils- und Steuerungsfähigkeit bei Suchtkranken

2.1 Sucht als Willensschwäche

Wie steht es um die Autonomie von Suchtkranken? Um diese Frage aus dem gegenwärtigen Verständnis von Sucht darzustellen, werde ich mich primär auf die Arbeit „Addiction as defect of the will: Some philosophical reflections“ von R. Jay Wallace (Wallace 1999) stützen und ergänze diese mit zusätzlichen Gedanken und Argumenten aus dem Buch „Philosophie der Sucht: Medizinethische Leitlinien für den Umgang mit Abhängigkeitskranken“ von Andreas Bell (Bell 2015).

Eine der häufigen, aber wie sich zeigen wird ungenügenden Feststellungen, die für die Erklärung von Suchtverhalten häufig herangezogen wird, ist, dass süchtige Personen sogenannten Suchtimpulsen ausgesetzt sind, die das Verhalten der Person entweder gänzlich unabhängig von deren Willen bestimmen oder die so stark sind, dass der Wille der Person ungenügend ist, die mit ihnen assoziierten Suchthandlungen zu unterdrücken. Suchtimpulse sind nach Wallace (1999, S.167) Handlungsimpulse, die sich dadurch auszeichnen, dass sie:

- uns plötzlich überfallen können oder besonders persistent sind,
- besonders intensiv sind und mit einem heftigen Verlangen verbunden sind, wenn die betroffene Person ihnen nicht nachgibt,
- hedonistisch sind, also Empfinden von Lust und Unlust hervorrufen, und
- eine physiologische Basis haben, die typischerweise einen Bezug zum Belohnungssystem des Gehirns hat.²

Suchtimpulse scheinen damit in der Lage zu sein, unsere willentlichen Fähigkeiten, also die Fähigkeiten, aufgrund uns eigener Gründe entsprechende Handlungen zu initiieren oder zu unterlassen einzuschränken:³ Durch die Persistenz und Intensität des mit ihnen verbundenen Verlangens, und durch ihren hedonistischen „Sog“ scheinen sie in der Lage zu sein, unser Repertoire

an faktisch wählbaren Handlungsalternativen im Extremfall bis zur Alternativlosigkeit einzuschränken. Damit scheint es so, dass Sucht als eine Form von Willensschwäche erklärbar wäre. Denn der Wunsch, unseren deliberativ erarbeiteten Handlungsgründen zu folgen, wäre in dieser Sichtweise kausal schwächer als dazu im Widerspruch stehende Suchtimpulse: Damit gelänge die Person in den kausalen Sog der Suchtimpulse und würde unweigerlich und unmittelbar entsprechend dem handeln, was das in diesen Suchtimpulsen enthaltene Verlangen vorgibt.

Wallace argumentiert nun, dass das Vorhandensein von Suchtimpulsen an sich kein hinreichender Grund für das Bestehen einer Sucht darstellt: Auch die Erfüllung von normalen, basalen Bedürfnissen wie Atmen, Essen, Trinken, Sex oder anderen Formen von Wohlbefinden erfüllt alle der obigen Kriterien, ohne dass wir eine solchen Bedürfnissen ausgesetzte Person notwendigerweise als süchtig bezeichnen würden. Wie bei Suchtimpulsen kann uns das Vorhandensein von solchen basalen Bedürfnissen durch ihre Intensität und ihre Resilienz gegen bessere Einsicht zu entsprechenden Handlungen drängen. Sowohl Suchtimpulse wie auch basale Bedürfnisse produzieren auch dann noch ein Erleben von Dringlichkeit, wenn die Person deliberativ zum Schluss gekommen ist, dass das mit ihnen assoziierte Ziel nicht erreichbar ist: Genauso wie eine süchtige Person Verlangen nach der Droge verspürt, kann zum Beispiel eine Person, die wegen einem Diabetes eine medizinisch indizierte Diät durchführt, ein deutliches Verlangen nach Schokolade verspüren. Sowohl die süchtige Person wie auch die Diabetikerin können dabei der Überzeugung sein, dass ihnen der Konsum von dem, nach dem „es verlangt“, mehr schaden als nützen würde, und dass es darum eindeutig besser ist, darauf zu verzichten. Gleichzeitig würden wir die Diabetikerin nicht als süchtig bezeichnen.

Im Weiteren sind solche Fälle von impulsiven und gegen besseres Wissen und Gewissen erfolgende Handlungen, also sogenannte akratische Handlungen, alltäglich: Das ist zum Beispiel der Fall, wenn ich müde und hungrig am Abend noch ein paar Esswaren in den Einkaufskorb lege, bei denen ich eigentlich einmal beschlossen hatte, sie nicht mehr zu kaufen. Das müde abends

²Ich werde im Weiteren nicht auf die Rolle der Physiologie von Sucht eingehen, weil die Physiologie nur insofern zur Erklärung von Sucht beitragen kann, indem sie Erleben von Dringlichkeit, Hartnäckigkeit und Lust oder Unlust materialisiert (Wallace 1999, S.168). Sie ist deshalb, abgesehen von spezifischen klinischen Problemen bei körperlichen Entzugserscheinungen, die hier keine Rolle spielen, kein unabhängiger Faktor und soll hier nicht weiter diskutiert werden.

³Hier ist anzumerken, dass nicht alle dieser Eigenschaften vorhanden sein müssen, wie zum Beispiel bei der Kaffeetrinkerin, die auch eine leichte Form von Sucht hat, die sich aber nicht überfallsmässig und besonders intensiv manifestiert.

„eigentlich-will-ich-das-nicht-aber“ schnell Dazulegen eines Red-Bulls an der Kasse, entsprungen aus einem plötzlichem, heftigen und hedonistisch motivierten Verlangen und in einem Zustand, in dem die Fähigkeit, auf einem einmal gewählten Weg zu bleiben, reduziert ist, ist ein klassischer Fall von Willensschwäche, den wir nicht als Suchthandlung bezeichnen würden.

Damit überlappt der Ansatz, Sucht als Willensschwäche zu erklären, in seiner Ausgangslage, in den damit verbundenen Verhaltensmanifestationen und den damit implizierten Auswirkungen auf unsere Willensfähigkeit, in problematischer Weise mit dem, wie sich „gesunde“ Bedürfnisse manifestieren und mit unseren willentlichen Fähigkeiten interagieren, und mit den üblichen, nicht durch eine Sucht erklärbaren Fälle von Akrasie. Impulse, die den Charakteristika von Suchtimpulsen entsprechen, sind allgegenwärtig, sind potentiell vital, können unseren Willen zeitweise handlungsbestimmend besetzen, und machen uns dennoch nicht zu Süchtigen. Willensschwäche allein ist damit nicht hinreichend als Erklärung von Suchthandlungen. Wir müssen nach weiteren Eigenschaften von Suchthandlungen suchen, die diese zusätzlich zum Vorhandensein von Suchtimpulsen in wesentlicher Weise charakterisieren und die in wesentlicher Weise fehlen bei Handlungen, die zwar durch starke Bedürfnisse getrieben oder akratisch sein mögen, die aber keine Suchthandlungen sind.⁴

Warum entgleisen also bestimmte Handlungsimpulse in eine Sucht, während andere, qualitativ ähnliche Impulse zwar zu alltäglichen Instanzen von Willensschwäche und Akrasie führen, aber darüber hinaus unproblematisch bleiben? Wir kommen damit zur Frage nach den Gründen, anhand derer eine Person die in ihr bestehenden Bedürfnisse beurteilt und den diesen Bedürfnissen entsprechenden Handlungsimpulsen nachgibt oder zu widerstehen versucht, und ob die süchtige Person darin beeinträchtigt ist, solche Gründe angemessen zu entwickeln, zu beurteilen und ihnen entsprechend zu handeln. Ohne eine kausale Wirkung einer solchen wunschunabhängigen und selbstbestimmten „vernünftigen“ Handlungskontrolle⁵ käme es zu einer, wie Wallace es formuliert „hydraulischen“⁶ Wirkweise von primären Bedürfnissen, die dem handelnden Subjekt, ob süchtig oder nicht, keine Wahl zwischen verschiedenen Handlungsalternativen liesse. Dies widerspräche nicht nur der alltäglichen Erfahrung, dass vernünftiges Handeln die Fähigkeit bedingt, unabhängig von bestehenden primären Wünschen zu bestimmen, was man tun soll (Wallace 1999, S.174), sondern auch der Feststellung, dass Suchtkranke durchaus in

⁴Auch der Bezug auf moralische Normen oder soziale Konventionen hilft uns hier nicht weiter, weil solche Normen kontextabhängig sein können (etwas bei sexuellem Verlangen, dass bestimmten Normen widerspricht) oder wenn, z.B. im Rahmen der Palliativmedizin, die Gabe von eindeutig süchtig machenden Substanzen als moralisch angemessen gilt (Wallace 1999, S.170).

der Lage sind, qua Einsicht in die Problematik ihres Tuns zumindest systematisch Einfluss auf ihr Suchtverhalten zu nehmen. Das manifestiert sich im gegebenen Fall etwa dadurch, dass sie sich freiwillig in eine Behandlung begeben haben.

2.2 Sucht als volitionaler Defekt

Ein klassischer Text, der diese postulierten, den primären Wünschen übergeordnete Handlungskontroll- und Steuerungsinstanzen thematisiert und in einen Kontext bringt, der für Suchterkrankungen medizinethisch relevant wird, stammt von Harry Frankfurt (Frankfurt 1988). In seiner Terminologie ist es gerade die Fähigkeit, Kontrolle darüber ausüben zu können, welcher unserer verschiedenen primären Wünsche (first order volitions) zur Handlung führt, die uns zur „Person“ macht (Frankfurt 1988, S. 6-7) und Personen von rein triebgesteuerten, „hydraulisch“ gesteuerten Wesen unterscheidet. Im Kontext von Suchtverhalten unterscheidet er denn auch willfähige Süchtige, die ihren primären Wünschen einfach nachgeben, von unwilligen Süchtigen, die auf übergeordneter Ebene den Wunsch haben, dass etwas anderes ihr Handeln bestimmt als diejenigen primären Wünsche, die zu ihrem Suchtverhalten führen. Was in Frankfurts Begrifflichkeit unwillige Süchtige (im Gegensatz zu willigen Süchtigen) zur Person macht ist, dass sie ihren verschiedenen und konfliktierenden primären Wünschen nicht neutral gegenüberstehen (Frankfurt 1988, S. 12-13). Unwillige Süchtige haben, wie es Frankfurt ausdrückt, Volitionen zweiter Ordnung („second order volitions“ Frankfurt (1988, S. 6)): Sie habe den übergeordneten Wunsch, dass es aus allen ihren primären Wünschen *nicht* der dem Suchtimpuls entsprechende Wunsch ist, der zum Handeln führt. Personen besitzen damit zumindest zu einem gewissen Grad eine Autonomie über ihre primären Wünsche⁷, die sich als bewusste Wahl manifestiert (Wallace 1999, S.177). Weil sich in der gegebenen Fragestellung die Betroffenen freiwillig zu einer Therapie entschlossen haben, können wir im Weiteren davon ausgehen, dass sie diesem Personenstatus entsprechen und zumindest grundsätzlich in der Lage sind, die Volition zweiter Ordnung zu entwickeln und aufrecht erhalten, dass unter ihren

⁵Wallace verwendet hier den englischen Begriff „Agency“, für den mir im gegebenen Kontext der deutsche Begriff der Handlungskontrolle am geeignetsten scheint.

⁶Hydraulische Modelle zur deterministischen Erklärung von Verhalten wurden in den Verhaltenswissenschaften und Psychologie seit den 50er Jahren prominent vertreten, zum Beispiel von Konrad Lorenz, und wurden zumindest anfangs primär für die Erklärung von Instinktverhalten verwendet. In diesem Sinn wäre Suchtverhalten als ein fehlgeleitet Instinkt zu erklären, vergleichbar vielleicht mit dem Verhalten einer Motte, die in der Nacht um eine Lampe kreist, und für die es, einmal im Sog, auch kein Entrinnen gäbe.

widersprüchlichen Wünschen erster Ordnung anderes als die Suchtimpulse handlungsleitend werden.

Dieser durch die Freiwilligkeit der Patient*innen bereits gegebene Status als grundsätzlich zur Selbststeuerung fähigen Person ist für die gegebene Fragestellung zusätzlich wichtig, weil die therapeutischen Interventionen unter anderem darauf abzielen, dass die behandelte Person ihr Verhalten nachhaltig in eine andere Richtung lenkt und diese Verhaltensänderung auch zumindest zu einem gewissen Grad selbständig aufrecht erhalten kann, und weil die Freiwilligkeit, unter der sich die Betroffenen in eine Behandlung begeben, von dieser Fähigkeit schon zeugt. Die therapeutischen Interventionen haben also in Frankfurts Begrifflichkeit zum Ziel, den Personenstatus der Patient*innen zu verbessern.

Gleichzeitig enthält dieser Status der Betroffenen als zu einem gewissen Grad selbstbestimmte Person einen moralischen Aspekt: Er bedeutet, dass die süchtige Person zumindest grundsätzlich mit Fähigkeiten ausgestattet ist, die ihr erlauben, ihr eigenes Tun unabhängig von den unmittelbaren eigenen Bedürfnissen zu beurteilen und zu steuern, und damit wenigstens in Teilen Verantwortung für das eigene Tun übernehmen zu können. Damit kann sie zumindest grundsätzlich auch für moralisch problematisches Handeln zur Rechenschaft gezogen werden. Wenn im Rahmen einer Suchtbehandlung therapeutisch gearbeitet wird, wird also notwendigerweise schon vorausgesetzt, dass die zu behandelnde Person potentiell autonomiefähig ist, deshalb einen Personenstatus hat und somit auch Mitverantwortung für das Erreichen der Therapieziele trägt.

2.3 Suchtimpulse und Handlungskontrolle

Auch wenn Personen im Allgemeinen, und therapiewillige Suchtpatient*innen im Besonderen in der Lage sind, Volitionen zweiter Ordnung zu haben, ist es offensichtlich, dass diese Volitionen zweiter Ordnung nicht allein ausschlaggebend für das Verhalten sind. Immanuel Kant hätte wohl Wesen, deren Verhalten rein durch Volitionen zweiter Ordnung und unabhängig von hedonistischen Impulsen bestimmt wären, als „heilig“ oder „Engel“ bezeichnet. Die Feststellung, dass wir Menschen „keine Heiligen oder Engel sind“, würde dann nichts anderes implizieren, als dass der Inhalt unserer Wünsche erster Ordnung einen Einfluss auf unsere Volitionen zweiter Ordnung haben: Wir

⁷Wallace und Frankfurt scheinen handlungstheoretisch unterschiedlicher Meinung darüber zu sein, ob es notwendig ist, dass die in diesem Sinne autonom handelnde Person der Handlung entsprechende primäre Wünsche hat. Das ist aber für die gegebene Fragestellung nicht weiter von Belang, weil uns hier vor allem die Rolle von sich in Form von Suchtimpulsen schon vorliegenden primären Wünschen interessiert.

sind, im Gegensatz zu Kants Engeln und Heiligen, durchaus Verführungen ausgesetzt, die uns zumindest anfällig dafür machen, entgegen unseren Volitionen zweiter Ordnung zu handeln und es ist üblicherweise zumindest zeitweise mit Anstrengungen verbunden, „auf dem rechten Pfad zu bleiben“.

Welche Rolle spielen also genau die primären Wünsche bei einer Person, die zumindest grundsätzlich die Fähigkeit hat, ihr Handeln bewusst zu kontrollieren und zu lenken? Wallace argumentiert, dass auch in diesem Fall die Wünsche der Person eine wichtige Rolle spielen, indem eine geplante Handlung oder eine geplante Unterlassung einer Handlung Erwartungen weckt, dass bestimmte Wünsche entweder erfüllt werden können oder unerfüllt bleiben (Wallace 1999, S. 178). Bestehende Wünsche können damit in prospektiver Weise Einfluss auf unser Handeln nehmen. Das, was wir erwarten, wenn sich ein Wunsch erfüllt, ist, so Wallace, etwas, was deutlich über ein analytisches Feststellen der dem Wunsch entsprechenden Sachlage hinausgeht: Wunscherfüllung ist ein Ereignis, zu dem die Person einen direkten, und typischerweise mit dem Erleben von Lust oder Unlust verbundenen hedonistischen Zugang hat. Erst durch diesen hedonistischen Zugang werden unsere Handlungsgründe salient, können dabei aber auch noch einmal anders gewichtet werden. Die primären Wünsche liefern damit eine Art sinnlicher Vorhersagedaten, die bei der Wahl von Handlungsoptionen in die Abwägungen des Subjekts einbezogen werden. Die Art und Weise, wie wir in der Vergangenheit die Erfüllung unserer Wünsche erlebt haben, spielt deshalb eine wichtige Rolle bei der subjektiven Evaluation eigenen Handelns und beeinflusst später, als gelernte Erwartung von hedonistischem Erleben, unser weiteres Handeln. In dieser Weise wirken auch unerfüllte Wünsche weiter auf die subjektive Steuerung und Evaluation des eigenen Handelns, indem sie sich nicht immer gemäss unseren übergeordneten und rationalen Überlegungen und Volitionen zweiter Ordnung verhalten: Unerfüllte Wünsche können weiter bestehen, auch wenn die Person zum Schluss gekommen ist, dass sie nicht wünschenswert sind, und können weiter Vorhersagen zur hedonistischen Qualität des Erlebens liefern, das kontrafaktisch eintreten würde, wenn die Person entgegen ihren sekundären Volitionen dem unerfüllten Wunsch nachgeben würde. Dieses hedonistische „Was-wäre-wenn“, das unerfüllte Wünsche dem Bewusstsein der Person aufdrängen können, kann die Fähigkeit der Person zur Handlungskontrolle weiter beeinflussen und deutlich beeinträchtigen (Wallace 1999, S.179).

In der Gegenwart von Suchtimpulsen wird die Interferenz von unerfüllten Wünschen auf die Handlungskontrolle der Person besonders stark. Suchtimpulse sind, wie schon oben dargestellt, besonders persistierend und führen dazu, dass eine Handlung wie der Konsum des Suchtmittels immer noch als lustbringend erscheint, obwohl die Person konträr dazu der bewussten

Überzeugung ist, dass ihr die Handlung insgesamt mehr schaden als nutzen wird, weil sie zum Beispiel auch antizipiert, dass sie damit einen „Absturz“ riskiert, dessen Folgen sie eigentlich vermeiden will. Zusätzlich ist die spontane Reaktion auf solche Suchtimpulse in Form einer Erwartung hedonistischen Erlebens nur sehr begrenzt unter willentlicher Kontrolle, damit schwer zu unterdrücken und gleichzeitig verbunden mit einem Erleben von Dringlichkeit, das persistent die Aufmerksamkeit der betroffenen Person auf sich zieht. Eine süchtige Person ist deshalb dauernd und nicht nur in den üblichen „schwachen Momenten“ in Gefahr, entgegen den eigenen übergeordneten Wünschen zu handeln.

Wallace bezeichnet die Art und Weise, wie Suchtimpulse wahrgenommen werden, deshalb als persistente evaluative Fehlwahrnehmungen und vergleicht sie deshalb auch mit perzeptuellen Fehlwahrnehmungen. Auch dort ist es so, dass uns, auch wenn wir wissen, dass wir einer Illusion unterliegen, die Sachlage immer noch unwillkürlich so scheint, wie es uns die Illusion vorgaukelt und uns zu bestimmten Handlungen drängt. Wir können hier zum Beispiel an eine Person in einer Virtual-Reality-Umgebung denken, die physisch, physiologisch und emotional unwillkürlich und stark auf diese illusionäre Umgebung reagieren kann, obschon ihr bewusst ist, dass sie einer Illusion unterliegt.

Impulse, die die Charakteristika von Suchtimpulsen enthalten, entfalten ihre Wirkung auf das Verhalten der Person also nicht allein durch ihre besonders starke „hydraulische“ Kausalwirkung (sonst wären wir ihnen hilflos ausgeliefert), sondern auch durch die direkte und mit Erwartung von Lust und Unlust verbundenen Art und Weise, in der sie von den Betroffenen erfahren werden und die das Urteilen der Person über den Wert der Handlung beeinflusst. Sie stellen ihnen entsprechende Handlungen in einem evaluativ leuchtenden, die Aufmerksamkeit bindenden und nicht ignorierbaren Licht dar, während die Vorstellung der Unterlassung der Handlung Empfindungen von Dysphorie, Angst und Erregung auslösen kann (Wallace 1999, S.181). Das Vorhandensein von Suchtimpulsen stellt damit die betroffene Person oft vor grosse Schwierigkeiten, bei ihren einmal gefassten Beschlüssen zu bleiben und den Wert der Erfüllung des entsprechenden Wunsches nicht überzubewerten.

Suchtimpulse machen die betroffene Person damit nicht grundsätzlich urteilsunfähig, wie es z.B. bei einem Wahn der Fall wäre, und sie übersteuern die Urteile der Person auch nicht grundsätzlich, so wie das z.B. bei Zwangshandlungen der Fall wäre. Sie behindern aber die Person systematisch daran, vernünftig zu entscheiden und diese vernunftbasierten Entscheidungen in die Tat oder deren Unterlassung umzusetzen. Und auch wenn es der Person gelingt, ein angemessenes Urteil zu treffen und entsprechend zu handeln, bleibt der Wunsch nach Konsum bestehen (Wallace 1999, S.184) und macht

die Person ständig anfällig dafür, vom einmal selbst gewählten Weg abzukommen. Die Tatsache, dass die süchtige Person der Verführung der Droge weiterhin ausgesetzt bleibt, führt damit zu dem, was Wallace als „volitionalen Defekt“ bezeichnet (Wallace 1999, S.185): Die Person hat eine Beeinträchtigung, autonom vernünftige Entscheidungen treffen, und muss über das übliche Mass hinausgehende Anstrengung und Willensstärke zeigen, um entsprechend den eigenen Entscheidung zu handeln. Suchtimpulse führen also zu einer Beeinträchtigung unserer Wahlfreiheit und kompromittieren damit die Betroffenen systematisch in dem, was sie zur Person macht.

2.4 Folgen der eingeschränkten Handlungskontrolle

Bevor wir zur Frage nach den ethischen Folgen der oben hergeleiteten Sicht auf Suchtverhalten kommen, will ich noch eine Reihe von Punkten festhalten, die für den weiteren Text von Belang sind. Wallace (Wallace 1999, S.188-189) selber stellt Folgendes fest:

- Bei der Frage nach der Fähigkeit zu reflektiver Selbstkontrolle und Verantwortung von süchtigen Personen sollten Dichotomisierungen vermieden werden, denn die Betroffenen sind darin im Längs- und Querschnitt zu unterschiedlichen Graden beeinträchtigt: So sind zum Beispiel „Absturz-Trinker*innen“ in nüchternem Zustand gut in der Lage, sich selbst zu kontrollieren. Diese Beeinträchtigung volitionaler Fähigkeiten also hat eine unterschiedlich reduzierte, aber keine fehlende Verantwortbarkeit als Folge.
- Als zur Reflexion grundsätzlich fähige und sich in keiner alternativlosen Zwangssituation befindende Akteur*innen sind süchtige Personen nur sehr begrenzt schuldunfähig.
- Süchtige sind weder reine Täter*innen, noch reine Opfer: So wie der Hinweis „Just say no!“ die starke und persistente Interferenz von Suchtimpulsen auf die volitionale Kontrolle der Betroffenen ignoriert, würde das Verständnis der Betroffenen als reine Opfer diesen jegliche Fähigkeit zu reflektiver Selbstkontrolle absprechen und ihnen damit den Personenstatus, wie er von Harry Frankfurt verstanden wird, absprechen.

Gleichzeitig sind Süchtige aus einer Reihe von Gründen eine besonders vulnerable Gruppe:

- Süchtige haben eine bestehende Geschichte von Fehltritten. Insbesondere leiden Süchtige unter einem nicht einfach auszuräumenden Fehltritt-

teil darüber, was den tatsächlich zu erwartenden hedonistischen Wert der Droge angeht.

- Süchtige haben kaum Möglichkeiten, dieses Fehltrug zu revidieren, wenn sie als Person isoliert sind. Sie sind deshalb auf Hilfe von aussen angewiesen.
- Süchtige sind häufig mit einem Stigma-Problem konfrontiert. Das reduziert einerseits das Repertoire an Möglichkeiten, die eigenen Urteile im Rahmen von sozialen Interaktionen zu prüfen und eventuell zu revidieren. Gleichzeitig verursacht diese Stigmatisierung bei den Betroffenen vermehrt negative Affekte wie Trauer oder Angst, die sich durch den Substanzkonsum zumindest zeitweilig aufheben lassen. Der Substanzkonsum leistet damit in der Erfahrung der Betroffenen etwa als Gefühl von Sicherheit in zuverlässiger Weise etwas Wichtiges, was ihnen aus ihrem sozialen Umfeld nicht genügend zugänglich scheint. Die Stigmatisierung der Betroffenen kann also dazu führen, dass die damit verbundenen negativen sozialen Erfahrungen die bestehenden „schlechten“ Urteile zum Wert der Droge validieren.

3 Suchtverhalten im zwischenmenschlichen Kontext

Hier ist nun wichtig, dass wir uns der Frage zuwenden, in welchem evaluativen Kontext dieses Abwägen und Beurteilen von primären Wünschen stattfindet, und welche Funktionen diesen primären Wünschen zugeschrieben werden. In seiner Arbeit „Philosophie der Sucht: Medizinethische Leitlinien für den Umgang mit Abhängigkeitskranken“ weist Andreas Bell darauf hin, dass die Gründe für Suchtverhalten über den rein hedonistischen Aspekt von Lustgewinn und Vermeiden von Unlust hinausgehen. Suchtverhalten, so Bell, ist in dem Sinn ein Fehltrug, als dass es eine vermeintlich einfache Antwort auf existenzielle Sinnfragen liefert (Bell 2015, S. 176ff), die daraus folgen, dass menschliches Existieren kontingent (also möglich, aber nicht notwendig), frei, aber auch mit Verantwortung verbunden ist, und dass diese Sinnfragen jede*n von uns isoliert und in finaler Weise derart angehen, dass das Ausbleiben von handlungsleitenden Antworten ein Gefühl innerer Leere und Sinnlosigkeit hervorruft. Indem Sucht und Rausch diese mögliche Leere zumindest vorübergehend vergessen lassen und die Angst vor diesen existenziellen Fragen nehmen, vermitteln sie der drogenkonsumierenden Person intuitiv das Gefühl, eine Antwort auf diese existenzielle Problematik zu

haben (Bell 2015, S. 176ff). Suchtverhalten beinhaltet damit ein vermeintlich existenzielles Heilsversprechen, dem die süchtige Person zumindest zeitweise und in problematischer Weise mehr Gewicht gibt als den üblichen Versuchen, auf diese Fragen in zwischenmenschlichem gegenseitigen Füreinander-Sorgen sinnstiftende Antworten zu finden (Bell 2015, S. 54).

Suchtverhalten wird damit zwischenmenschlich problematisch, weil es nicht nur ein Ausdruck eines Fehlurteils über die permanente Sinnhaftigkeit drogeninduzierter Zustände ist, sondern weil es gleichzeitig ein negatives Urteil über die Möglichkeit impliziert, über die Drogenerfahrungen hinausgehende sinnstiftende Erfahrungen im gegebenen zwischenmenschlichen Umfeld zu finden. Suchtverhalten „entwertet“ das soziale Umfeld der süchtigen Person, indem es impliziert, dass das, was die süchtige Person im Zwischenmenschlichen an Sinnhaftigkeit erfahren könnte, mindestens ebenso gut und gleichzeitig einfacher durch pharmakologische Eingriffe in die eigene Neurophysiologie zu erreichen ist. Nicht umsonst ist die Vernachlässigung von sozialen Kontakten ein wichtiges Merkmal während der Diagnostik von Suchterkrankungen.⁸

Diese implizite Geringschätzung des eigenen zwischenmenschlichen Umfelds durch die suchtkranke Person ist oft mit grossem Leid für das davon betroffene soziale Umfeld verbunden (Jeanrenaud und Pellegrini 2007; World Health Organization 2004). Über materielle und immaterielle Schäden durch Suchtverhalten hinaus scheint es aber intuitiv so, dass die dahinterstehende Haltung der sich so verhaltenden Person auch aus anderen Gründen problematisch und „unrecht“ ist.⁹ Um diese Problematik normativ einzuordnen und das zu erfassen, was die implizite Haltung der drogensüchtigen Person über die materiellen Folgeschäden hinaus so schwierig macht, drängt es sich geradezu auf, dazu auf Konzepte und Begriffe der sogenannten Care-Ethik zurückzugreifen. Darum wird es im folgenden Abschnitt auch gehen.

3.1 Problematik von Suchtverhalten aus der Perspektive von Care-Ethik

Care-Ethik (Held u. a. 2006; Noddings 2013) ist eine Familie von ethischen Theorien und Standpunkten, die sich gegenüber anderen Ethiken essenziell dadurch auszeichnet, dass sie im Kern von einem genuinen menschlichen Interesse ausgeht, in unserem sozialen Umfeld füreinander sorgende Beziehun-

⁸Z.B. gemäss ICD-10 Kriterien.

⁹Wir können, um dieser Intuition etwas nachzuhelfen, für einen Moment an eine arbeitssüchtige Person denken. Auch hier ist die Haltung, dass sich Sinnhaftigkeit primär durch Leistung ergibt für das Umfeld der betroffenen Person problematisch, obwohl es wirtschaftlich wahrscheinlich davon sogar profitiert.

gen aufrechtzuerhalten und zu verbessern, darin Bedürfnisse Anderer wahrzunehmen und im Rahmen des Möglichen angemessen und positiv darauf zu reagieren (Noddings 2013, S. xi). In diesem Kern konzeptualisieren Care-Ethiken damit das freiwillige und intrinsisch motivierte Eingehen konkreter Personen auf die konkreten Bedürfnisse von in einer zu ihnen in konkreten Beziehung stehenden anderen Personen als Grundlage für und nicht erst als Folgerung aus einer ethischen Theorie.

Natürlich bedingt auch in Care-Ethiken ethisch angemessenes Handeln neben diesem erst einmal a-priori und vorwiegend affektiv gegebenen In-sorgender-Beziehung-Stehen auch einen sich an allgemeineren, rational-objektiv hergeleiteten Gründen orientierenden Modus des Entscheidens (Noddings 2013, S. 25). Im Gegensatz zu anderen, primär argumentativ hergeleiteten moralischen Theorien orientiert sich dieses rationale Evaluieren der Sachlage aber nach dem, was sich aus dem relational-affektiven Herangehen der care-gebenden Person für Fragen ergeben. Ohne dieses relationale Primat würde, wie Noddings argumentiert, dauernd die Gefahr drohen, dass unser Tun eher dem Selbstzweck irgendwelcher Verfahren und abstrakter Gründe dienen als denen, denen unsere Sorge gelten sollte (Noddings 2013, S. 25) Dadurch würde die geforderte fürsorgende Haltung zur Illusion. Care-Ethiken stehen damit in ihrer Argumentationsrichtung konträr zu anderen Ethiken wie etwa utilitaristische oder deontologische Moraltheorien, bei denen konkrete Handlungen in einem gegebenen sozialen Kontext als „Sollen“ einem möglichst allgemein gültigen und deshalb abstrakten moralischen Prinzip erst folgen, und wo dieses Prinzip sich üblicherweise aus abstrakten Aussagen zum Verhältnis zwischen primär austauschbaren Individuen und einer allgemein gefassten Menschheit begründet.

Care-Ethik ist damit in der Lage, die ethische Problematik gewisser Gegebenheiten abzubilden, die wir intuitiv als moralisch problematisch empfinden. Wir können als Beispiel an eine arbeitssüchtige Person denken, die für die Gesellschaft im Allgemeinen und für das soziale Umfeld im Besonderen in vielfältiger Weise nützlich ist und die ihren Pflichten gegenüber ihren Mitmenschen in vorbildlicher Weise nachkommt, die aber den konkreten zwischenmenschlichen Bindungen in ihrem gegebenen Umfeld keinen eigenen Wert zumisst. Wenn im Gespräch jemand aus diesem Umfeld bemerken würde, dass sie eine gewisse menschliche Wärme vermissen würde, und die Person dann antworten würde, „Du bekommst doch alles, was du brauchst.“ dann empfinden wir das typischerweise als verletzend. Gleichzeitig scheint es absurd, dieses Vermitteln von Wärme als Pflicht formulieren zu wollen, und es scheint ebenso absurd, dieses Vermitteln von Wärme gerade dadurch begründen zu wollen, dass sich damit ein über die Allgemeinheit aller Menschen aufsummierter „Topf“ von irgendwie quantifiziertem Wohlergehen in

optimaler Weise füllt.

Care-Ethik bildet ab, dass ethisch angemessenes Verhalten einer bestimmten affektiven Haltung gegenüber konkreten Mitmenschen entspringt, aus der sich allgemeinere Pflichten und Prinzipien zwar motivieren lassen, ohne die aber die Erfüllung dieser Pflichten und Prinzipien ein ethisch defizientes Unterfangen bleiben muss. Gleichzeitig ist die fürsorgliche Haltung, so Noddings, in empfangender wie auch in gebender Form selbst universell zugänglich (Noddings 2013, S. 5) und wir sind in die entsprechenden Beziehungsgeflechte von Geburt an, und damit unweigerlich und erst einmal ohne das aktiv wählen zu können, schon eingebunden (Held u. a. 2006, S. 46). Für viele Care-Ethik-Theoretiker*innen ist, wie wir auch im folgenden Abschnitt zu relationaler Autonomie sehen werden, dieses Eingebundensein in ein konkretes und fürsorgendes soziales Netz sogar eine zentrale Voraussetzung dafür, dass wir überhaupt in der Lage sind, einen Personenstatus und personale Autonomie zu erlangen (Held u. a. 2006, S. 46). Care-Ethik ist also insofern eine anspruchsvolle Ethik, indem sie sich als unvermeidliche Grundlage einerseits für den ethischen Status von Personen und andererseits für über konkrete soziale Gefüge hinausgehende interpersonale Beziehungen und Normen versteht.

Ich werde mich für das weitere Vorgehen auf Care-Ethik abstützen, nicht weil ich argumentieren will und werde, dass Care-Ethik anderen Ethiken überlegen ist, sondern weil mir erstens Care-Ethik besonders nah an der normativen Problematik von Suchtverhalten zu liegen scheint und weil sie zweitens, wie wir später sehen werden, auch eine gute Antwort auf die Frage nach dem ethisch angemessenen Umgang mit der Autonomie von Suchtkranken gibt.

Aus dem Standpunkt von Care-Ethik versteht sich damit das ethische Problem der Person, die ihrer Sucht nachgibt so, dass sie durch die der Sucht zugrunde liegende Haltung das genuine Bedürfnis nach füreinander sorgenden Beziehung innerhalb ihres sozialen Umfelds verletzt, in das die Person immer schon unweigerlich eingebunden ist. Die Verletzung dieser Bedürfnisse erfolgt in zweierlei Richtungen:

- Die Person vernachlässigt in der Sucht ihre Rolle als Care-Gebende: Noddings charakterisiert Care als eine Haltung, die sich als Empfänglichkeit für die Freuden und Leiden von Mitmenschen äussert, durch die sich Beziehungen vertiefen, die geprägt ist von Wärme und die es der care-gebenden Person erlaubt, die darin wahrgenommenen Bedürfnisse der care-empfangenden Person in die eigenen Handlungsmotive mit einzubeziehen (Noddings 2013, S. 18). Indem Sucht die Aufmerksamkeit der betroffenen Person bindet, indem sie in Form von Suchtimpulsen

dauernd Handlungsmotive liefert, die ausserhalb dieses für Care relevanten sozialen Kontexts liegen, und indem Freud und Leid primär als erfüllte oder unerfüllte Wünsche nach mit Suchthandlungen assoziierten Zuständen erlebt werden, fehlen der süchtigen Person die für Care nötigen Ressourcen und Fähigkeiten, Care, in der Form wie Noddings sie versteht, zu geben: Süchtige vernachlässigen und riskieren für ihre Sucht lange gewachsene zwischenmenschliche Beziehungen, verhalten sich in den verbleibenden Beziehungen lieblos bis aggressiv, sind dabei wenig aufmerksam und rezeptiv für die Bedürfnisse ihrer Mitmenschen bis zu dem Punkt, an dem es etwa durch Gewaltanwendung oder Diebstahl zu groben Verstössen gegen basale Bedürfnisse wie die nach körperlicher Unversehrtheit oder materieller Sicherheit kommt.

- In der Sucht ist die Person selbst unempfänglicher für Care von anderen. Noddings hält fest, dass es für die Ausübung von Care notwendig ist, dass die care-empfangende Person zu verstehen gibt, dass sie die Haltung und das Verhalten der Care-gebenden Person als solches wahrnimmt, und dass sie sich dieser Person in einer Weise öffnet und zeigt, die dieser die eigenen Freuden, Leiden und Bedürfnisse zugänglich macht (Noddings 2013, S.4, 71–72) und die es der care-gebenden Person erst erlaubt, die Care angemessen auszuüben. Care ist in diesem Sinne eine zwar asymmetrische, aber notwendigerweise reziproke Beziehung, und kann nicht aufrecht erhalten werden ohne die aktive Teilnahme der care-empfangenen Person. Süchtige Personen sind, indem sie der Verheissung erliegen, die das Suchtmittel vermittelt, auch in diesem Kontext oft weniger ansprechbar, verschliessen sich eher gegenüber ihren Mitmenschen und zeigen seltener, dass sie den Wunsch ihrer Mitmenschen, Care zu geben, wahrnehmen und akzeptieren. Sie verstossen also auch in dem Sinn gegen das Fundament von Care-Ethik, indem sie ihnen ursprünglich nahe Mitmenschen mit deren Bedürfnis, Care zu geben, alleine lassen und damit diese Care verunmöglichen.

Ich will hier *nota bene* von Sucht Betroffene nicht pauschal verurteilen. Care, als reziprokes Verhältnis, bedingt die entsprechende Haltung auch vom sozialen Umfeld, und ein Fehlen dieser Haltung im Umfeld der betroffenen Person ist ebenso problematisch wie bei der betroffenen Person selbst und kann möglicherweise auch wesentlich zum Entstehen der Suchterkrankung beigetragen haben. Trotzdem ist es für die Betroffenen wichtig, ihre eigene Haltung und ihr Handeln auch aus diesem normativen Blickwinkel zu betrachten, um so das eigene deliberative Repertoire zu vergrössern und zu konsolidieren.

3.2 Care-Ethik und Anwendbarkeit von allgemeinen Regeln

Der obige Abschnitt hat gezeigt, dass aus der Perspektive der Care-Ethik die ethische Problematik von Suchtverhaltens primär nicht darin besteht, dass es entgegen allgemein gültigen rationalen Gründen einem erst einmal abstrakten moralischen Prinzip zuwiderhandelt, sondern dass es in einem konkreten sozialen Umfeld vorrationale und basale zwischenmenschliche Bedürfnisse verletzt. Wenn wir aber davon ausgehen, dass es erst diese Perspektive der Care-Ethik erlaubt, das volle normative Gewicht von Sucht(fehl)verhalten und Sucht(fehl)haltung zu erfassen, sind wir umgekehrt darauf festgelegt, auch die eigenen Handlungen und Haltungen aus einer solchen Care-Ethik heraus zu begründen. Damit sind wir bei der ursprünglichen Fragestellung nach der Legitimität von fixen Regeln im Umgang mit Suchtpatient*innen.

Nicht besonders überraschend äussert sich Noddings recht kritisch gegenüber der allgemeinen Anwendbarkeit von Regeln. Sie sagt dazu Folgendes:

„The danger is that caring, which is essentially nonrational in that it requires a constitutive engrossment and displacement of motivation, may gradually or abruptly be transformed into abstract problem solving. There is, then, a shift of focus from the cared-for to the ‚problem‘. Opportunities arise for self-interest, and persons entrusted with caring may lack the necessary engrossment in those to be cared-for. Rules are formulated and the characteristic variation in response to the needs of the cared-for may fade away. Those entrusted with caring may focus on satisfying the formulated requirements for caretaking and fail to be present in their interactions with the cared-for. Thus caring disappears and only its illusion remains.“ (Noddings 2013, S. 25-26).

In der Frage nach der Anwendbarkeit von fixen Regeln im Umgang mit Suchtpatient*innen würden Care-Ethik*innen also darauf hinweisen, dass sowohl das Verhalten der Suchtpatient*innen wie auch das Verhalten von Care-Gebenden, die starre Regeln anwenden, Care verhindern, indem sie Anderem (der Substanz, der Regel) mehr Gewicht geben als Beziehungen, in denen Care stattfindet, und dies damit ethisch vergleichbar problematisch ist. Wir können also nur zwischen den folgenden beiden Alternativen wählen:

1. Wir verlassen den Kontext von Care-Ethik. Das liesse die starre Anwendung von Regeln erst einmal wieder zu. Gleichzeitig würden wir aber

wichtige ethische Aspekte von Sucht(fehl)verhalten aus dem Blickwinkel verlieren, und wir wären insbesondere nicht mehr in der Lage, die Auswirkungen der Sucht auf das soziale Umfeld der Betroffenen in ihrer ganzen Tiefe abzubilden. Das scheint mir, insbesondere aus Rücksicht auf das Leid, das dieses soziale Umfeld oft erfährt, unangemessen.

2. Wir bleiben im Kontext von Care-Ethik und verzichten auf die starre Anwendung von Regeln. Das scheint mir in Anbetracht des Wunsches, durch Sucht erfahrenes zwischenmenschliches Leid angemessen abzubilden wollen, die vorzuziehende Alternative.

An diesem Punkt ist es wichtig festzuhalten, dass dieses Ablassen von einer starren Anwendung einer Regel, die Konsequenzen für relevantes Fehlverhalten bestimmt, in keiner Weise impliziert, dass die Care-Gebenden notwendigerweise inhaltlich zu anderen Entscheidungen kommen als die, die sich durch die Regel ergeben würde. Noddings weist darauf hin, dass eine Care-Beziehung nicht bedeutet, dass wir jedem Bedürfnis der care-empfangenden Person entsprechen, und dass eine Care-Beziehung auf fordern darf: Gerade im Kontext von Sucht müssten Care-Gebende in der Lage sein, im Interesse der care-empfangenden Person und im Interesse deren sozialen Umfelds, an die care-empfangende Person Ansprüche zu stellen, was auch die Einhaltung von Regeln beinhalten darf. Und gerade im Kontext der Behandlung von Suchtkrankheiten ist die Einhaltung von Regeln essenziell nicht nur für den Therapieerfolg der Patient*innen selbst, sondern auch für Mitpatient*innen, die durch Regelverstöße anderer in ihren eigenen Zielen gefährdet werden können. Regeln sind also immer auch Teil des sozialen Gefüges, innerhalb dessen Care stattfindet, und gerade für eine erfolgreiche Therapie von Suchtkrankheiten innerhalb einer dafür spezialisierten Institution unverzichtbar.

Wichtig dabei ist aber für Noddings, dass die Gesprächsbereitschaft aufrecht erhalten bleibt, gerade wenn die Beziehung ambivalent oder gefährdet ist (Noddings 2013, S. XIII). Das care-ethisch motivierte Ablassen von einer starren Anwendung von Regeln impliziert also nicht, dass solche Regeln keine Gültigkeit mehr haben. Es impliziert einzig, dass es aus Sicht der Care-Ethik unabdingbar ist, dass eine entsprechende Entscheidung über die Konsequenzen eines Regelverstosses von einer in affektivem Care-Bezug stehenden Person eigenständig gefällt und gegenüber der betroffenen Person auch in dieser Weise vermittelt und vertreten wird.¹⁰ Wie Noddings sagt: „But even when we must deny the need expressed, we try to do so in a way that will preserve

the caring relation.“ (Noddings 2013, S. XII).

3.3 Relationale Autonomie

Ich habe oben bereits erwähnt, dass viele Care-Ethiker*innen das über Care bestimmte Eingebundensein in ein soziales Netz als eine zentrale Voraussetzung dafür sehen, personale Autonomie überhaupt erlangen zu können (Held u. a. 2006, S. 46). Personale Autonomie, so wie sie Care-Ethiker*innen verstehen, schreibt Virginia Held, ist etwas substanziell Anderes als eine Autonomie, die, wie sie zum Beispiel liberale Moraltheorien postulieren, von einem selbst-suffizienten, atomistischen und von Anfang an mit den notwendigen reflektiven Fähigkeiten ausgestatteten Selbst ausgeht (Held u. a. 2006, S.48). Personale Autonomie, so wie Care-Ethiker*innen sie verstehen, ist etwas relationales, das sich von Geburt an und anhand einer konkreten sozialen Praxis der Person aufbaut, die einerseits durchtränkt ist von den spezifischen Werten und Gepflogenheiten des sozialen Umfelds, die andererseits aber auch in ihrer Vielfalt und Widersprüchlichkeit einen stetigen Strom an eigenen konkreten Erfahrungen liefert, in dessen Aufarbeitung und Strukturierung die Person ihre reflektiven Fähigkeiten und ihre Autonomie entwickeln kann. Autonom zu sein lernen wir also, so Held, durch die Interaktion mit anderen, sind dabei aber auch nicht blosse Gefangene unserer Erziehung und Umstände. Gleichzeitig verstellt oder vermittelt unser konkretes soziales Netz den Zugang zu verschiedenen Möglichkeiten, und wir wirken umgekehrt in unserer Eigenheit auch immer wieder auf dieses soziale Netz zurück (Held u. a. 2006, S.48).

Es soll hier im Weiteren nicht darum gehen, in allgemeingültiger Weise das relationale Verständnis von Autonomie gegen andere Verständnisse von Autonomie aufzuwiegen oder zu verteidigen. Mir scheint der Begriff der relationalen Autonomie für die gegebene Fragestellung besonders interessant, weil er im Gegensatz zu atomistischen Autonomieverständnis die Möglichkeit gibt, Widersprüche im Umgang mit der Autonomie von Suchterkrankten zu vermeiden, die sich ohne eine relationale Komponente von personaler Autonomie ergeben würden. Diese Widersprüche ergäben sich insbesondere dann,

¹⁰Auch ausserhalb einer Care-Ethik liesse sich argumentieren, dass das Ziehen von durch die Regeln eines Therapieprogramms vorgegebenen Konsequenzen, welche den Abbruch der Beziehung zur Folge haben, logisch implizieren, dass die therapeutische Beziehung Teil des Therapieprogramms ist, und nicht umgekehrt. Sie reduziert folglich die therapeutische Beziehung zum Mittel für einem Zweck, das obsolet wird, wenn der Zweck nicht mehr erreichbar scheint. Mir scheint das eine problematische Abwertung dieser therapeutischen Beziehung, die auch andere Ethiken gut abbilden könnten. Weiter ist eine solche Abwertung einer wichtigen Beziehung gut geeignet, die bereits bestehende problematische Unterbewertung von zwischenmenschlichen Beziehungen bei den Betroffenen zusätzlich zu validieren.

wenn wir eine wie wir gesehen haben kompromittierte und problematische Autonomie der Betroffenen in einer durch konkret bestehende Normen geprägten Weise beeinflussen wollen und gleichzeitig diese Autonomie als etwas betrachten, was nur unter dem Einfluss der zu beeinflussenden Person sein soll. In anderen Worten: Personale Autonomie, in einer atomistischen Weise verstanden, liesse sich gar nicht beeinflussen, und das, was wir durch externe Interventionen beeinflussen würden, wäre in problematischer Weise, etwa in Form sozialer Erwünschtheit, etwas anderes als personale Autonomie der zu behandelnden Person. Die Sichtweise, dass die Autonomie der Betroffenen etwas an sich Unabhängiges und zu Respektierendes, aber gleichzeitig Krankes ist, mündet damit darin, dass die Betroffenen letztendlich aufgegeben werden (Williamson 2020, S. 2): Es gälte letztlich, etwas Krankes zu respektieren und würde es verunmöglichen, dem legitimen Wunsch der Betroffenen, Hilfe im Umgang mit autonomen Entscheiden zu bekommen, nachzukommen.

Relationale Autonomie vermeidet diesen Widerspruch, indem sie den Prozess der Gewinnung von Autonomie durch soziale Praxis in den Vordergrund stellt, und Mangel an dieser Praxis damit auch einen Mangel an Autonomie nach sich ziehen kann. Kongruent mit Wallaces Darstellung der Kernproblematik von Sucht verortet das Konzept der relationalen Autonomie die Basis dessen, was die eigene Entscheidung bestimmt, irgendwo *zwischen* einem hydraulischen und selbst unbeeinflussbaren Vorgang und einer „atomistischen“, vom gegebenen Umfeld völlig unabhängigen Fähigkeit. Diese für relationale Autonomie so wichtige Praxis manifestiert sich für die Betroffenen als konkrete Reaktionen auf ihr Handeln und als persönlich gefärbte Beeinflussungsversuche des sozialen Umfelds der Patient*innen, und liefert in dieser Sichtweise erst das notwendige Material, mit dem diese ihr Urteilsvermögen und ihre deliberativen Fähigkeiten einüben können. Diese Ansicht wird auch in der Praxis bestätigt: So gibt es etwa in der systemischen Psychotherapie die Erkenntnis, dass es bei Suchttherapien, die nicht erfolgreich verlaufen, entscheidend sein kann, die Angehörigen der Betroffenen und deren Erfahrungen, Bedürfnisse und Handlungsmotive im Umgang mit den Patient*innen einzubeziehen.

Mir scheint es naheliegend, dass diese konkrete soziale Praxis gerade dann besonders wichtig ist, wenn Patient*innen die Normen ihres sozialen Umfelds oder des therapeutischen Settings verletzen, weil der dadurch zutage tretende Konflikt zwischen dem eigenen Werten und Urteilen und dem Werten und Urteilen des Umfelds den Stoff liefert, der die Betroffenen zum Überdenken und Neugewichten der eigenen Motive anregen kann. Daraus folgt, dass auch dann, wenn es zu entsprechenden Sanktionen kommt, diese Sanktionen nicht legitimiert werden als Anwendung einer allgemeinen Regel, die unabhängig vom gegebenen Kontext zur Anwendung kommt, sondern als Resultat ei-

ner primär menschliche Reaktion und reflektiven Eigenleistung von Mitmenschen, die sich eingebettet im Kontext der bestehenden sozialen Praxis abspielt. Kurz gesagt: Wenn es Ziel der Behandlung von Suchtpatient*innen sein soll, deren Autonomie und deliberativen Fähigkeiten zu stärken, und wenn dieses Ziel bedingt, dass Autonomie und deliberative Fähigkeiten im gegebenen sozialen Kontext praktiziert und geübt werden können, dann sollten auch die Behandelnden für die Betroffenen relevante Entscheidungen autonom und basierend auf den eigenen deliberativen Fähigkeiten treffen, und sich dabei nicht auf allgemein gültige Regeln abstützen. Das impliziert nota bene nicht, dass diese Entscheidung für die Betroffenen nicht vorhersehbar sind und dass solche Entscheidungen nicht auch in vorhersehbarer Weise „hart“ sein können.

4 Fazit

Wir haben in Abschnitt 2 festgestellt, dass Süchtige grundsätzlich für ihr Tun verantwortlich gemacht werden können, wenn es um harte Folgen ihres Tuns geht¹¹. Sie sind grundsätzlich in der Lage, vernünftige Urteile zu fällen, haben also keine anhaltenden Denkstörungen, und können unter günstigen Bedingungen entsprechend handeln (unterliegen also keinen Zwängen). Süchtige haben aber besondere Schwierigkeiten, sich ihren deliberativen Urteilen entsprechend zu verhalten. Der Suchtpuls verführt, bindet die Aufmerksamkeit, verspricht ein hedonistisches Erleben, auch dann noch, wenn die Person grundsätzlich davon überzeugt ist, dass andere als die bestehenden Suchtpulse ihr Verhalten bestimmen sollten. Dies ist der Fall, wenn sich Süchtige freiwillig in eine Therapie begeben. Diese Patient*innen haben damit ein problematisches Defizit in der autonomen Steuerfähigkeit des eigenen Verhaltens und leiden unter den daraus folgenden Konsequenzen.

Bei der Frage nach dem ethisch angemessenen Umgang mit einem solchen Defizit ist Care-Ethik besonders interessant, weil sie, wie es Laura Williamson ausdrückt „mehr als weniger paternalistisch ist“ (Williamson 2020, S. 2): Care-Ethik versteht Autonomie als etwas Relationales, das sich erst aus der dauernden aktiven Auseinandersetzung mit dem eigenen sozialen Umfeld ergibt, und dass darum gerade wenn, wie das bei Suchtpatient*innen der Fall ist, diese Autonomie schwach ist, diese Auseinandersetzungen notwendig, hilfreich und ethisch angemessen sind. Care-Ethik ist weiter für den Umgang mit Suchtpatient*innen interessant, weil sie problematischen Folgen von Suchtverhalten in einer Weise darstellt, die sehr nahe am Erleben der am stärksten betroffenen Mitmenschen und der Suchtkranken selbst ist

¹¹Zum Beispiel Fahren in angetrunkenen Zustand.

und deshalb Gewicht hat, dabei aber in kein unangemessen einfaches Opfer-Täter*innen Schema fällt.

Gleichzeitig problematisiert Care-Ethik Entscheidungen über unsere Mitmenschen, die durch Prinzipien und Regel erfolgen, die ausserhalb einer Care-Beziehung stehen, als etwas, was Regeln und Prinzipien höher gewichtet als menschliche Fürsorge, und fordert, dass solche Entscheidungen relational-autonom getroffen werden sollen. Deshalb sollten auch Entscheidungen zum Therapie-Ausschluss nach Regelverstößen nicht anhand einer starren Regel, sondern auf einem autonom und deliberativ gefassten Urteil der Care-Gebenden beruhen.

Literatur

- Bell, Andreas (2015). *Philosophie der Sucht: Medizinethische Leitlinien für den Umgang mit Abhängigkeitskranken*. Springer-Verlag.
- Frankfurt, Harry G (1988). „Freedom of the Will and the Concept of a Person“. In: *What is a person?* Springer, S. 127–144.
- Held, Virginia u. a. (2006). *The ethics of care: Personal, political, and global*. Oxford University Press on Demand.
- Jeanrenaud, Claude und Sonia Pellegrini (2007). „Valuing Intangible Costs of Alcohol Dependence : a Contingent Valuation Study“. In: *Revue d'économie politique* 117.5, S. 813–825. DOI: 10.3917/redp.175.0813. URL: <https://www.cairn.info/revue-d-economie-politique-2007-5-page-813.htm>.
- Noddings, Nel (2013). *Caring: A relational approach to ethics and moral education (updated)*. University of California Press.
- Wallace, R Jay (1999). „Addiction as defect of the will: Some philosophical reflections“. In: *Law and Philosophy*, S. 621–654.
- Williamson, Laura (2020). „Creating an ethical culture to support recovery from substance use disorders“. In: *Journal of Medical Ethics*.
- World Health Organization (2004). „Social Problems associated with alcohol use“. In: *Global status report on alcohol 2004*. World Health Organization.