

Zeitschrift: SuchtMagazin

Herausgeber: Infodrog

Band: 36 (2010)

Heft: 3

Artikel: Die stille Sucht? : Eine ethische Perspektive zur Sucht im Alter

Autor: Wolf, Julia

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-800206>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. 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. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

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. [Voir Informations légales.](#)

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. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 29.03.2025

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

Die stille Sucht? Eine ethische Perspektive zur Sucht im Alter

Das Thema Sucht und Alter wird oft verkannt. Eine adäquate Versorgung und Prävention hat sich derzeit noch nicht etabliert. Aus ethischer Sicht ergeben sich vor allem Fragen nach der Autonomiefähigkeit und den gerechten Grundbedingungen für Präventions- und Hilfsmassnahmen bei älteren Menschen mit problematischem Substanzkonsum.

Julia Wolf

Dr. rer. nat., Fachbereich für Medizin- und Gesundheitsethik, Universität Basel, Missionsstrasse 21A, CH-4051 Basel, julia.wolf@unibas.ch

Ausgangssituation

Die Zahl der suchtkranken Menschen in Pflege- und Betreuungseinrichtungen ist steigend. Laut der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht EBDD könnte sich der Substanzkonsum unter älteren Menschen im Zeitraum zwischen 2001 und 2020 mehr als verdoppeln,¹ was zu höheren Anforderungen und Kosten vor allem im Bereich der Altenpflege und auf geriatrischen Stationen führen wird. Zudem gibt es eine hohe Dunkelziffer von älteren Menschen, die alleine oder bei Angehörigen leben und einen problematischen Konsum von Alkohol und Medikamenten mit Folgeerscheinungen aufweisen. Es gibt bisher jedoch wenig Konzepte oder Richtlinien, die sich dem Problem von älteren, oft komorbiden, Suchtkranken widmen.² Das liegt unter anderem an fehlenden Studien und Forschungsergebnissen zu Suchtprozessen und Interventionsangeboten im Alter.³ Der Alltag vieler HelferInnen in geriatrischen Stationen, Allgemeinkrankenhäusern, der Sucht-, Alten-, und Pflegeeinrichtungen sowie der Spitex ist daher oft von ad-hoc Entscheidungen unter Zeitdruck, Intransparenz und fehlenden Umgangsweisen und Leitlinien geprägt. Dies widerspricht den aktuellen Tendenzen von Qualitätssicherung, Managed Care und evidenzbasierten Ansätzen in der PatientInnenversorgung. Es scheint daher dringend erforderlich zu sein, die aktuelle Situation einer kritischen Analyse zu unterziehen und nach Kriterien zu suchen, mit denen wir eine optimale und effiziente Versorgung von als süchtig definierten Menschen in allen Lebensabschnitten und damit auch im Alter erreichen können.

Fragen im Zusammenhang von Sucht und Alter

Es stellt sich daher die Frage, wie wir älteren Menschen mit einem gesellschaftlich als problematisch angesehenen Substanzkonsum gerecht werden können. Das bedeutet auch, dass wir uns darüber verständigen müssen, was wir in diesem Zusammenhang genau unter einer guten Hilfeleistung und einem würdigen Altern verstehen und unter welchen Voraussetzungen und Bedingungen dies praktisch möglich ist. Dabei spielen vor allem Wertvorstellungen, soziokulturelle Normen aber auch die Frage, wie viel Autonomie und Verantwortung wir den an Sucht Erkrankten gerade auch

im Alter jeweils noch zugestehen wollen, eine bedeutende Rolle. Die Frage, welche Hilfsmassnahmen und Angebote wir älteren süchtigen Menschen zur Verfügung stellen wollen, hängt unter anderem von unserem Verständnis von Sucht und Alter und dem damit verbundenen Menschenbild ab.

Das mögliche Potential einer Ethik für die Suchtarbeit besteht daher vor allem in der normativen Auseinandersetzung mit dem menschlichen Zustand der Sucht sowie den Folgen für die Betroffenen und die Gesellschaft. Des Weiteren kann eine ethische Perspektive dazu beitragen, aktuelle Interventionsformen in der Suchthilfe zu reflektieren, zu hinterfragen und Kriterien zu entwickeln, die einer gerechten und adäquaten Versorgung von Suchtkranken in allen Lebensabschnitten zugrunde liegen. Das Ziel einer angewandten Ethik ist letztlich, wie es Bayertz formuliert, die moralischen Aspekte von praktischen Problemen und Konflikten zu analysieren und theoretische Konzepte aus der Moralphilosophie für deren Lösung fruchtbar zu machen.⁴

Altersspezifische Besonderheiten oder Stigma?

Die Altersangaben in Studien und Texten zur Sucht im Alter variieren erheblich. Es stellt sich daher zunächst die Frage, welche Altersgruppe in Studien, Diskussionen und Interventionsformen einbezogen werden, wenn wir von älteren Suchtkranken oder älteren Menschen mit einem problematischen Substanzkonsum sprechen. In der Forschungs- und Übersichtsarbeit des Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung ISGF wird in den dort aufgeführten Studien bei älteren Suchtkranken ein Alter ab 60 Jahren als unterer Referenzpunkt für altersspezifische Interventionen angegeben.⁵ Die Definitionen von «Altsein» und Altern verschieben sich jedoch mit steigender Lebenserwartung ständig; zudem erfordern körperliche Beeinträchtigungen und ein frühzeitiger Pflegebedarf bei Menschen unter 60 Jahren oft eine Zuordnung deutlich Jüngerer zur Gruppe der älteren Suchtkranken. Alter wird damit zu einem vagen Konzept. Im Rahmen der Frage nach einer adäquaten und menschenwürdigen Hilfeleistung für ältere Menschen stehen häufig die spezifischen Besonderheiten von Sucht im Alter im Mittelpunkt der Betrachtung. Die Kombination von Krankheit, Alter und Sucht erzeugt offensichtlich eine besondere Vulnerabilität, die zunächst eine Reflexion der allgemeinen Vorstellungen von Alter und Sucht sowie zugrunde liegende implizite Wertungen einfordert und darüber hinaus auf einen höheren Bedarf an Fürsorge verweist. Es lässt sich zeigen, dass sich im Alter einige Aspekte der Sucht zuspitzen oder aufgrund

eines sich verändernden sozialen Umfeldes stärker in den Fokus rücken. Im Alter scheint vor allem das subjektiv erlebte Gefühl einer Abhängigkeit von anderen Menschen zuzunehmen. Gleichzeitig gibt es oft ein Gefühl der Leere durch fehlende Aufgabenstellungen im Anschluss an das Berufsleben.⁶ Möglichst lange von der Hilfe anderer unabhängig zu sein, gehört zu den zentralen Vorstellungen einer autonomen Lebensweise. Physische und kognitive Einschränkungen sowie soziale Veränderungen kollidieren mit dem Ideal eines autonomen Alterns. Es muss jedoch kritisch hinterfragt werden, ob ein menschenwürdiges Altern nur im Rahmen eines selbst bestimmten und selbstständig geführten Lebens möglich sein kann.⁷

Sucht wird in vielen Definitionen per se als eine Einschränkung unserer Selbstbestimmung verstanden⁸ und verstärkt dadurch gerade im Alter die ethische Frage nach der Zuschreibung von Urteilsfähigkeit, Autonomie und der Übernahme von Verantwortung im Sinne einer wohlverstandenen Sorge um sich selbst. Historisch gesehen wechselte die Betrachtung einer substanzbezogenen Suchtentwicklung von einem moralischen Problem des schwachen Willens zu einem medizinischen Problem des erkrankten Willens. Die moralische Bewertung selbst wurde deshalb aber nicht aufgegeben, was immer noch zu einer Stigmatisierung von süchtigen Menschen führt.

Die Tatsache eines «problematischen Konsums» oder der Sucht im Alter scheint darüber hinaus in vielen Fällen seitens der versorgenden Stellen (Hausärzte, Geriatrie, Alten- und Pflegeheime) nicht wahrgenommen zu werden. Gesundheitliche Folgeschäden von Abhängigkeiten, wie z. B. Unfälle, Stürze, psychiatrische Erkrankungen, somatische Störungen, frühere Einweisung in Pflegeheime sind zwar bekannt, werden aber offensichtlich oft durch andere Erkrankungen und soziale Probleme im Alter maskiert und verkannt oder aber auch ignoriert. Stationäre und ambulante Einrichtungen zur Suchtbehandlung verzeichnen eine Unterrepräsentation von älteren Menschen.⁹ Dies verschlechtert den Gesundheitszustand und die Lebensqualität der Betroffenen.

Nihilismus und Resignation

In Diskussionen lässt sich immer noch ein ärztlicher und pflegerischer Nihilismus erkennen, der unterstellt, dass unterschiedliche Interventionsformen im Alter keine Wirkung mehr zeigen, von den Betroffenen nicht angenommen werden oder als sinnlose Einmischung in persönliche Lebensumstände zu betrachten sind. Aussagen wie z. B. «Bei einem 70-jährigen bringt eine Suchttherapie doch nichts mehr, lasst ihn doch weiter trinken, dann hat er noch ein paar schöne Jahre»¹⁰ sind in der Praxis häufig zu finden und verdeutlichen auch, dass Alter implizit immer schon als ein Kriterium gegen mögliche Therapieoptionen und Präventivprogramme benutzt wird. Doch ist diese Annahme gerechtfertigt?

Die Annahme befördert zunächst Stereotypen, die letztlich in Resignation münden. In einer Studie gibt Fingfeld-Connet an, dass 18% der befragten ÄrztInnen und Pflegepersonen zwar nicht resignierten, aber dennoch ein Unbehagen äussern, gerade wenn sie mit älteren PatientInnen über einen problematischen Substanzkonsum sprechen müssen.¹¹ Das Unbehagen spiegelt sich auch in der gesellschaftlichen Tabuisierung und in fehlenden Präventionsprogrammen wider. Ältere Menschen werden vor allem in Programmen der Frühprävention eher vernachlässigt.¹² Dies trifft vielleicht vor allem auf die Medikamentenabhängigkeit zu, die in Präventionsprogrammen im Vergleich zu Tabak und Alkohol weniger Berücksichtigung findet. Und dies obwohl über 60% der in der Schweiz verschriebenen Psychopharmaka an über 60-jährige PatientInnen gehen¹³ und Pittrow et al. auf besorgniserregende Qualitätsmängel bei der Verschreibungspraxis von Arzneimitteln mit Suchtpotential im Bereich der Geriatrie aufmerksam machen.¹⁴

Nihilismus und Resignation sind laut dem Forschungsbericht des ISGF bisher völlig unbegründet. Die wenigen verfügbaren Studien zu Früh- und ausstiegsorientierten Interventionen bei älteren Men-

schen legen nahe, dass diese in vielen Fällen besser auf Interventionen ansprechen als jüngere. Insbesondere wenn Interventionen spezifisch auf ältere Zielgruppen zugeschnitten werden, weisen sie ein hohes Erfolgspotential auf.¹⁵

Die Betrachtung von Besonderheiten bei Sucht im Alter kann so auf der einen Seite zu einer besseren Versorgung und altersspezifischen Programmen beitragen. Auf der anderen Seite kann eine Betonung von Unterschieden und spezifischen Merkmalen jedoch auch zu einer starken Isolierung von älteren Menschen mit problematischem Substanzkonsum führen und damit auch als weitere Perpetuierung von Ungleichheiten und Ungerechtigkeiten verstanden werden. Der Gerontologe Robert Butler prägte in den 60er Jahren des 20. Jahrhunderts dafür den Begriff «Ageism» und bezog sich dabei auf Vorurteile und implizit vorhandene Benachteiligungen gegenüber einer Person aufgrund ihres Alters und die damit einhergehende soziale wie auch gesundheitliche Situation.¹⁶ Eine Diskussion über Unterschiede bei älteren Suchtkranken sollte daher gerade eben nicht zu einer weiteren Ausgrenzung oder zur Resignation in der Sucht- und Altenhilfe führen.

Ethische Fragestellungen

Zusammenfassend lässt sich daher zeigen, dass sich im Alter folgende ethisch relevante Fragestellungen ergeben, die ich hier gerne weiter verfolgen möchte: 1.) Was bedeutet optimale Hilfeleistung und was können wir als Unter- oder Fehlversorgung in der Suchthilfe für ältere Menschen identifizieren? 2.) Sind problematische Konsummuster in Bezug auf Psychopharmaka im Alter hausgemachte Probleme bzw. inwiefern müssen wir die Verschreibungspraxis von Medikamenten mit einem Abhängigkeitspotential bei älteren Menschen und vor allem in Alten- und Pflegeeinrichtungen kritisch hinterfragen? 3.) Sind süchtige Menschen im Alter weniger entscheidungs- und handlungsfähig und benötigen wir daher andere Konzepte von Autonomie im Umgang mit älteren Suchtkranken? 4.) Was benötigen wir, um bedarfsgerechte Interventionen für ältere Menschen mit problematischem Substanzkonsum oder einer Sucht zu entwickeln?

Was verstehen wir unter optimaler oder bedarfsgerechter Hilfe?

Um eine bedarfsgerechte Hilfe anbieten zu können, ist es notwendig, den Hilfebedarf bei den Betroffenen zu klären. Eine Hilfsbedürftigkeit kann mit körperlichen oder seelischen Leiden entstehen oder aber auch mit dem Fehlen von bestimmten Grundgütern, die jedem zustehen sollten oder als lebenserhaltend gelten. Eine Hilfsbedürftigkeit kann sich auf praktischer Ebene äussern durch direkte oder aber auch indirekte Hilferufe der Betroffenen selbst, durch Erkennen und Deuten einer Hilfsbedürftigkeit durch Dritte oder durch eine akute Notlage. Die Grundlage jeder Hilfe ist von der Überzeugung gekennzeichnet, dass eine Veränderung in Form einer Verbesserung des Notzustandes prinzipiell möglich ist.¹⁷ Ein Zuwenig an Hilfe kann zu einer Verschärfung der Notlage und damit zu einer ethisch nicht zu rechtfertigenden Unterversorgung in der Praxis führen. Ein Zuviel an Hilfe und Fürsorge leistet dagegen oft Vorschub für paternalistische Konzepte, Bevormundungen und Zwangsmassnahmen, die unseren gesellschaftlichen Vorstellungen von Autonomie entgegenstehen. Wo genau aber verlaufen die Grenzen zwischen Autonomie und Bevormundung sowie Fürsorge und dem Schutz von Dritten?

Die Bestimmung der Hilfe im Einzelfall erfordert zunächst eine Formulierung von transparenten Zielen, eine Ausrichtung der Ziele auf Betroffene und die Zuordnung von Zuständigkeiten sowie die praktische Umsetzbarkeit der so bestimmten Hilfeleistungen. In einer ExpertInnenbefragung der Forel-Klinik wird festgestellt, dass das Indexproblem bei älteren Menschen mit problematischem Substanzkonsum nicht so sehr der Konsum selbst ist, sondern gerade in der Abklärung der institutionellen Zuständigkeiten besteht.¹⁸ Durch die Bandbreite an Problemen wie z. B. Pflegebedürftigkeit, Wohnsi-

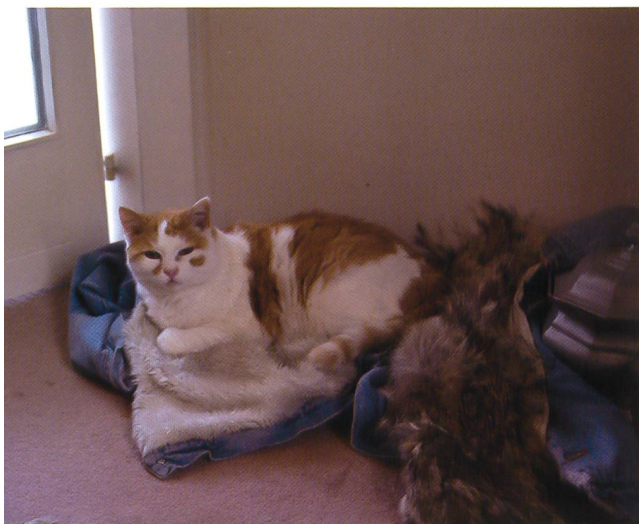


Gisela Weiss (51, Name geändert) hat seit mehreren Jahrzehnten ein Alkoholproblem: «Es fing an, als ich um die 20 war. Man ging auf Partys und hat getrunken. Aber ich hab damals schon geahnt, dass es zu viel ist.» Aus dem Partyvergnügen entwickelte sich rasch eine Sucht, Frau Weiss trank immer öfter daheim und steigerte ihren Konsum im Laufe der Jahrzehnte: «Im Extrem waren es zwei Liter Wein am Tag.» Lange Zeit merkten die Kollegen – Frau Weiss arbeitete als Krankenpflegerin – nichts: «Ich hab zuhause getrunken, meistens am Wochenende.» Die beiden Ehemänner tranken ebenfalls, «und der letzte war auch gewalttätig.» Kinder gingen aus den Ehen nicht hervor. Ihr jetziger Partner trinkt, so Frau Weiss, zum Glück nicht. Die Beziehung halte schon zwei Jahre und «obwohl er meine Abstürze mitbekommen hat, hielt er immer zu mir.» Die «Abstürze» wurden in den letzten zehn Jahren immer häufiger, Frau Weiss verlor 2000 ihre Stelle als Krankenpflegerin – «ich bin mit dem Pflegeleiter aneinandergeraten» – und begann auch unter der Woche immer mehr zu trinken. 2002 wurde bei Frau Weiss ein Nervenleiden (Polyneuropathie) festgestellt: «Wahrscheinlich kommt das auch vom Alkohol.» Das Leiden äussert sich in Empfindlichkeitsstörungen, Brennen und Kitzeln in Armen und Beinen. Eine Zeitlang konnte sie nicht mehr laufen. Auch heute noch ist sie unsicher auf den Beinen.

Den ersten Aufenthalt in einer Entzugsklinik hatte Gisela Weiss 2004. In den folgenden Jahren wechselten Zeiten der Abstinenz mit heftigen Abstürzen und Klinikaufenthalten. Der letzte grössere Absturz war im November 2009, Frau Weiss wurde von ihrem Hausarzt in eine Suchtklinik überwiesen. Dort jedoch blieb sie nur zwei Wochen: «Ich hatte so Heimweh, ich hab die Wohnung vermisst, die Katzen, meinen Freund, es war furchtbar, ich wollte nur nach Hause.»

Frau Weiss wurde auf eigenen Wunsch entlassen und wird seither nur noch von ihrem Hausarzt betreut, den sie zwei Mal die Woche aufsucht und der ihr die Medikamente für ihr Nervenleiden sowie Antabus verschreibt: «Das vertrag ich gut, seitdem war auch nichts mehr. Mit meinem Arzt kann ich ausserdem über meine Probleme reden.»

Angebote für Suchtkranke nimmt Frau Weiss nicht an, auf keinen Fall will sie wieder in eine Klinik. Vor einigen Jahren war sie kurze Zeit bei den Anonymen Alkoholikern: «Aber das war wie eine Sekte, einer redet und die anderen müssen zuhören. Das kam mir komisch vor.»



Das Leben von Frau Weiss spielt sich weitgehend innerhalb der eigenen Wohnung ab. Früher sei sie viel gereist doch durch das Nervenleiden gehe das nicht mehr. Manchmal geht sie noch draussen spazieren, aber da die Wohnung im dritten Stock liegt, es keinen Aufzug gibt und sie unsicher auf den Beinen ist, sei auch das schwierig. Die Stadt sieht sie zumeist nur noch vom Balkon aus.

Ihre Zeit verbringt Frau Weiss vor dem Fernseher, bei meinem Besuch laufen fast die ganze Zeit Talkshows. Gesellschaft leistet der Freund, der mit in der Wohnung lebt. Wenn er bei der Arbeit auf dem Bau ist, dann nehmen die Katzen seine Stelle ein. In zwei Monaten solle Schluss sein mit Antabus, Frau Weiss glaubt, dass sie es auch ohne das Medikament schafft: «Man muss sich eben beherrschen, auch wenn man Lust hat. Ich denke, dass mir mein Freund dabei hilft.»

Auf keinen Fall, das betont sie immer wieder, möchte sie wieder in eine Klinik: «Mir ist meine Selbstständigkeit wichtig, ich brauche meine eigene Wohnung. Ich will das Leben geniessen, so lange ich noch kann.»



tuation, somatische Erkrankungen, psychische Beeinträchtigungen entsteht eine Zuständigkeitslücke, die die praktische Umsetzung von Interventionszielen und die Erreichbarkeit für ältere Suchtkranke erschwert bzw. im schlechtesten Fall gänzlich verhindert. Dies wird auch in einer Veröffentlichung der Volkswirtschafts- und Sanitätsdirektion des Kantons Basel-Land deutlich, die in ihrer Broschüre «Mehr vom Leben: Sucht im Alter» auf Befragungen in Alten- und Pflegeheimen verweist und Aussagen wiedergibt wie z.B. «eine Institution wie die unsrige hat unseres Erachtens nicht die Aufgabe, Entwöhnungsprogramme zu veranlassen, die Menschen kommen meist schon mit diversen Abhängigkeiten in unsere Einrichtung». Hilfsangebote müssen für Betroffene erreichbar sein und von ihnen auch angenommen werden. Die Erreichbarkeit hängt zum einen von institutionellen Bedingungen oder dem sozialen Kontext und der Wohnsituation ab. Zum anderen nehmen ältere Menschen mit problematischem Konsumverhalten Angebote aus der Suchthilfe weniger häufig an, da sie oft unter Scham- und Schuldgefühlen leiden und im Vergleich zu jüngeren Menschen mit problematischem Konsumverhalten weniger mobil und sozial eingebunden sind.¹⁹ Eine Frage, die jedoch über die formalen und strukturellen Aspekte bedarfsgerechter Hilfe hinausgeht, ist, ob entsprechende Interventionen «gerecht» sind, d.h. im Sinne einer Verteilungsgerechtigkeit allen Menschen in ähnlichen Situationen in gleichem Masse zugänglich sind, unabhängig von Alter, Geschlecht oder anderen Merkmalen. Und ob mit einer Hilfsbedürftigkeit im Rahmen einer Suchtentwicklung ähnlich umgegangen wird, wie mit vergleichbaren Notlagen im Rahmen anderer gesundheitlicher und sozialer Probleme. Gerade in Zeiten der Rationierung im Gesundheitssystem drohen «unpopuläre» d.h. tabuisierte oder moralisch bewertete Erkrankungen oder Zustände (z.B. Sucht, HIV) durchs Raster der gesellschaftlichen Finanzierung zu fallen. Das bedeutet, dass es bei einer bedarfsgerechten Versorgung um gerechte Bedingungen geht, die als Konsens einer Einrichtung und eines Gesundheitssystems formuliert werden müssen und für alle Betroffenen in gleichem Masse Gültigkeit haben.

Probleme der Fehl- und Unterversorgung

Wenn Suchterkrankungen im Alter nicht erkannt werden, es zu wenige auf das Alter ausgerichtete Frühinterventionen und Therapieangebote gibt oder bestehende Angebote nicht offeriert und durchgeführt werden können, besteht die Gefahr einer Unterversorgung von älteren Suchtkranken. Unter einer Unterversorgung versteht man die teilweise oder gänzliche Verweigerung einer Versorgung trotz individuellen, professionell, wissenschaftlich und gesellschaftlich anerkannten Bedarfs, obwohl an sich Leistungen mit hinreichendem Netto-Nutzen und – bei medizinisch gleichwertigen Leistungsalternativen – in effizienter Form (d.h. wirtschaftlich) zur Verfügung stehen.²⁰

Aufgrund einer mangelnden Erreichbarkeit und Identifizierung von Betroffenen, die z.B. alleine zu Hause leben, den fehlenden Zuständigkeiten und den damit einhergehenden unklaren Verantwortlichkeiten sowie den begrenzten finanziellen Ressourcen im Gesundheitssystem können derzeit im Einzelfall Unterversorgungen entstehen. Dies hat zur Folge, dass ältere Suchtkranke nicht immer adäquat versorgt werden können.

Eine Fehlversorgung ist dagegen jede Versorgung, durch die ein vermeidbarer Schaden entsteht. Dazu zählen Leistungen, die an sich bedarfsgerecht sind, aber durch eine nicht fachgerechte Erbringung einen vermeidbaren Schaden bewirken. Dazu zählen darüber hinaus auch unterlassene oder nicht rechtzeitig durchgeführte Interventionen einer an sich bedarfsgerechten oder indizierten Leistung.²¹

Mit der Möglichkeit einer Fehlversorgung müssen wir uns daher vor allem im Zusammenhang mit der Verschreibungspraxis von Psychopharmaka und der Definition einer Bedarfsmedikation bei älteren Menschen befassen. Eine nicht sachgerechte Verschreibung von z.B. Schlaf- und Beruhigungsmitteln, erzeugt möglicherweise einen

problematischen Konsum, der betroffene Personen langfristig schädigt und zu weiteren gesundheitlichen Folgeerscheinungen führen kann. Bezogen auf rezeptpflichtige Medikamente spielt vermutlich ein fehlendes Problembewusstsein bei ÄrztInnen hinsichtlich der Gefahren von Langzeit- und Hochdosisverschreibungen eine Rolle. Ausserdem gibt es Hinweise auf den Einsatz von Medikamenten in Pflegeeinrichtungen, der wohl in erster Linie der Sicherung des betrieblichen Ablaufs dient.²² Begünstigende Faktoren sind zudem eine unpersönliche oder fehlende Arzt-Patienten-Beziehung sowie mangelndes Wissen über bestehende Interventionsmöglichkeiten in der näheren Umgebung. ÄrztInnen und Institutionen setzen sich bei einer Verschreibung ohne Indikation oder einer unreflektierten dauerhaften Rezeptausstellung dem Vorwurf der Mitverantwortung für eine Suchtentwicklung aus.

Man muss jedoch auch darauf hinweisen, dass nicht zuletzt mangelnde personale und finanzielle Ressourcen in sozialen Einrichtungen und Allgemeinspitälern sowie fehlende Weiterbildung der MitarbeiterInnen der entsprechenden Institutionen zu Fehl- und Unterversorgungen beitragen können. Darüber hinaus können Missverständnisse in der Arzt-Patienten-Kommunikation, Kommunikationsstörungen, sensorische Beeinträchtigungen oder aber auch eine Eigenmedikation dazu führen, dass Medikamente ohne Rücksprache mit den ÄrztInnen weiter oder höher dosiert eingenommen werden.

Alter und Sucht: Im Spannungsfeld von Autonomie und Fürsorge?

Autonomie und Fürsorge sind klassische Prinzipien der Medizinethik. Beide Prinzipien sind auch aus der Prinzipienethik von Beauchamp und Childress bekannt geworden.²³ 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, die in ein optimales Hilfsangebot mündet, ist oft nicht leicht zu finden. Es scheint, als ob wir uns in der Praxis immer zwischen Autonomie und Fürsorge entscheiden müssen und als ob Alter und damit verbundene Einschränkungen nahe legen, dass dem Prinzip der Fürsorge automatisch eine grössere Bedeutung zukommt. Doch ist diese Sichtweise ethisch gerechtfertigt?

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. In vielen Suchtdefinitionen wird Sucht als ein Zustand fehlender oder eingeschränkter Freiheit beschrieben.²⁴ Eine Voraussetzung für die negative Bewertung von Sucht ist die Assoziation von Drogenkonsum mit dem Verlust der Selbstkontrolle und der persönlichen Integrität. Sucht wird als Ich-Verlust, als eine langsame Selbsterstörung verstanden, die zudem auch Dritte und die Gesellschaft langfristig schädigt. Autonomie wird daher vor allem als Selbstbestimmung verstanden, die den Einzelnen dazu befähigt, über sich selbst und seine körperliche wie auch psychische Verfassung zu verfügen und sich selbst Ziele und Lebenspläne zu setzen. Sucht wird gerade aufgrund eines möglichen Autonomieverlustes als destruktiver und nicht akzeptabler Zustand eines Menschen gegen sich selbst verstanden. Die Definition der Sucht als Autonomieverlust besitzt aber nicht nur praktische Konsequenzen, sondern enthält auch ein normatives Urteil, das dem süchtig gewordenen Menschen seine Autonomiefähigkeit abspricht und ihn damit auf eine niedere menschliche Daseinsstufe zurückfallen lässt. Bei jedem Menschen mit einem problematischen Substanzkonsum stellt sich daher die Frage, inwieweit man diesem überhaupt Autonomiegrade und Entscheidungskompetenzen zugesteht und ob der Mensch im Rahmen der Wirkung einer Droge noch als urteilsfähig gelten kann. Bei älteren Menschen spitzt sich diese Problematik zu. Älteren Personen wird aufgrund von Alterserkrankungen oftmals schon eine eingeschränkte Autonomie- und Urteilsfähigkeit unterstellt. Sucht und Alter erscheinen hier als ein sich gegenseitig potenzierender Verlust von Autonomie- und Handlungskontrolle. Darüber hinaus

besteht gerade bei älteren Menschen mit einem problematischen Substanzkonsum die Gefahr, dass unreflektierte, paternalistische Konzepte zur Anwendung kommen, die sich in Form von Zwangsmassnahmen und Entmündigungen zeigen. Gerade die Verknüpfung von Würde und Autonomie erzeugt im Rahmen der Sucht von älteren Menschen eine besondere Brisanz. Altern in Würde wird häufig mit Konzepten einer selbstbestimmten und selbstständigen Lebensweise verbunden. Autonomie stellt in der Philosophie von Immanuel Kant die Überwindung von individueller Abhängigkeit und Fremdbestimmung dar, was bei Kant als Voraussetzung für die Würde der menschlichen Natur angesehen wird. Doch 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 Menschen nicht wirklich gerecht. Es steht nach Geisler ausser Frage, dass Anerkennung, Förderung und gegebenenfalls Wiederherstellung von Autonomie Grundelemente ärztlichen Handelns sind. In Frage zu stellen ist allerdings, ob heute Selbstbestimmung als uneingeschränkte Begründung in der Medizin zu gelten hat.²⁵ Der These, wonach die Autonomie über das eigene Leben den zentralen Inhalt der Menschenwürde ausmacht, stehen andere Werthaltungen gegenüber, nach denen Autonomie und Würde des Menschen gerade erst durch die Fürsorge für den anderen konstituiert werden. Alternative Sichtweisen und Konzepte zu diesem Problem finden sich daher in der feministischen Bioethik, in der narrativen Ethik und auch in der Autonomiekonzeption von George Agich wieder. Autonomie wird dabei als relationaler Begriff definiert, der sich kontextgebunden nicht allein als individuelle Entscheidung, sondern stets nur im Wechselspiel mit anderen Personen entwickelt. Das bedeutet, dass Autonomie nicht losgelöst, 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.²⁶ «Autonomie, wie sie in der praktischen Alltagswelt erscheint, beinhaltet immer auch Prozesse der Interpretation und des Aushandelns».²⁷ Das Prinzip der Fürsorge beinhaltet so gesehen die Achtung der Würde in jeder Lage und Situation und fordert zu einer Stärkung der Selbstbestimmung auf.²⁸ Darüber hinaus plädiert Graumann dafür, Autonomie auch als einen moralischen Anspruch zu verstehen, der jedem Menschen – ungeachtet seines Alters, seiner Verfassung und seiner Fähigkeiten – immer zumindest in einer rudimentären Form zusteht. 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.»²⁹ Dadurch ergibt sich dann eine alternative Konzeption von Autonomie, in der Alter oder psychische Erkrankungen keine Kriterien sind, die einen totalen Verlust von Autonomie und damit verbundenen eine paternalistische Handlungsweise rechtfertigen würden. Alter kann in diesem Sinne auch kein Kriterium für Resignation bezüglich anzubietender Präventions- und Therapieprogramme sein. Der menschliche Suchtzustand erfordert auf diese Weise eine Evaluation eigener Werthaltungen, ein Sich-klar-werden über eigene Ziele und Lebensperspektiven. Die Autonomie wird dabei im Sinne verstanden, sich selbst neue Perspektiven setzen und für bestimmte langfristige Ziele entscheiden zu können. Diese grundlegende Fähigkeit zur Selbstbestimmung muss im therapeutischen Kontext als Ressource genutzt und gestärkt werden. 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 einer Person und der Gesellschaft.

Grundbedingungen für Interventionen in der Praxis

Eine Beurteilung der Literatur ergibt, dass es derzeit keine einheitliche und adäquate Versorgung von älteren Menschen mit einer Suchtentwicklung gibt und dass ein entsprechender Forschungs-

bedarf besteht, um die Datenlage vor allem zu bestehenden Interventionsformen weiter zu verbessern. Schnoz et al. weisen auf diverse Möglichkeiten wie z. B. schriftliche Interventionsprogramme und Kurzinterventionen für gefährdete Personen hin.³⁰ Um einer Unter- und Fehlversorgung sowie einem stereotypen Bild von Sucht und Alter generell vorzubeugen, benötigen wir, wie bereits angesprochen, Qualitätsstandards und Leitlinien im Bereich des Suchthilfesystems. Ohne die Koordination und Bestimmung von Grundbedingungen sowie eine Verständigung darüber, welche Zielvorstellungen wir von Sucht im Alter haben, wird es nicht möglich sein, Sucht im Alter zu enttabuisieren und allgemeinverbindliche und transparente Leitlinien für alle vom Problem betroffenen Einrichtungen und MitarbeiterInnen zu entwickeln. Dazu gehört auch eine Sensibilisierung für die Thematik in der Gesellschaft und in den entsprechenden Einrichtungen, die man z.B. durch aufklärende Informationsbroschüren zur Prävention sowie durch die Aus- und Weiterbildung von Personen im Gesundheitssystem erzielen könnte. Um passende Interventionen überhaupt auswählen zu können, ist es jedoch zunächst einmal notwendig, gefährdete oder bereits unter einer Suchterkrankung leidende Personen zu erkennen. Zu diesem Zweck wurde eine Reihe von Screening-Instrumenten entwickelt.³¹ Daran anschliessend müssen für unterschiedliche Subgruppen (Alter, Gender etc.) einheitliche Zielvorstellungen erarbeitet werden, die von allen Beteiligten wie auch von den Betroffenen selbst anerkannt werden können. So ist ein problematischer Substanzkonsum in vielen Pflege- und Alteneinrichtungen immer noch ein Ausschlusskriterium; das Ziel der Abstinenz geht nicht selten mit einer moralischen und abwertenden Haltung des Pflegepersonals gegenüber suchtkranken BewohnerInnen einher. Es muss daher gefragt werden, ob alternative Ziele und eine entsprechende moralische Akzeptanz anderer Lebensperspektiven eine Möglichkeit wären, eine adäquatere Versorgung von oft pflegebedürftigen älteren Suchtkranken zu gewährleisten. Bedeutend scheint in Einrichtungen der ausstiegsorientierten Suchthilfe auch die Frage nach dem Umgang mit Rückfällen zu sein. Bei der Erarbeitung von Zielvorstellungen und möglichen Betreuungskonzepten oder Therapieinhalten ist vor allem auch das eben beschriebene alternative und kontextsensitive Verständnis von Autonomie bedeutsam, das eine Einbindung der Betroffenen in die Ausgestaltung von ausstiegsorientierten Massnahmen erforderlich macht, um interpretationsbedürftige Begriffe, wie z.B. «Lebensqualität», «übermässiger Konsum», «Fürsorge» und langfristige Zielstellungen auch im Alter für die oder den Einzelnen bestimmen zu können. So setzt zum Beispiel ein so genanntes Shared-Decision-Making-Modell PatientIn und ÄrztIn in die Lage, in einem schrittweisen Informations-, Diskurs- und Vertrauensbildungsprozess gemeinsame Therapieziele zu definieren und auch zu erreichen.³² Unter Shared Decision Making versteht man dabei eine partizipative Entscheidungsfindung, die sich in einem intersubjektiv geführten Gesprächssetting entwickelt und auf Elemente der Vertragstheorie zurückgreift. Shared-Decision-Making ist gekennzeichnet durch eine gleichberechtigte Beziehung der Beteiligten, die gegenseitige Informierung im Verlauf des Prozesses und die Zustimmung zur Entscheidung sowie die Bereitschaft zu einer aktiven Umsetzung eines Handlungsplans. Shared-Decision-Making ist grundsätzlich in unterschiedlichen Kontexten (z.B. durch den Hausarzt/ die Hausärztin, SozialarbeiterIn oder im Spital, Pflege- und Altenheim) möglich, setzt jedoch ein gutes und damit oft über einen längeren Zeitraum bestehendes ÄrztIn/HelferIn-PatientIn/KlientIn-Verhältnis sowie gute Kommunikationsfähigkeiten seitens der HelferInnen voraus. Shared-Decision-Making verbessert nach Twisselmann die Entscheidungsqualität, da aufgrund neuester, evidenzbasierter Informationen Entscheidungen getroffen und umgesetzt werden, die mit den Wünschen der PatientInnen auch tatsächlich übereinstimmen.³³ Darüber hinaus ist es notwendig, dass in einem Behandlungs- oder Pflorgeteam in Teambesprechungen ein Konsens über Umgangsregelungen erarbeitet wird (z.B. Konsumre-

gelungen, Umgang mit Fehlverhalten, soziale Integration, Kommunikationsverhalten des Teams / im Team etc.). Eine Leitlinie bzw. ein Konsens auf dieser Ebene muss nicht statisch gedacht werden, sondern ist vielmehr als ein dynamischer Prozess zu verstehen, der es ermöglichen soll, auf neue Entwicklungen und Erkenntnisse flexibel reagieren zu können und eigene Erfahrungen nachhaltig zu integrieren. Auch sollten die MitarbeiterInnen / BeraterInnen dazu bereit sein, eigene Werthaltungen und Moralvorstellungen sowie die der PatientInnen / KlientInnen kritisch zu reflektieren. Dies ist sicher auch als ein Desiderat für die Aus- und Weiterbildung zu betrachten. Darüber hinaus scheint eine bessere Vernetzung einzelner Einrichtungen und Hilfsangebote sowie die klare Benennung von Zuständigkeiten und Verantwortung dringend notwendig zu sein, um die Umsetzbarkeit von Interventionszielen und -massnahmen für ältere Suchtkranke langfristig gewährleisten zu können. Hier sind auch die politischen EntscheidungsträgerInnen gefragt.

Fazit

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich Suchtprobleme im Alter in manchen Aspekten verstärken in anderen dagegen abschwächen. 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. Häufig steht zudem eine abwertende Haltung gegenüber Suchtbiographien einer möglichen Intervention bzw. einem gesellschaftlichen Hilfsangebot entgegen. 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 und im Rahmen eines Diskurses Leitlinien für unterschiedliche Gruppen von süchtigen Menschen entwickeln zu können. ●

Literatur

- Agich, G. J. (1993): *Autonomy and Long Term Care*. Oxford: Oxford University Press.
- Bayertz, K. (1994): *Praktische Philosophie. Grundorientierungen angewandter Ethik*. Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verlag.
- Beauchamps, T. L. / Childress, J. F. (1994): *Principles of Biomedical Ethics*, 4. Ausgabe. New York: Oxford University Press.
- Blow F. / Lawton Barry K. (2002): Use and Misuse of Alcohol Among Older Women. *Alcohol Research & Health* 26(4): 308-315.
- Butler, R. N. (1969): Ageism: another form of bigotry. *Gerontologist* 4(9): 243-246.
- DHS (2001): *Situation und Perspektiven der Suchtkrankenbehandlung, Positionspapier*. www.dhs.de/makeit/cms/cms_upload/dhs/positionspapier.2001.pdf, Zugriff 21.04.2010.
- Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (2002): *Drogen im Blickpunkt, Briefing 4*. www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_44767.DE.Dif15DE.pdf, Zugriff 10.04.2010.
- Fingfeld-Connet D. L. (2004): Treatment of substance misuse in older women: using a brief intervention model. *J Gerontol Nurs* 30(8): 30-37.
- Geisler, L. S. (2004): Patientenaunomie – eine kritische Begriffsbestimmung. *Dtsch Med Wochenschr* 129: 453-456.
- Geisler, L. S. (2005): Der Krebskranke zwischen Autonomie und Fürsorge. Vortrag am 29. Oktober 2005 auf der 39. Medizinischen Woche in Baden-Baden.
- Graumann, S. (2004): Autonomie als moralisches Recht – eine Grundlage für die politische Gestaltung des Gesundheitswesens? S. 49-70 in: S. Graumann & K. Grüber (Hrsg), *Patient – Bürger – Kunde. Soziale und ethische Aspekte des Gesundheitswesens*. Münster: Lit-Verlag.
- Höpfinger, F. (2009): Der Wandel des Alters. *SuchtMagazin* 35(3): 4-8.
- Isfort, J. / Floer B. / Koneczny N. / Vollmar H.C. / Butzlaff M. (2002): «Shared Decision Making». *Arzt oder Patient – Wer entscheidet?* *Dtsch Med Wochenschr* 127: 2021-2024.

- Klie, T. (2005): Würdekonzept für Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf: Balancen zwischen Autonomie und Sorgeskultur. *Z Gerontol Geriat* 38: 268-272.
- Mayfield D. / McLeod G. / Hall P. (1974): The CAGE questionnaire: Validation of a new alcoholism screening instrument. *Am J Psychiat* 131: 238-246.
- Meyer, T. (ohne Jahr): *Alkoholismus im Alter. Recherche und Dokumentation zu evaluierten Interventionen*. Abstracts. www.sucht-praevention.ch/cm_data/Sucht-im-alter-Abstract.pdf, Zugriff 10.04.2010.
- Pittrow D. / Krappweis J. / Kirch W. (2002): Arzneimittelanwendung bei Alten- und Pflegeheimbewohnern im Vergleich zu Patienten in ambulanter Pflege bzw. ohne Pflegebedarf. *Dtsch Med Wochenschr* 127: 1995-2000.
- Rumpf H.J. / Weyerer S. (2006): Suchterkrankungen im Alter. S. 189-199 in: *Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.), Jahrbuch Sucht 2006 Geestacht: Neuland*.
- Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2000/2001): *Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit*, Band III. Über-, Unter- und Fehlversorgung. Gutachten. Bonn.
- Schnoz D. / Salis Gross C. / Grubenmann D. / Uchtenhagen A. (2006): *Alter und Sucht. Recherche und Dokumentation zu evaluierten Interventionen. Forschungsbericht des Instituts für Sucht- und Gesundheitsforschung, Zürich, Forschungsbericht Nr. 221*.
- Twisselmann, W. (2006): *Shared Decision Making. Gemeinsam Entscheiden – erfolgreich behandeln?* *PrimaryCare* 6(38): 693-696.
- Vogt, I. (2009): Süchtige Alte und ihre Versorgung. *SuchtMagazin* 35(3): 29-31.
- Wolf, J. (2003): *Auf dem Weg zu einer Ethik der Sucht. Am Beispiel der Heroin- und Alkoholsucht*. Dissertation, Tübingen. <http://tobias-lib.uni-tuebingen.de/volltexte/2003/728>, Zugriff 10.04.2010.
- Wolf, J. (2005): *Zur Anthropologie und Ethik der Sucht: Bilder der Sucht in den Neurowissenschaften*. S. 105-120 in: E. M. Engels/E. Hildt (Hrsg), *Neurowissenschaften und Menschenbild*. Mentis-Verlag.
- Wolf, J. (2009): *Sucht kennt (k)ein Alter? Ethische Fragen über Freiheit und Freiwilligkeit in der Suchtbehandlung von älteren Menschen*. *Intercura* Nr. 106: 4-16.
- Zürcher Fachstelle zur Prävention des Alkohol- und Medikamenten-Missbrauchs (Züfam) (2007): *Sucht im Alter. Eine Präventionsbroschüre für Pflege- Betreuung- und Beratungsfachleute mit Kontakt zu älteren Menschen*. www.zuefam.ch/pdf/Suchtprobleme_im_Alter.pdf, Zugriff 10.04.2010.

Endnoten

- 1 Vgl. Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht 2002.
- 2 Vgl. Vogt 2009.
- 3 Vgl. Schnoz/Salis Gross/Grubenmann/Uchtenhagen 2006.
- 4 Vgl. Bayertz 1994.
- 5 Vgl. Schnoz/Salis Gross/Grubenmann/Uchtenhagen 2006.
- 6 Vgl. Höpfinger 2009.
- 7 Vgl. Klie 2005.
- 8 Vgl. Wolf 2003.
- 9 Vgl. Rumpf/Weyerer 2006.
- 10 Zitat Workshopteilnehmer «Frühintervention bei Suchtkranken», Tübingen 2005.
- 11 Vgl. Fingfeld-Connet 2004.
- 12 Vgl. Züfam 2007.
- 13 Vgl. Schnoz/Salis-Gross/Grubenmann/Uchtenhagen 2006.
- 14 Vgl. Pittrow /Krappweis /Kirch 2002.
- 15 Vgl. Schnoz/Salis-Gross/Grubenmann/Uchtenhagen 2006.
- 16 Vgl. Butler 1969.
- 17 Vgl. DHS Positionspapier 2001.
- 18 Vgl. Meyer (o. J.).
- 19 Vgl. Blow 2002.
- 20 Vgl. Sachverständigenrat 2000/2001.
- 21 Vgl. ebd.
- 22 Vgl. Schnoz/Salis-Gross/Grubenmann/Uchtenhagen 2006.
- 23 Vgl. Beauchamp/Childress 1994.
- 24 Vgl. Wolf 2003, 2005.
- 25 Vgl. Geisler 2004.
- 26 Vgl. Geisler 2005.
- 27 Vgl. Agich 1993 Originalzitat: «Autonomy, as it concretely emerges in the practical world of everyday life as opposed to the ideal world of theory, necessarily involves processes of interpretation and negotiation».
- 28 Vgl. Geisler 2005.
- 29 Vgl. Graumann 2004.
- 30 Vgl. Schnoz/Salis Gross/Grubenmann/Uchtenhagen 2006.
- 31 Vgl. Mayfield /McLeod G /Hall 1974. Etten stellt in dieser Ausgabe des SuchtMagazin das Instrument AUDIT-C vor.
- 32 Vgl. Isfort et al. 2002.
- 33 Vgl. Twisselmann 2006.