

»Darf man Suchtkranken helfen, Partner zu finden, Kinder zu bekommen und Auto zu fahren? Zur Rolle von Risiken und Nebenwirkungen beim Umgang mit dem selbstverantworteten Leben anderer Menschen.«

Ralf Stoecker

Vortrag, gehalten beim 5. CRA-Kongress, Bethel, 19.4.2015

„Zu Risiken und Nebenwirkungen fragen Sie Ihren Arzt oder Apotheker“ – Das kennt jeder: Wer sich für eine medizinische Therapie entscheidet, muss damit rechnen, dass auch unerwünschte Nebeneffekte eintreten können, entweder nur möglicherweise oder sogar mit Sicherheit. In meinem Vortrag soll es ebenfalls um die Risiken und Nebenwirkungen einer Therapie gehen, eben des Community Reinforcement Approach, allerdings mit zwei Besonderheiten. Erstens möchte ich nicht über die Risiken und Nebenwirkungen für die Patientinnen und Patienten sprechen, sondern über die Risiken und Nebenwirkungen für Dritte. Und zweitens betrachte ich sie nicht aus der Perspektive eines Patienten, der sich für oder gegen eine Therapie entscheiden muss, sondern aus der des Therapeuten, der sich fragt, ob er ihm die Therapie überhaupt anbieten soll.

Wie Sie wissen, bin ich kein CRA-Therapeut, sondern Philosoph, insofern kann ich nur das theoretische Gerüst liefern, mit dem man sich aus therapeutischer Sicht der Frage nähern kann, welche Auswirkungen die Risiken und Nebenwirkungen für Dritte auf die Entscheidung haben sollten, die Therapie bei einem bestimmten Patienten ins Auge zu fassen. Trotzdem werde ich mich am Ende meines Vortrags nicht drücken und Antworten auf die drei Fragen geben, die ich in den Titel meines Vortrags gestellt habe: Darf man Suchtkranken helfen, Partner zu finden, Kinder zu bekommen und Auto zu fahren?

Stellen wir uns also vor, A, B und C sind Patienten mit einer Suchterkrankung. Gemäß der Grundidee des CRA, aus den persönlichen Wertsetzungen der Patienten individuelle Verstärker für die Abstinenz zu entwickeln, werden die Wünsche und Ziele der Patienten ermittelt. Es stellt sich heraus, dass

- Patient A eine große Sehnsucht nach einer engen Partnerschaft hat
- Patientin B unheimlich gerne ein Kind bekommen möchte, und
- Patient C endlich seinen Führerschein zurückerhalten will.

Also fragt es sich, ob man nicht das Behandlungsziel, die Abstinenz der Patienten, dadurch anstreben sollte, dass man die Patienten, eingebettet in die anderen Behandlungselemente des CRA, darin unterstützt und trainiert, sich Fähigkeiten anzueignen – bzw. sie wiederzuerlangen –, die ihre Chancen verbessern, sich erfolgreich um die Erfüllung dieser Wünsche zu bemühen. Anders ausgedrückt: Darf man versuchen, die Sucht dieser Patienten dadurch zu bekämpfen, dass man A zu einer neuen Freundin, B zu einem Baby und C zum Führerschein verhilft?

Suchttherapeutische Maßnahmen müssen, wie alle medizinischen Therapien, bestimmte notwendige Bedingungen erfüllen, um rechtlich, aber vor allem auch medizinethisch zulässig sind.

1. Die Maßnahmen müssen indiziert sein, d.h. zum einen muss der Patient wirklich krank sein, und zum anderen müssen die Maßnahmen versprechen, die Krankheit zu heilen oder zumindest zu lindern.

Dass CRA diese Bedingung erfüllt, setze ich für mein Referat einfach voraus. Süchtig zu sein ist eine behandlungsbedürftige Krankheit, und CRA ist ein erfolgversprechendes therapeutisches Konzept.

Die zweite Bedingung lautet:

2. Der Patient muss auf der Basis hinreichender Informationen in die Behandlungsmaßnahme eingewilligt haben. Er muss seinen *Informed consent* gegeben haben.

Das ist aus medizinethischer Sicht die Master-Bedingung therapeutischen Handelns. Jede therapeutische Maßnahme ist zunächst, für sich gesehen, übergriffig, ein Eindringen des Therapeuten oder der Therapeutin in die Intimsphäre des Patienten. Dort hat aber erst einmal prinzipiell niemand etwas zu suchen – es sei denn, der Patient hat ihn eingeladen und weiß, worauf er sich damit einlässt. An dieser Bedeutung des *Informed Consent* ändern auch alle kooperativen, partnerschaftlichen Modelle der therapeutischen Beziehung nichts. Therapie ist ein bisschen wie Sex, – kein klares Ja heißt Nein.

In den drei betrachteten Beispielfällen ist das aber ebenfalls kein Problem. So schreiben Lange, Reker und Driessen in einem Überblicksartikel über die CRA-Therapie: „Der Therapeut sollte den Patienten offensiv in die Planung der Behandlung einbeziehen und ihn aktiv bei der Lösung seiner Probleme unterstützen“.¹ Der Informed Consent ist also ohnehin ein Element der Therapie. Ich gehe deshalb einfach davon aus, dass auch die Patienten A, B und C verstanden haben, worauf die CRA-Behandlung hinausläuft, und vollkommen damit einverstanden sind. Auch die zweite Bedingung ist also erfüllt.

Häufig wird angenommen, dass mit diesen beiden Bedingungen schon alle ethischen Voraussetzungen für eine medizinische Therapie gegeben sind. Es gibt aber noch eine weitere Bedingung, und sie ist es, die für mein Thema die zentrale Rolle spielt. Wenn man die ersten beiden Bedingungen so zusammenfasst, dass sie sicherstellen, dass dem Patienten selbst kein Unrecht geschieht, dann lautet die dritte Bedingung:

3. Man darf mit der therapeutischen Maßnahme auch Dritten nichts Unrechtes tun.

Therapeutische Beziehung finden nicht außerhalb der Gesellschaft, in einem luftleeren sozialen Raum statt, also muss man, wie bei anderen Handlungen auch, aufpassen, dass man dadurch, was man tut, keinem Dritten Unrecht zufügt.

¹ Lange, W. / Reker, M. / Driessen, M. (2008): „Community Reinforcement Approach (CRA) – Überblick über ein integratives Konzept zur Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen“, in: *Sucht*, 54, S. 21

Einige von Ihnen werden in diesen drei Bedingungen vielleicht die vier Prinzipien medizinischen Handelns wiedererkennen, die die beiden amerikanischen Medizinethiker Tom Beauchamp und James Childress in ihrem mittlerweile in der siebten Auflage erschienenen Klassiker *Principles of Biomedical Ethics* entwickelt haben. Diese Prinzipien gebieten:

- 1) den Patienten nicht zu schaden (Malefiz-Prinzip),
- 2) ihnen zu helfen (Benefiz-Prinzip),
- 3) ihre Autonomie zu achten (Autonomie-Prinzip),
- 4) gerecht zu handeln (Gerechtigkeits-Prinzip)

Offenkundig entsprechen die ersten beiden Prinzipien der Bedingung 1, dass Behandlungen indiziert sein müssen, das Autonomieprinzip entspricht Bedingung 2, dass der *Informed consent* vorliegen muss, und das Gerechtigkeits-Prinzip fordert schließlich, auch die anderen möglicherweise betroffenen Menschen im Auge zu behalten, also der dritten Bedingung.

Wie gesagt, diese dritte Bedingung ist es nun, die den Hintergrund für meine drei Ausgangsfragen bildet, ob die CRA-Therapeuten versuchen dürfen, die Sucht ihrer Patienten dadurch zu bekämpfen, dass sie A zu einer neuen Freundin, B zu ihrem Baby und C zu seinem Führerschein verhelfen. Denn alle drei Behandlungsmaßnahmen haben potentiell Folgen für andere Menschen. Wenn Patient A tatsächlich eine Partnerin findet, dann geht es dieser Partnerin hoffentlich gut, es könnte ihr aber auch schlecht ergehen, z.B. weil A die Abstinenz doch nicht durchhält. Wenn Patientin B ein Kind bekommt, dann geht es diesem hoffentlich gut, es könnte ihm aber auch schlecht ergehen, wenn die Mutter rückfällig wird. Wenn Patient C seinen Führerschein zurück hat, dann passiert hoffentlich gar nichts, vielleicht setzt er sich aber wieder betrunken ans Steuer und baut einen Unfall mit Personenschaden. Die Frage ist nun, ob man, wenn diese negativen Folgen eintreten, den geschädigten Menschen (der Partnerin, dem Kind, den Unfallopfern) mit der CRA-Behandlung Unrecht getan hat, so dass man die Behandlung deshalb nicht hätte durchführen dürfen.

Es gibt zwei Voraussetzung, die erfüllt sein müssen, damit man jemandem dadurch, dass man negative Folgen bei ihm hervorruft, Unrecht tut: erstens muss man für diese negativen Folgen verantwortlich sein, und zweitens darf man nicht darin gerechtfertigt sein, diese negativen Folgen hervorzurufen. Hier kommt also ein zentraler moralphilosophischer Begriff ins Spiel, der Begriff der Verantwortung. Verantwortung ist die Grundlage dafür, richtig oder falsch zu handeln. Und richtig handelt man nur dann, wenn man das, wofür man verantwortlich ist, auch verantworten, d.h. rechtfertigen kann.

Was wir also wissen müssen ist, erstens ob die Therapeuten für den Schaden verantwortlich wären, den ihre Behandlung bei Dritten hervorruft, und wenn ja, ob es sich zweitens rechtfertigen ließe, dass sie diese geschädigt haben. Ansonsten hätte sie diesen mit der Behandlung Unrecht getan und die 3. Bedingung für medizinische Therapien wäre nicht erfüllt, die entsprechende CRA-Behandlung nicht zulässig.

Es gibt in der Moralphilosophie eine Theorie, die auf beide Fragen ganz klare, einfache Antworten gibt. Das ist der Utilitarismus, wie ihn beispielsweise der berühmte australische Bioethiker Peter Singer vertritt. Aus utilitaristischer Sicht ist jeder Mensch für alle Folgen seines Tuns verantwortlich. Und er ist genau dann darin gerechtfertigt, diese Folgen hervorzubringen, wenn es die insgesamt besten sind, die er in dieser Situation erzielen kann, diejenigen, die unter

dem Strich am meisten Menschen glücklich machen. Kurz: Jeder Mensch ist verpflichtet, so viel Glück hervorzurufen, wie er nur kann.

Auf unsere drei Beispiele übertragen, müssten die Therapeuten also abschätzen, ob es für die Welt insgesamt am besten wäre, wenn sie mit der Therapie beginnen, oder ob es global gesehen besser wäre, keine Risiken für Dritte einzugehen. Was verspricht unter dem Strich mehr Freude und was mehr Leid für alle Beteiligten? Das wäre das Gebot des Utilitarismus.

Der Utilitarismus ist allerdings keine besonders attraktive Ethik. Erstens ist es sehr viel verlangt, bei jeder Handlungsentscheidung ausrechnen zu müssen, mit welcher Alternative man am Ende insgesamt am meisten Glück auf der Welt produziert. Was wissen wir schon über die verschlungenen Wege des Schicksals?! Jedenfalls würde es uns immens viel mehr Zeit und Energie kosten, das alles abzuwägen, als uns im Alltag zur Verfügung steht.

Vor allem wäre es aber auch zweitens eine massive moralische Überforderung, von uns zu erwarten, uns immer als globale Wohltäter zu verhalten. Obwohl wir es natürlich grundsätzlich lobenswert finden, sich um andere Menschen und das große Ganze zu sorgen, gehen wir normalerweise doch davon aus, dass unsere moralischen Verpflichtungen viel bescheidener und viel individueller sind. Wir fühlen uns eben längst nicht für alle negativen Konsequenzen unserer Handlungen verantwortlich. Wenn ich beispielsweise abends beim Bäcker die letzten Brötchen kaufe, dann hat der nächste Kunde keine mehr. Insofern hat meine Handlung negative Konsequenzen für ihn, aber bin ich dafür verantwortlich? Nein.

Warum das so ist, wird deutlich, wenn man die Etymologie des Wortes „Verantwortung“ ernst nimmt. Es stammt ursprünglich aus dem Gerichtswesen. Verantwortlich war jeder, der auf die Vorhaltungen des Richters Antwort geben musste. Dass der nächste Kunde in der Bäckerei keine Brötchen mehr bekommt, muss ich mir aber nicht vorhalten lassen. Es ist eben nicht meine Sache, ob er noch Brötchen bekommt oder nicht, nicht einmal dann, wenn er in der Schlange direkt hinter mir steht und ich genau weiß, dass er durch mein Verhalten leer ausgeht. Ich muss mir darüber, wie man hier in Westfalen sagt, keinen Kopf machen, es geht mich nichts an. Der Kardinalfehler der Utilitaristen liegt gerade darin, dass sie so tun, als wäre ich für alles Leid und alle Freude auf der Welt gleichermaßen verantwortlich, doch das bin ich nicht.

Wenn man aber akzeptiert, dass wir nicht für alle negativen Folgen unseres Tuns verantwortlich sind, dann stellt sich unmittelbar die Frage, was hinzukommen muss. Was macht es aus, dass ich zwar nicht für alle, aber für bestimmte Folgen verantwortlich bin? Kehren wir noch einmal zum Bäcker zurück. Angenommen dieses Mal steht nicht irgendjemand hinter mir in der Schlange sondern ein guter Nachbar. Wenn ich dem nun die Brötchen wegschnappe, dann scheint es nicht mehr so selbstverständlich zu sein, sich achselzuckend darauf zurückzuziehen, dass es mich nichts angeht, wenn er meinetwegen unverrichteter Dinge nach Hause zurückkehren muss. Schließlich hat er mir erst letzte Woche beim Holzhacken geholfen und ist überhaupt ein netter Kerl. – Vielleicht sollte ich ihm anbieten zu teilen. Andererseits habe ich die ganze Verwandtschaft zu Besuch, da reicht die Hälfte der Brötchen nicht. – So kaufe ich dann am Ende zwar trotzdem alle Brötchen, aber ich bin mir bewusst, dafür verantwortlich zu sein, dass er leer ausgeht, ich nehme es nur am Ende in Kauf.

Das Beispiel illustriert sehr schön, wie der Verantwortungsbegriff funktioniert. Wir gehen, wie gesagt, nicht davon aus, für alle negativen Folgen unseres Tuns verantwortlich zu sein – die Brötchen des Fremden können mir egal sein. Ich muss mir nicht den Kopf darüber zerbrechen. Bei den Brötchen des Nachbarn habe ich mir hingegen den Kopf zerbrochen. Hier habe ich (sozusagen vor dem inneren Gerichtshof meines Gewissens) die Antworten gegeben, warum ich mich am Ende entschlossen habe, trotz unserer guten Nachbarschaft in Kauf zu nehmen, dass er leer ausgeht.

Die Redeweise, etwas in Kauf zu nehmen, passt sehr gut zu dieser Unterscheidung zwischen Folgen, für die ich verantwortlich bin, und solchen, für die ich es nicht bin. Sie stammt ursprünglich aus dem kaufmännischen Bereich und bezog sich dort auf die Sitte (oder Unsitte), vom Käufer einer begehrten Ware zu verlangen, auch ein paar Ladenhüter mit zu kaufen. Aus Sicht des Käufers war das dann sinnvoll, wenn es trotzdem unter dem Strich ein lohnenswertes Geschäft war. Entsprechend gilt, dass wir negative Handlungsfolgen dann in Kauf nehmen, wenn sie zwar in die Handlungsentscheidung einfließen müssen, wir also für sie verantwortlich sind, sie aber am Ende von den positiven Folgen überwogen werden. Das ist, wie gesagt, der Unterschied zwischen dem fremden Kunden beim Bäcker und meinem Nachbarn. Dass ich dem guten Nachbarn die Brötchen weg kaufe, darf mir nicht gleichgültig sein, ich muss es einkalkulieren, kann dann aber darin gerechtfertigt sein.

Das Beispiel zeigt auch, worin der Grund für den Unterschied liegt: in der speziellen Beziehung, die uns verbindet. Eine gute Nachbarschaft führt zu einer wechselseitigen Verpflichtung, sich umeinander zu kümmern, sich nicht ganz gleichgültig zu sein. Deshalb muss ich ihn in meine Überlegung einbeziehen, seine Frustration verantworten.

Wenn wir also wissen wollen, ob die Therapeuten dafür verantwortlich wären, wenn eine CRA-Therapie negative Konsequenzen für Dritte hat, dann müssen wir untersuchen, ob die Therapeuten in einer Beziehung zu diesen Dritten stehen, die sie verpflichtet, diese Konsequenzen ebenfalls in die therapeutische Entscheidung einzukalkulieren. Alleine die Tatsache, dass sie die Folgen verursacht haben, reicht, wie gezeigt, nicht aus. Wie könnte eine solche Beziehung dann aussehen?

Eine erste Auskunft findet sich schon im Lukas-Evangelium, in der Geschichte vom Barmherzigen Samariter: Die Pharisäer fragen Jesus, wer denn der Nächste sei, von dem es heiße, dass man ihn lieben solle wie sich selbst, worauf hin Jesus von dem Reisenden erzählt, der nach einem Raubüberfall halbtot im Straßengraben liegt, bis ein anderer Reisender, ein Mann aus Samara, zufällig vorüber kommt und ihn rettet. Wofür Jesus hier plädiert ist nicht die utilitaristische Position, dass jeder noch so fremde Mensch unser Nächster ist, wir also für alle Menschen auf der Welt verantwortlich sind. Was er vielmehr sagt ist, dass jeder Mensch unser Nächster werden könne, nämlich dann, wenn wir mit seiner Not konfrontiert werden. Alleine die Tatsache, dass sich jemand in existenzieller Gefahr befindet, stiftet eine Verantwortungsbeziehung. Wenn man also damit rechnen muss, dass die potentielle Partnerin, das gewünschte Kind, die anderen Verkehrsteilnehmer aufgrund der Behandlung in eine solche existenzielle Not geraten könnten, dann spricht das für eine Verantwortung der Therapeuten. Angesichts einer solchen Notlage können Sie sich nicht einfach darauf zurückziehen, dass sie diese möglichen Folgen nicht angingen. Wer etwas tut, was andere Menschen massiv bedroht,

muss offensichtlich mit der Frage rechnen, was er sich dabei eigentlich gedacht hat, aus welchen Gründen er dieses Risiko in Kauf genommen hat.

Der erste Aspekt unseres Verantwortungsbegriffs spricht also deutlich für eine Verantwortung der Therapeuten und damit für die Notwendigkeit, die möglichen Schäden zu rechtfertigen. Das macht es in der Praxis nötig, sich ernsthaft – und wenn möglich auf der Basis zuverlässiger Daten – sowohl mit dem Ausmaß des drohenden Schadens auseinanderzusetzen als auch die Wahrscheinlichkeit einzuschätzen, dass er eintritt. Zur sorgfältigen Begründung einer Behandlungsentscheidung gehört außerdem natürlich die Erwägung möglicher Alternativen. Gäbe es für die drei Patienten nicht auch andere Wege zur Abstinenz, die vielleicht nicht ganz so vielversprechend, aber eben auch nicht so riskant wären? Lassen sich andere Herzenswünsche feststellen, auf die man sich stützen könnte? Oder müsste man vielleicht bei dem einen oder anderen Patienten einen ganz anderen therapeutischen Weg gehen, ohne CRA?

Was bei dieser Erwägung herauskommt, hängt dann vom Einzelfall ab. Es ist aber wichtig für die Frage nach der Verantwortbarkeit des CRA, dass diese ganz grundsätzliche Verantwortung der Therapeuten wegen der existentiellen Gefahr, der die Dritten ausgesetzt werden, durch eine Reihe weiterer spezieller Aspekte unseres Verantwortungsverständnisses modifiziert wird.

Erstens gibt es einen interessanten Unterschied zwischen der CRA-Therapie und, soweit ich sehe, allen anderen medizinischen Therapien. Das Ziel von CRA ist ja nicht einfach, den Patienten zu helfen, lang gehegte Wünsche zu verwirklichen; diese Hilfe ist vielmehr ihrerseits ein Mittel, das Behandlungsziel einer verlässlichen Abstinenz zu erreichen. Das aber heißt, die Partnersuche, die Zeugung des Kindes bzw. das Wiedererlangen des Führerscheins werden für einen therapeutischen Zweck instrumentalisiert. Es wird also nicht bloß in Kauf genommen, dass beispielsweise die Behandlung von Patient A letztlich seine Partnerin unglücklich machen kann, die Partnerin wird vielmehr ganz gezielt für therapeutische Zwecke ins Spiel gebracht, wohl wissend, dass sie damit auch einem Risiko ausgesetzt wird.

In der Ethik gibt es schon seit dem Mittelalter einen Bewertungsmaßstab, der bis heute eine Rolle spielt, das so genannte Prinzip der Doppelwirkung. Es besagt, dass es für die Beurteilung einer Handlung einen Unterschied macht, ob dabei eine negative Folge nur als Nebenwirkung in Kauf genommen oder ob sie als Mittel zu einem Zweck eingesetzt wird. Letzteres kann verboten sein, auch wenn Ersteres unter Umständen erlaubt ist. So ist es beispielsweise im traditionellen Kriegsrecht verboten, absichtlich Zivilisten zu töten, um dadurch einen militärischen Vorteil zu erzielen, beispielsweise um die Moral des Feindes zu untergraben, während es zugleich erlaubt sein kann, bei Angriffen auf das feindliche Militär den Tod von ebenso vielen Zivilisten wissentlich in Kauf zu nehmen. Das Prinzip der Doppelwirkung ist moralphilosophisch nicht unumstritten, aber ich glaube schon, dass es eine verbreitete ethische Intuition widerspiegelt. Jedenfalls liegt es nahe, dass eine Therapie, die die potentielle Partnerin von A, das zukünftige Kind von B oder die möglichen Unfallopfer von C dafür benutzt, um die Sucht der Patienten zu bekämpfen, besonders gut begründet und gerechtfertigt werden muss.

Die Feststellung, dass im Rahmen der CRA-Therapie unbeteiligte Dritte zugunsten des therapeutischen Erfolgs instrumentalisiert werden, impliziert aber nicht nur eine Verantwortung für mögliche negative Behandlungsfolgen, sondern hat auch Konsequenzen für die zweite Frage, ob es zulässig ist, diese Schäden hervorzurufen. Gelegentlich wird gesagt, dass es grundsätzlich

nicht in Ordnung sei, Menschen zu instrumentalisieren – sie als Mittel und nicht als Zweck zu behandeln, wie manchmal in Anlehnung an Kant gesagt wird. Doch das ist übertrieben. Unser ganzes Sozialleben beruht darauf, dass wir wechselseitig Nutzen voneinander haben. Was aber stimmt ist, dass es eine besondere Verpflichtung mit sich bringt, andere Menschen zu nutzen. Insbesondere dürfen wir ihnen nicht höhere Lasten aufbürden als wir selbst zu tragen bereit sind. Für die CRA-Therapie bedeutet das, dass Risiken, die Dritten aufgeladen werden, viel stärker in die Entscheidung eingehen müssen als Vorteile für den Patienten, auch wenn der Patient den Therapeuten zunächst näher steht – schließlich wollen sie ihm ja helfen –, während man von den anderen Betroffenen nicht einmal weiß, ob es sie jemals geben wird.

Es gibt aber noch weitere Aspekte unseres Verantwortungsverständnisses, die in diese Überlegungen einzubeziehen sind. Bislang habe ich so geredet, als gebe es eine fixe Grenze, die unseren jeweiligen Verantwortungsbereich limitiert. Dabei ist es ein extrem wichtiges Element von Verantwortung, dass sie flexibel ist und zumindest teilweise auch aktiv gestaltet werden kann. Das lässt sich ebenfalls mit dem Samariter-Beispiel illustrieren, wenn man die biblische Geschichte nur ein bisschen weiter liest. Der Samariter rettet nämlich den Überfallenen nicht nur, er kümmert sich anschließend auch darum, dass es ihm während der Genesung an nichts fehlen wird. Anders als zu der unmittelbaren Rettung wäre er dazu eigentlich nicht verpflichtet gewesen, aber umso lobenswerter ist es, dass er trotzdem die Verantwortung für das weitere Wohlergehen des Verletzten übernimmt. Ebenso hätte auch ich mich im Bäcker-Laden darum kümmern können, dass der wildfremde Kunde in der Schlange nach mir doch noch zu seinem Abendessen kommt, beispielsweise indem ich ihm ein paar meiner Brötchen abgegeben hätte. Wie moralisch wir unser Leben gestalten, hängt nicht einfach nur davon ab, wie wir den Verantwortungen gerecht werden, die wir ohnehin schon haben, sondern auch inwiefern wir bereit sind, unsere Verantwortungsbereiche zu verändern, sie auszudehnen oder einzuschränken, wobei es häufig lobenswert ist, zusätzliche Verantwortung zu übernehmen. Auch im Fall der CRA-Therapie, könnte man deswegen vermuten, ist es erst einmal positiv, wenn die Therapeutin die möglichen Auswirkungen der Therapie auf Dritte in ihre Überlegungen einbezieht, unabhängig davon, ob sie ohnehin dafür verantwortlich ist oder nicht.

Doch die Sache ist komplizierter. Es ist nicht immer und unbeschränkt gut, weitere Verantwortung zu übernehmen. Das gilt beispielsweise dann, wenn dieser Verantwortungszuwachs zulasten anderer Bereiche geht, um die man sich kümmern muss. Für therapeutische Kontexte ist das eine sehr wichtige Feststellung. Zur therapeutischen Beziehung gehört eben auch die Erwartung, dass sich beide Seiten darauf einlassen, d.h. dass sich der Patient darauf verlassen kann, dass sich die Therapeutin ihm besonders verpflichtet fühlt. Wenn sie nun aber auch noch Verantwortung für die potentiellen Angehörigen übernimmt, oder für alle Menschen rundherum, dann verletzt dieser Schritt möglicherweise dieses Vertrauen des Patienten, dass sie speziell für ihn da ist, sich speziell um sein Wohl kümmert. Die Patienten A, B und C in unserem Beispiel könnten deshalb verlangen, dass man sich jetzt gerade keine Sorgen um irgendwelche Betroffenen macht, sondern sich ausschließlich um ihre Probleme abtinent zu bleiben kümmert.

Das gilt insbesondere dann, wenn man berücksichtigt, dass eine CRA-Therapie natürlich in einem institutionellen Kontext stattfindet. Es geht schließlich nicht darum, dass eine Privatperson versucht, einen Angehörigen auf diese Weise von der Sucht los zu bekommen, sondern um eine medizinische Behandlung in einem Krankenhaus oder ambulanten Setting, mit entsprechenden

wechselseitigen Verpflichtungen, insbesondere einem Behandlungsvertrag, dem es möglicherweise widerspricht, wenn sich die Therapeuten für andere beteiligte Personen verantwortlich fühlen als für die Patientin oder den Patienten selbst.

Die Erinnerung daran, dass medizinische Behandlungen in einer arbeitsteiligen Gesellschaft stattfinden, bringt aber noch einen anderen wichtigen Aspekt ins Spiel: das mit dieser Arbeitsteilung verbundene differenzierte System unterschiedlicher Zuständigkeiten. Es ist eben längst nicht nur eine Sache der persönlichen Verantwortungsübernahme, ob man für etwas verantwortlich ist oder nicht, sondern häufig einfach eine Konsequenz der jeweiligen *Jobdescription*. Dieser Umstand ist so wichtig, weil er den Einzelnen von vielen Verantwortungen entlastet, und damit die arbeitsteilige Gesellschaft überhaupt erst möglich macht. Wenn ich mein Kind morgens in die Kita bringe, dann kann ich mich darauf verlassen, dass sich für die nächsten paar Stunden die Erzieherin um das Kind kümmert, so dass ich mich ganz anderen Dingen widmen kann, ohne dadurch meine Verantwortung für das Kind zu verletzen.

Gerade auch im Krankenhaus ist dieser differenzierte Umgang mit Verantwortung extrem wichtig. Niemand kann sich um alles kümmern, man muss sich vielmehr aufeinander verlassen können. Diese Möglichkeit der verteilten Zuständigkeiten hat direkte Konsequenzen für meine Ausgangsfrage. Darauf komme ich gleich zurück. Sie hat aber auch, wenn man so will, Meta-Konsequenzen für den grundsätzlichen Status dieser Frage, dafür, wer sie wann überhaupt stellen sollte. Bislang habe ich immer so geredet, als handle es sich um ein Problem für die individuelle Therapeutin oder den individuellen Therapeuten, die sich fragen, inwieweit sie durch ihr Therapieangebot die Verantwortung für die möglicherweise eintretenden fatalen Folgen für Dritte haben und welche Konsequenzen sich daraus für die therapeutische Entscheidung ergeben. Tatsächlich ist es aber zumindest im Rahmen eines Krankenhauses extrem wichtig, die einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in dieser Hinsicht zu entlasten. Dass therapeutische Entscheidungen schwierige ethische Probleme aufwerfen können, darf nicht dazu führen, dass die Personen, die unmittelbar vor diesen Entscheidungen stehen, auch die ganze Last der Verantwortung schultern müssen, die Probleme richtig gelöst zu haben. Es gibt eine Reihe von wirksamen Mitteln, diese Bürde zu verringern. Dazu gehören Hierarchien, in denen man in kniffligen Fällen Verantwortung an Vorgesetzte übertragen kann, Teams, die die Abwägungen, die ja, wie gesagt, für die Verantwortung zentral sind, übernehmen können, und schließlich ethische Standards, *best praxis* Leitlinien und nicht zuletzt klinische Ethikkomitees, die alle dazu dienen können, verantwortliches Handeln in schwierigen Situationen leichter zu machen.

Doch zurück zu meinen Ausgangsfragen. Das mit unserer arbeitsteiligen Gesellschaft verbundene System der verteilten Zuständigkeiten hat meines Erachtens unmittelbaren Einfluss auf eine dieser Fragen, genauer gesagt darauf, wie man mit Patient C umgehen sollte. Er muss, um seinen Führerschein wiederzuerlangen, die medizinisch-psychologische Untersuchung bestehen, deren Zweck es ist, sicherzustellen, dass von den Autofahrern, die ihren Führerschein wieder erhalten, keine Gefahr mehr für den Straßenverkehr ausgeht. Das aber heißt, es gibt bereits eine Instanz, die dafür zuständig ist, die mögliche Verkehrsgefährdung durch C abzuwehren. Das System der verteilten Zuständigkeiten hat zur Folge, dass die Therapeutin diese Gefährdung nicht zu ihrer eigenen Sache machen muss. In dieser Hinsicht muss sie keine Verantwortung übernehmen, ihre Verantwortung liegt allein darin, sich um die Gesundheit ihres Patienten – insbesondere um seine Abstinenz – zu kümmern. Und wenn es dazu hilfreich ist, ihm beim Bestehen der MPU zu helfen, dann kann sie das ohne Zögern tun – zumindest solange es nicht darum geht, die MPU

irgendwie auszutricksen, also deren Zweck, die Verkehrsgefährdung auszuschließen, zu unterlaufen.

Für Partner und Kinder gibt es allerdings bekanntlich keine MPU. Wie steht es hier mit der Verantwortung der Therapeutin, wenn die zukünftige Partnerin von A oder das Kind von B unter den Folgen der CRA-Therapie leiden müssen? Die Überlegungen bis hierher sprechen tendenziell gegen die Therapie. Es scheint keinen Zweifel zu geben, dass der gezielte Einsatz anderer Menschen im Rahmen der CRA-Therapie die Therapeuten zunächst dafür verantwortlich macht, wenn die Therapie schädliche Konsequenzen für diese Menschen hat. Und gerade weil hier zunächst unbeteiligte Dritte instrumentalisiert werden, scheint die Gefahr, ihnen Schaden zuzufügen, viel gewichtiger zu sein als die Hoffnung auf eine beständigere Abstinenz. Also, hat es den Anschein, sollten die Therapeutin dieses Risiko nicht eingehen.

Es gibt aber zwei weitere Überlegungen, die in meinen Augen zu einer differenzierten Einschätzung der beiden Beispiele führen. Wie schon gesagt, ist es nicht immer und unter allen Umständen lobenswert, Verantwortung zu übernehmen, etwas zu seiner Sache zu machen, zum Beispiel dann nicht, wenn schon jemand anderes die Verantwortung hat. Es ist häufig anmaßend, etwas zu seiner Sache zu machen, wofür andere zuständig sind. Vor allem ist es dann anmaßend, wenn es um die sehr persönliche Zuständigkeit geht, die wir als Autonomie bezeichnen. Es ist gerade das Abstoßende am sogenannten Paternalismus, dass jemand sich anmaßt, die Verantwortung für das Wohl eines anderen Menschen zu übernehmen, während dies doch erst einmal dessen eigene Sache ist, die sonst niemanden etwas angeht. Für den eigenen Körper, die eigene Intimsphäre, aber auch für die eigenen Projekte und Lebenspläne, ist zunächst jeder Mensch selbst zuständig. Andere dürfen, wie gesagt, nur auf Einladung mitmischen.

Wenn das aber stimmt, dann ist es auch ein Stück weit anmaßend, sich als Therapeutin für verantwortlich für das Gelingen der Partnerschaft und den möglichen Kummer der zukünftigen Lebensgefährtin von Patient A zu erklären. Auch wenn es sein kann, dass die neue Freundin kreuzunglücklich wird, so hat es etwas Übergriffiges, wenn die Therapeutin die Verantwortung für das Unglück reklamiert. Vielleicht ist die Fähigkeit der Partnerin, sich um sich selbst zu kümmern, nicht so ausgeprägt wie die des Straßenverkehrsamts, mit der MPU den Verkehr zu beschützen, aber trotzdem ist es immer noch ihre und nicht Sache der Therapeutin dies zu entscheiden. Es ist ein wesentlicher Bestandteil unserer Freiheit, in bestimmten Belangen verantwortlich dafür zu sein, was mit uns geschieht, uns beispielsweise gegen miese Freunde zu wappnen, selbst wenn wir dieser Verantwortung nicht immer gerecht werden und die traurigen Konsequenzen ertragen müssen. Uns diese Verantwortung abzunehmen schränkt uns in unserer Freiheit und damit auch in unserer Würde ein. Letztlich glaube ich deshalb, dass die Therapeutin auch Patient A helfen sollte, seine Partnerwünsche zu erfüllen. Zumindest solange es keine begründete Befürchtung gibt, dass der Patient seine potentielle Freundin schwer misshandelt, ist sie selbst ihres Glückes Schmied, und die Therapeutin kann sich getrost darauf konzentrieren, A dabei zu helfen, abstinent zu werden.

Der Hinweis auf die Selbstverantwortung der beteiligten Personen führt zu einer weiteren Überlegung, der Frage nach der Rolle der Patienten. Bislang habe ich nur über die betroffenen Dritten und die Entscheidungsnot der Therapeuten gesprochen. Nach dem medizinethischen Grundsatz der Patientenautonomie sind aber die Patienten letztlich die Herren des therapeutischen Verfahrens. Das bedeutet, dass auch sie die Behandlung nicht bloß aus der

Perspektive ihrer eigenen Gesundheit betrachten dürfen, sondern darüber hinaus entscheiden müssen, ob sie möglicherweise anderen Menschen damit Unrecht tun. Wenn CRA-Patienten also mit der Behandlungsmöglichkeit konfrontiert werden, ihre Chancen auf Abstinenz dadurch zu verbessern, dass man sie in der Verwirklichung ihrer Herzenswünsche unterstützt, dann ist es erst einmal an ihnen, sich über die Risiken Gedanken zu machen, die damit für andere Menschen verbunden sind. Patient A muss sich also fragen, oder fragen lassen, wie sicher er seiner selbst ist, dass er die frisch gewonnene Partnerschaft nicht wieder ruiniert und die Freundin dadurch ins Unglück stürzt. Die Therapeutin ist im Rahmen ihrer Aufklärung dafür verantwortlich, ihn mit dieser Frage zu konfrontieren, aber für die Entscheidung, ob er diesen riskanten Weg geht, ist erst einmal er selbst verantwortlich und nicht seine Therapeutin. Auch aus dieser Perspektive scheint mir die Sorge, durch das therapeutische Angebot eventuell für das Unglück der zukünftigen Partnerin verantwortlich zu sein, nicht begründet. Was aus der neuen Partnerschaft wird, ist Sache der beiden Partner, nicht der Therapeutin.

Es bleiben Patientin B und ihr Kind. Ein Kind ist alles andere als seines eigenen Glückes Schmied, es ist nicht autonom und selbstverantwortlich, sondern ganz und gar darauf angewiesen, dass es in eine Umgebung hineingeboren wird, die sich liebevoll um es kümmert. Diese Bedürftigkeit von Kindern macht es jedenfalls unmöglich, einfach zu sagen, dass es nicht die Sache der Therapeutin sei, was mit dem Kind geschieht. Das Kind ist sozusagen der Prototyp des Nächsten aus der biblischen Samaritergeschichte. Wenn es Bs künftigen Kind eines Tages schlecht ergeht, dann ist die Therapeutin dafür verantwortlich.

Aber vielleicht kann sie dieses Risiko ja verantworten. Wäre es also in Ordnung, Patientin B trotzdem in ihrem Wunsch zu unterstützen und das Leid des Kindes gegebenenfalls in Kauf zu nehmen? Das scheint auf den ersten Blick die schwerste meiner drei Titelfragen zu sein. Einerseits gibt es das erwähnte Risiko für das Kind, andererseits gehört die Möglichkeit, ein Kind zu bekommen, zu den elementaren Rechten einer Frau. Wie könnte man da bereit sein, A und C in ihren Wünschen beizustehen und es B verweigern?

Ich glaube, was so schwierig aussieht, ist letztlich trotzdem ganz einfach zu beantworten. Man muss sich vor Augen führen, dass CRA kein Programm zur Lebenshilfe ist, auch keine reproduktionsmedizinische Maßnahme, sondern eine Suchttherapie. Es ist deshalb gar nicht die Frage, ob eine suchtkranke Frau ein Baby haben sollte oder nicht, es ist auch nicht die Frage, ob man eine suchtkranke Frau darin unterstützen darf, ein Baby zu bekommen. Die Frage ist vielmehr, ob man ihre Abstinenz dadurch unterstützen sollte, dass man ihr dabei hilft, ein Baby zu bekommen. Bloß als therapeutisches Mittel ist es aber niemals legitim, das Glück eines Kindes aufs Spiel zu setzen. Der Zweck steht in keinem Verhältnis zum Mittel. Deshalb sollte die CRA-Therapeutin Patientin B kein Angebot machen.

Lassen Sie mich am Ende noch einmal zusammenfassen, wohin mich meine Überlegungen geführt haben. Um zu entscheiden, ob es im Rahmen einer CRA-Therapie gerechtfertigt ist, Patienten darin zu unterstützen, sich bestimmte Herzenswünsche zu erfüllen, auch wenn diese möglicherweise eine Gefahr für Dritte mit sich bringen, muss man zunächst klären, inwieweit ein Therapeut überhaupt für negative Konsequenzen der Therapie für andere Menschen verantwortlich ist. Alleine die Tatsache, dass es sich um Folgen der Therapie handelt, macht ihn

noch nicht verantwortlich. Wir sind nicht für alles verantwortlich, was sich daraus ergibt, was wir tun. Verantwortung entsteht erst aus speziellen Beziehungen. Betrachtet man die Beziehungen der Therapeuten zu den möglicherweise betroffenen Dritten im Einzelnen, dann ergibt sich ein differenziertes Bild. Das System verteilter Zuständigkeiten, auf dem weite Teile unseres Soziallebens beruhen, hat zur Folge, dass es unproblematisch ist, Patient C darin zu unterstützen, seinen Führerschein wiederzuerlangen. Wenn man sich der Bedeutung der Selbstverantwortung für unsere Würde klar wird (sowohl auf Seiten der potentiellen Freundin von Patient A, als auch auf Seiten des Patienten selbst), dann ist auch an einer Unterstützung des Partnerwunsches von Patient A nichts auszusetzen. Der Herzenswunsch nach einem Kind taugt hingegen nicht als Mittel der Suchtbekämpfung. Weil das Kind hilflos dem Risiko ausgesetzt ist, im Unglück zu leben, darf es nicht als Mittel zu einem therapeutischen Zweck instrumentalisiert werden.

Das waren meine Antworten auf die Fragen, die ich im Titel meines Vortrags gestellt habe. Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit und bin gespannt, ob es mir gelungen ist, Sie zu überzeugen.

Verfasser:
Prof. Dr. Ralf Stoecker
Professur für Praktische Philosophie
Universität Bielefeld
33501 Bielefeld
++49 (0)521 106 4583
Ralf.Stoecker@uni-bielefeld.de