

Zeitschrift: SuchtMagazin

Herausgeber: Infodrog

Band: 39 (2013)

Heft: 1

Artikel: Heroingestützte Behandlung heute und die Substitutionsbehandlung der Zukunft

Autor: Krausz, Michael / Strasser, Johannes

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-800018>

Nutzungsbedingungen

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

Conditions d'utilisation

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

Terms of use

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

Download PDF: 11.01.2026

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

Heroingestützte Behandlung heute und die Substitutionsbehandlung der Zukunft

Die heroingestützte Behandlung HeGeBe ist seit den 1990er Jahren integrierter Bestandteil der substitutionsgestützten Behandlung SGB in der Schweiz. International ist sie die bestuntersuchte suchtmedizinische Intervention überhaupt. Trotzdem ist sie erst in sieben europäischen Ländern als Regelversorgung verfügbar. Die Erfahrungen mit diesem Behandlungsansatz und die Herausforderungen angesichts einer alternden PatientInnenpopulation und neuen Substitutionsmitteln und Applikationsformen waren Gegenstand der Diskussion auf der Nationalen Substitutions Konferenz NASUKO in Genf Ende 2012.

Michael Krausz

Prof. Dr., University of British Columbia (UBC), 5950 University Boulevard, Vancouver, BC Canada V6T 1Z3, michael.krausz@ubc.ca

Johannes Strasser

Dr. med., Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Wilhelm Klein-Strasse 27, CH-4012 Basel, Tel. +41 (0)61 325 51 29, johannes.strasser@upkbs.ch

Schlagwörter:

Substitution | Heroingestützte Behandlung | Opioidabhängigkeit | Suchtmedizin |

In Referenz zu den zwei Jahrzehnten heroingestützter Behandlung HeGeBe in der Schweiz waren die nationalen wie internationalen Erfahrungen mit diesem Behandlungsansatz ein zentrales Thema an der «Nationalen Substitutionskonferenz 2012» in Genf. Die Entwicklung seit dem «Platzspitz» Anfang der 1990er Jahre hat die Substitutionsbehandlung ebenso wie die internationale Suchtforschung verändert und die HeGeBe in bisher insgesamt sieben europäischen Staaten möglich gemacht. Diese zwei Jahrzehnte waren sicher die dynamischste Phase in der Behandlung der Opioidabhängigkeit. Was wurde dabei zur Verbesserung der Substitution international beigetragen und wie sieht die Bilanz im Einzelnen aus?

Anfänge im angelsächsischen Raum

Angefangen hat die HeGeBe Anfang des letzten Jahrhunderts dort, wo sie entgegen aller wissenschaftlichen Evidenz heute noch am heftigsten negiert und stigmatisiert wird: in den USA. Ausgehend vom internationalen Opiumabkommen von Den Haag (1912), das übrigens massgeblich durch US-amerikanische Interessen an einer Kontrolle opiumkonsumierender chinesischer Einwanderer zustande kam,¹ wurde Heroin in den 1920er Jahren im Rahmen einer international neu einsetzenden punitiven Drogenpolitik wieder verboten (Harison Narcotic Act).² Die Kliniken

wurden einfach geschlossen, die Betroffenen kriminalisiert und sich selbst überlassen. Der internationale Einfluss einer solch moralisierenden und diskriminierenden Sichtweise von Sucht und speziell Opioidabhängigkeit ist heute zwar weniger dominant, aber die «war on drugs»-Perspektive ist immer noch von zentraler Bedeutung für den Umgang z.B. mit der Substitution. International haben immer mehr Länder z.B. in Südamerika und Europa eine neue Richtung in der Drogenpolitik eingeschlagen und Substitution, Schadensminderung und zusätzliche Therapieanstrengungen verschiedener Art implementiert. Trotzdem zeigt die juristische Verfolgung deutscher substituierender Ärzte, u.a. in Bayern im Jahre 2011,³ dass eine vollständige Orientierung an den Behandlungsbedürfnissen der PatientInnen und vorhandener wissenschaftlicher Evidenz noch nicht selbstverständlich ist.

Die besondere Rolle von Grossbritannien sollte in diesem Kontext nicht unerwähnt bleiben. Durch das Rollestone Committee (Departmental Committee on Morphine and Diamorphine Addiction), welches 1926 die Verschreibung von Diamorphin als Behandlungsmöglichkeit einer Opioidabhängigkeit zuliesse, konnte Heroin im Vereinigten Königreich sehr pragmatisch verschrieben werden, inklusive «take-home»-Mitgaben für Heroin. Im Zentrum der HeGeBe stehen dort Ärzte mit speziellen Lizenzen aufgrund besonderen Trainings. Sie stellen entsprechende Rezepte aus und kontrollieren die Vergabe auch über spezielle Substitutionskliniken. Leider wurde diese Behandlungsform aber über lange Zeit kaum beforscht und sehr zurückhaltend eingesetzt. In Grossbritannien ist auch – inspiriert durch Studien in anderen Ländern und deren vielversprechenden Ergebnissen und dank der internationalen Kooperation auch mit Schweizer Forschungsgruppen – wieder zur HeGeBe und u.a. zur intravenösen Methadonapplikation geforscht worden.⁴

Positive Veränderungen der Rahmenbedingungen

Insgesamt sind die Veränderungen der politischen und wissenschaftlichen Rahmenbedingungen aber bemerkenswert und überwiegend positiv.

Die Prinzipien von Risikominimierung und «Harm Reduction» sind in den USA wie Kanada mittlerweile weitgehend akzeptiert. Therapieziele jenseits von Abstinenz werden in der Suchttherapie zunehmend klinische Realität. In Kanada – insbesondere in Vancouver – wird aufbauend auf die europäischen Erfahrungen zur HeGeBe geforscht und in Nordamerika wird Pionierarbeit im Bereich der «Safe Injection Rooms» geleistet. «SALOME» ist eine der wenigen aktuell laufenden klinischen Studien, in der HeGeBe und hydromorphonegestützte Behandlung intravenös und oral miteinander verglichen werden,⁵ die sich z.Z. in der Rekrutierungsphase befindet. «INSITE» in der Vancouver Downtown Eastside ist bisher der einzige offizielle Safe Injection Room in Nordamerika,⁶ der trotz starkem Druck der konservativen Regierung in Ottawa bisher weiterarbeiten darf und seine Erfolge eindrucksvoll nachweisen konnte.

Das hat zur Entwicklung des internationalen Dialogs zur HeGeBe und zur Substitution insgesamt signifikant beigetragen.

Die am besten untersuchte suchtmedizinische Intervention

Durch den politischen Druck Ende der 1980er und Anfang der 1990er Jahre auf die Substitution insgesamt und jede «Originalstoffvergabe» im Besonderen war eine Veränderung des Behandlungsangebotes nur im Rahmen wissenschaftlicher Studien denkbar. Entscheidungsträger in Politik und Versorgung wollten wissenschaftliche Evidenz als Grundlage des Umsteuerns.

Zu keiner Therapie oder keinem therapeutischen Setting wurde seitdem so intensiv und auf methodisch höchstem Evidenzniveau gearbeitet. Mehrere tausend PatientInnen waren in der Schweiz,⁷ den Niederlanden,⁸ Deutschland,⁹ Spanien¹⁰ und England Teil von randomisierten klinischen Studien.¹¹ Diese haben die Kernhypthesen zu diesem Behandlungsansatz geprüft:

Für den überwiegenden Teil der im Rahmen von Stichproben gewählten PatientInnen, die sich durch Substitutionsbehandlungen mit Methadon nicht ausreichend stabilisieren konnten, ist die HeGeBe ein wirksamerer Therapieansatz, der zur signifikanten Verbesserung des körperlichen und psychischen Gesundheitszustandes führt.

Die Therapie ist sicher und in den von den meisten PatientInnen gewählten spezialisierten Zentren für substitutionsgestützte Behandlung mit Diacetylmorphin gut durchzuführen. Sie ist der Methadonsubstitution in der gewählten Zielgruppe auch unter Aspekten der Kosteneffizienz überlegen. Andere Applikationsformen, wie die Inhalation oder Tabletten¹² sind effektiv und eine reale Alternative zur intravenösen Verabreichung.

Die Schweizer Entwicklung als «Game Changer»

Das besondere Verdienst der Schweizer Suchtmedizin und Forschung war es, mit der Schweizer Heroinstudie PROVE¹³ das Thema Substitution mit Heroin im Kontext der HIV-Epidemie und der offenen Drogenszenen in Europa neu auf die Tagesordnung gesetzt¹⁴ und demonstriert zu haben, dass sie ein wichtiger Teil einer Lösung sein kann. Dies war verbunden mit der grundlegenden und niedrigschwelligen Verfügbarkeit von Substitution und anderer suchttherapeutischer Angebote – wie des qualifizierten Entzugs oder stationärer Langzeittherapien, – die in vielen anderen Ländern nur sehr eingeschränkt vorhanden sind.

Die PROVE-Studie hatte von Anfang an aufgrund der Größenordnung und der politischen Unterstützung durch das Schweizerische Bundesamt für Gesundheit BAG und die verantwortlichen PolitikerInnen klinische Bedeutung über den begrenzten wis-

senschaftlichen Versuch auf Basis der rigidten RCT-Methodologie nach «Good Clinical Practice»¹⁵ hinaus. Auf der Grundlage der positiven Behandlungseffekte sowie der Auswirkungen auf die Gemeinden im Sinne einer deutlichen Reduktion der Kriminalität und einer Entlastung des öffentlichen Raums ergab sich ein fliessender Übergang in die Implementierung, verbunden mit einem intensiven nationalen wie internationalen Dialog. Diese einzigartige Verbindung von Forschung, Versorgung und Drogenpolitik hat zum grossen Einfluss der Schweizer Erfahrungen in Europa beigetragen und die wissenschaftlichen Initiativen sowie deren Umfeld in den Niederlanden¹⁶ und Deutschland¹⁷ besonders beeinflusst.

Seitdem hat sich auch das Behandlungsnetz in der Schweiz weiterentwickelt.

Aktuelle klinische Entwicklungen und Herausforderungen in der Schweiz

Das Behandlungsangebot der HeGeBe wurde in der Schweiz laufend ausgebaut, konzeptuell verändert, systematisiert und den vielfältigen medizinischen, psychiatrischen und sozialen Bedürfnissen angepasst. Knapp 20 Jahre nach Einführung ist die Behandlung gefestigt. Der Umgang mit Diacetylmorphin wurde professionalisiert und viele Abläufe sind zur Routine geworden. Die in den Anfängen der HeGeBe politisch notwendigen engen bundesrechtlich-zentralistischen Vorgaben wurden hingegen nur bedingt angepasst, was zu einer eigenartigen Sonderstellung der HeGeBe geführt hat. Denn die hoch reglementierte Errungenschaft, ein «verbotenes Betäubungsmittel» ärztlich kontrolliert zu verabreichen, hat weitgehend zu in sich abgekapselten Behandlungssystemen geführt, in welchen Heroin unwidersprochen idealisiert werden kann, ohne Notwendigkeit, neue Impulse zu setzen und sich weiterzuentwickeln.

Allerdings ist die Entwicklung der HeGeBe auch nicht stillgestanden. Die seit 2011 offiziell geschaffene Möglichkeit, das pharmazeutische Heroin in schluckerbarer Form als sogenannte Diaphintabletten verschreiben zu können, darf durchaus als revolutionär für die Entwicklung der HeGeBe in der Schweiz angesehen werden. Mit steigender Tendenz erhalten bereits heute mehr als ein Drittel aller PatientInnen in den HeGeBe ihr gesamtes Diaphin oder einen Teil davon in Tablettenform.

Das Bild von den Schwerstabhängigen mit der Spritze im Arm als typischen HeGeBe-PatientInnen muss dementsprechend gründlich revidiert werden. Durch die Möglichkeit, Heroin in Tablettenform anbieten zu können, erschliessen sich wichtige neue Behandlungsaspekte. Bspw. mussten bislang PatientInnen, die nicht mehr injizieren konnten oder wollten, oft auf ein ungewünschtes perorales Substitut – meistens Methadon – wechseln. Kommt hinzu, dass damit auch oft die Behandlung in einer HeGeBe beendet war und die Behandlungsinstitution gewechselt werden musste, ohne die wichtige und gewünschte Beziehungskontinuität aufrechterhalten zu können.

Inzwischen sind auch Take-Home-Vergaben von Diaphintabletten in der Schweiz möglich, was den Behandlungsspielraum noch weiter öffnet und angesichts der zukünftig zu erwartenden Problemstellungen ein wichtiges Bindeglied in der Versorgungskette multimorbid erkrankter PatientInnen darstellen wird. Denn die sich verändernden äusseren Umstände, allen voran das Phänomen der alternden PatientInnenpopulation, zeigen bereits heute zunehmend interdisziplinär herausfordernde Schwierigkeiten auf, für die aktive Lösungen gesucht und Versorgungs- und Behandlungskonzepte erstellt werden müssen. Die HeGeBe in ihrer abgekapselten Sonderstellung wird hier besonders gefordert sein. Sie wird neue Wege zu beschreiten haben und zwingend neue Kooperationen eingehen müssen. Dabei wird die Aufmerksamkeit vor allem auf die Einbettung Heroin-

substituierter in das gesamte medizinische und psychosoziale Versorgungsnetz zu richten sein.

Für die kommenden Jahre gilt es, den politisch begründeten Sonderstatus des pharmazeutischen Heroins zu durchbrechen und sich unvoreingenommen wesentlichen Fragen der HeGeBe zuzuwenden:

- Welche medizinisch und nicht politisch begründeten Indikationskriterien gelten für die HeGeBe?
- Welche PatientInnenprofile passen am besten zum speziellen Angebot der HeGeBe?
- Welche Behandlungen sollen zukünftig in den HeGeBe-Institutionen angeboten werden? Welche Behandlungen sollen allen Opioidabhängigen flächendeckend zur Verfügung stehen (z.B. Diacetylmorphin-Tabletten in der Apotheke)?

So gesehen sind im gesamten Substitutionsumfeld der Schweiz ganz neue Konzepte und Innovationen gefragt, die sich wieder mit den Kernfragen einer substitutionsgestützten Behandlung auseinandersetzen, etwa mit den Möglichkeiten einer echt diversifizierten substitutionsgestützten Behandlung und einer tatsächlich individuell auf die Bedürfnisse heroinabhängiger Menschen abgestimmten Therapie.

Klinische Realität in Europa heute

Die Schweiz hat mit ca. 1'400 Behandlungsplätzen, was 8% der Substituierten entspricht, sowohl absolut wie relativ das grösste und qualifizierteste Behandlungsangebot. In der Bundesrepublik Deutschland werden ungefähr 1'200 PatientInnen behandelt. Neue Standorte für spezialisierte Kliniken sind u.a. für Berlin bereits beschlossen. In den Niederlanden gibt es ca. 1'000, im Vereinigten Königreich um die 500 und als letztes Land ist Dänemark mit 240 KlientInnen in fünf Zentren dazugekommen. Die Kapazität der Heroinstudien wurde also etwas ausgebaut und neue Staaten kommen auch ohne eigene wissenschaftliche Versuche hinzu. Eine lange geplante Studie in Belgien stockt aus logistischen und politischen Gründen.

Die substitutionsgestützte Behandlung mit Diacetylmorphin erfolgt nach wie vor in spezialisierten Kliniken/Zentren und nach dem in den Studien erprobten Vorgehen.

Die Substitutionsbehandlung der Zukunft und die heroingestützte Behandlung

Die HeGeBe war in allen bisherigen Versuchen und ist in ihrer aktuellen klinischen Verwendung ein therapeutischer Ansatz der zweiten Wahl. Je nach Land und den politisch vorgegebenen Indikationskriterien können unter 18-Jährige, schwangere Frauen und PatientInnen mit besonderen körperlichen Risiken von der Behandlung ausgeschlossen sein. Die Schweiz hingegen erlaubt den Einschluss Schwangerer, wenn es keine medizinischen Kontraindikationen gibt. Sie ist somit eine Ergänzung des breiter werdenden Angebots an Substitutionsmitteln von Methadon, Buprenorphin, Polamidon, Codein und retardierten Morphin. Andere potente Opioide wie Hydromorphin (Dilaudid) werden zurzeit bzgl. ihres Einsatzes in der Substitution erforscht, kommen aber gegebenenfalls auch eher als Alternative zum Diacetylmorphin in Frage.

Die Differentialindikationen, wann welches Substitutionsmittel welche Vorteile hat, sind dabei bisher nur unzureichend untersucht, ebenso wie die Gründe für unterschiedliche Präferenzen der Opioidabhängigen für bestimmte Substitutionsmittel. Das bleibt intensiverer Forschung zu Wirkungsmechanismen vorbehalten.

Die zunehmende Verwendung von oralem Heroin (Diaphin-tabletten) in der Schweizer HeGeBe ist ein deutlicher Indikator,

dass alternative Applikationsformen in der Zukunft mehr Beachtung finden sollten. Zum einen, da die PatientInnen älter werden und damit auch der Gefässstatus Injektionen erschwert, zum anderen, da das auch die Rahmenbedingungen und Kostensituation der HeGeBe verbessern könnte. Auch in diesem Feld könnte die Schweizer Suchtmedizin wieder eine wichtige Vorreiterrolle spielen.

Zusammenfassend kann konstatiert werden, dass die HeGeBe die Substitutionsbehandlung insgesamt verändert hat. Sie ist heute die bestuntersuchte suchtmedizinische Intervention. Die Schweizer Suchtmedizin und Forschung hat zu dieser Entwicklung massgeblich beigetragen.●

Literatur

- 1 Ferri, M./Davoli, M./Perucci, C. (2011): Heroin maintenance for chronic heroin-dependent individuals. Cochrane Database of systematic reviews (online). doi: 10.1002/14651858.CD003410.pub4.
- 2 Grob, P. (2009): Zürcher «Needle-Park»: Ein Stück Drogengeschichte und -politik 1968-2008. Zürich: Chronos Verlag.
- 3 Haasen, C./Verthein, U./Eiroa-Orosa, F./Schäfer, I./Reimer, J. (2010): Is heroin-assisted treatment effective for patients with no previous maintenance treatment? Results from a German randomised controlled trial. European addiction research 16(3): 124-130.
- 4 ICH Expert Working Group (1996): ICH harmonised tripartite guideline: guideline for good clinical practice, E6(R1). International conference on harmonisation of technical requirements for registration of pharmaceuticals for human use. www.tinyurl.com/4duczor, Zugriff 17.1.2013.
- 5 March, J./Oviedo-Joekes, E./Perea-Milla, E./Carrasco, F./PEPSA team (2006): Controlled trial of prescribed heroin in the treatment of opioid addiction. Journal of substance abuse treatment 31(2): 203-211.
- 6 Musto, D. (1973): The American disease. New Haven: Yale University Press.
- 7 Renggli, R./Tanner, J. (1994): Das Drogenproblem: Geschichte, Erfahrungen, Therapiekonzepte. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.
- 8 Rook, E./Huitema, A./van den Brink, W./van Ree, J./Beijnen, J. (2006): Pharmacokinetics and pharmacokinetic variability of heroin and its metabolites: review of the literature. Current clinical pharmacology 1(1): 109-118.
- 9 Steffen, T./Uchtenhagen, A./Gutzwiller, F./Dobler-Mikola, A./Blättler, R. (1999): Heroin-assisted treatment of opiate dependent patients. Experiences from Swiss trials for medical prescription of narcotics (PROVE). Der Internist 40(6): 651-656.
- 10 Strang, J./Metrebian, N./Lintzeris, N. et al. (2010): Supervised injectable heroin or injectable methadone versus optimised oral methadone as treatment for chronic heroin addicts in England after persistent failure in orthodox treatment (RIOTT): a randomised trial. The Lancet Vol. 375 Issue 9729: 1885-1895.
- 11 Uchtenhagen, A./Dobler-Mikola, A./Steffen, R./Gutzwiller, F./Pfeifer, S. (2000): Betäubungsmittelverschreibung an Heroinabhängige: Auswertung der Ergebnisse. Basel: Karger.
- 12 Vos, J./van den Brink, W./Ufkes, J. (1995): Pharmacokinetics of methadon and its primary metabolite in twenty opiate addicts. European journal of clinical pharmacology 48(5): 361-366.
- 13 Wood, E./Kerr, T./Lloyd-Smith, E. et al. (2004): Methodology for evaluating Insite: Canada's first medically supervised safer injection facility for injection drug users. Harm Reduction Journal 1(9). doi: 10.1186/1477-7517-1-9.

Endnoten

- 1 Vgl. Renggli/Tanner 1994.
2 Vgl. Musto 1973.
3 Vgl. dazu die Medienmitteilung der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin vom 7. November 2011, www.tinyurl.com/abpueqv, Zugriff 19. Januar 2013.
4 Vgl. Strang et al. 2010.
5 Forschungsleitung M. Krausz & E. Oviedo Joekes.
6 Vgl. Wood et al. 2004.
7 Vgl. Uchtenhagen et al. 2000.
8 Vgl. Vos/van den Brink/Ufkes 1995.
9 Vgl. Haasen/Verthein/Eiroa-Orosa et al. 2010.
10 Vgl. March/Oviedo-Joekes/Perea-Milla et al. 2006.
11 Vgl. Ferri/Davoli/Perucci 2011.
12 Vgl. Rook/Huitema/van den Brink 2006.
13 Vgl. Steffen/Uchtenhagen/Gutzwiller et al. 1999.
14 Vgl. Grob 2009.
15 Vgl. ICH Expert Working Group 1996.
16 Vgl. Vos/van den Brink/Ufkes 1995.
17 Vgl. Haasen/Verthein/Eiroa-Orosa et al. 2010.

Ethische Überlegungen zur substitutionsgestützen Behandlung

Opioidabhängige sind aus ethischer Sicht PatientInnen und Personen. Als PatientInnen haben sie einen Anspruch auf angemessene medizinische Behandlung und soziale Unterstützung. Als Personen haben sie einerseits das Recht auf Respektierung ihrer PatientInnenautonomie. Andererseits haben sie die Pflicht, die Rechte Dritter zu achten und sich an geltende Regeln zu halten. Tun sie dies nicht, können Sanktionen gerechtfertigt sein. Der Umgang mit Opioidabhängigen sollte sich an diesen ethischen Kriterien orientieren - und nicht an politischen Opportunitäten oder ideologisch geprägten Vorstellungen.

Andreas Bachmann

Dr. phil., Geschäftsführer ethik im diskurs GmbH,
Restelbergstrasse 60, CH-8044 Zürich, bachmann@ethikdiskurs.ch

Schlagwörter:
Substitution | Ethik | Autonomie | Fürsorge |

Einleitung

In der Schweiz ist die substitutionsgestützte Behandlung SGB eine rechtlich und politisch anerkannte suchtmedizinische Behandlungsmethode.¹ Daraus lässt sich aber nicht ableiten, dass diese Methode auch ethisch positiv zu beurteilen ist. Aus ethischer Sicht ist es vielmehr eine offene Frage, ob sich die SGB überhaupt rechtfertigen lässt; und falls ja, auf welche Weise. Zudem ist es, solange eine solche Rechtfertigung nicht vorliegt, auch nicht möglich, konkrete Aspekte der gegenwärtigen Praxis, etwa die kantonal unterschiedlichen Zugangsregelungen oder die Sanktionierung von Opioidabhängigen, die sich nicht an die Regeln der Substitutionszentren halten, ethisch zu bewerten.²

Im Folgenden möchte ich mich auf die Rechtfertigungsfrage konzentrieren. Zum einen, um deutlich zu machen, wie voraussetzungsreich eine ethische Rechtfertigung der SGB ist. Ich werde einen Vorschlag skizzieren, wie eine solche aussehen könnte. Zum anderen, weil eine ethische Beurteilung der erwähnten praxisbezogenen Aspekte der SGB davon abhängt, auf welcher ethischen Grundlage diese Art der Therapie beruht.

Moral, Ethik, Recht

Zunächst muss geklärt werden, was unter «Ethik» zu verstehen ist. Anders als in der Alltagssprache wird in der philosophischen Fachsprache zwischen Moral und Ethik unterschieden. Moral bezieht sich auf die nicht theoretisch reflektierten Alltagsüberzeugungen hinsichtlich dessen, was zu tun geboten, verboten oder erlaubt ist. Ethik bezeichnet die Wissenschaft der Moral. Als normativer Disziplin geht es ihr darum, zu bestimmen, welche dieser vortheoretischen Überzeugungen begründet bzw. gerechtfertigt sind und welche nicht.

Was das Verhältnis zwischen Moral und Recht betrifft, ist

wichtig, sich vor Augen zu halten, dass moralische Normen Rechtsnormen normativ vor- bzw. übergeordnet sind. Das Lebensrecht und das ihm entsprechende Tötungsverbot bspw. sind moralische Normen, die von so grundsätzlicher Bedeutung sind, dass sie auch positivrechtlich kodifiziert und damit rechtlich einklagbar werden. Aber sie würden auch dann gelten, wenn sie nicht rechtlich festgeschrieben wären. Das gilt auch für das mit Blick auf die SGB wichtige Recht auf Gesundheit. Wenn es dieses Recht und eine entsprechende Hilfspflicht gibt, dann zunächst in einem moralischen Sinn und erst daraus abgeleitet auch in einem rechtlichen Sinn. Ist im Folgenden von diesem Recht die Rede, ist dies, falls nicht anders vermerkt, stets moralisch gemeint. Dabei ist ein moralisches Recht ein moralischer Anspruch auf etwas, z.B. auf eine bestimmte medizinische Hilfeleistung. Diesem Anspruch korrespondiert eine Pflicht, diese Hilfeleistung zu gewährleisten bzw. zu erbringen.

Konsequentialismus oder Deontologie?

Beim moralischen Recht auf Gesundheit handelt es sich um eine Spezifizierung eines allgemeineren Rechts auf Fürsorge. Die diesem Recht zugeordnete Pflicht ist die Pflicht zur Fürsorge. Diese Formulierung gibt einen Hinweis, wie man das Recht begründen kann. Fürsorge (bzw. Hilfe) ist geboten, wenn eine Person ein Recht auf Fürsorge hat. Dieses Recht hat sie u.a., wenn sie Hilfe benötigt und diese erbittet. Das mag auf den ersten Blick einleuchtend klingen. Dabei darf man aber nicht übersehen, dass die gewählte Begrifflichkeit auf eine bestimmte ethische Theorie verweist, die nicht unumstritten ist. Diese Theorie bezeichnet man als Deontologie.

Gemäß der Deontologie sind für die ethische Beurteilung von Handlungen nicht nur die Folgen massgebend. Vielmehr gibt es Handlungen eines bestimmten Typs, wie etwa das Töten Unschuldiger oder das Einhalten von Versprechen, die unabhängig von den Konsequenzen zu unterlassen bzw. auszuführen sind. Letzteres unterscheidet die Deontologie vom Konsequentialismus. Damit wird jene ethische Position bezeichnet, nach der man immer die Handlungsoption wählen muss, die

voraussichtlich die besten Folgen hat. In dieser Theorie kann es keine moralischen Rechte und Pflichten geben – und damit kein Recht auf Gesundheit – weil diese ja gerade dazu dienen, Folgeüberlegungen zu beschränken.⁴ Es gibt nur die für alle Handlungen geltende allgemeine Pflicht, das zu tun, was den zu erwartenden Nettonutzen für alle Betroffenen maximiert.

Begründungsprobleme

Welche der beiden Theorien plausibler ist, ist strittig. Das Problem des Konsequentialismus besteht darin, zu begründen, warum es eine Pflicht zur Nutzenmaximierung gibt. Eine überzeugende Begründung dieser Pflicht liegt bis heute nicht vor.

Das Problem der Deontologie besteht darin, zu begründen, warum es moralische Pflichten und Rechte gibt und welche das sind. Gemäss der kantianischen Version ergeben sich diese aus der Menschenwürde, die ihrerseits auf dem absoluten Wert der Autonomie beruht. Während diese Version ausnahmslos gültige Unterlassungspflichten postuliert, wie etwa ein absolutes Lügenverbot, geht der alternative Ansatz von W.D. Ross davon aus, dass es nur Prima facie-Pflichten gibt. Hierbei handelt es sich um Pflichten, die nicht absolut gelten, sondern unter Umständen durch andere Pflichten überwogen werden können. Auch diesen prominenten deontologischen Ansätzen gelingt es nicht, die von ihnen postulierten Pflichten plausibel zu begründen. Kants Argumente für den absoluten Wert der Autonomie sind ebenso unbefriedigend wie Ross' Behauptung, die Gültigkeit der Prima facie-Pflichten sei so evident wie ein mathematisches Axiom.⁵

Interessenbasierte Ethik

Eine Alternative zu diesen zwei Ansätzen bietet die Interessenbasierte Ethik. Sie sucht moralische Pflichten und Rechte durch Rekurs auf das Eigeninteresse vernünftiger Wesen zu begründen. Ihr zufolge gibt es bestimmte basale Interessen, die allen rationalen Individuen gemeinsam sind. Hierzu gehört etwa das Interesse, selbst bestimmen zu können, wie man sein Leben gestalten will; oder das Interesse, nicht in einer Gesellschaft zu leben, in der man stets damit rechnen muss, von anderen getötet zu werden. Es ist demnach für jeden von Vorteil, eine allgemeine Norm zu akzeptieren, der zufolge jeder selbst entscheiden darf, wie er leben will bzw. eine Norm, der zufolge andere nicht getötet werden dürfen. Dies allerdings nur, wenn alle anderen diese Norm auch akzeptieren und damit bereit sind, auf einen Teil der eigenen Freiheit zu verzichten. Auf diese Weise kann man das Recht auf Selbstbestimmung oder das Recht auf Leben und das ihm entsprechende Tötungsverbot allgemein nachvollziehbar begründen. Analog kann man eine generelle Hilfs- bzw. Fürsorgepflicht begründen. Da niemand ausschliessen kann, einmal schutz- und hilfsbedürftig zu sein, ist es im Interesse eines jeden, Hilfe zu bekommen, wenn er sie benötigt und wünscht.⁶ Zudem lässt sich auf diese Weise deutlich machen, warum im Falle eines Konflikts zwischen Selbstbestimmung (Autonomie) und Fürsorge die Autonomie das grösste Gewicht hat. Der Grund ist, dass niemand ein Interesse daran hat, Hilfe zu erhalten, die er autonom ablehnt.

Auch gegen die Interessenbasierte Ethik können Einwände vorgebracht werden, die Zweifel an ihrer Plausibilität als gerechtfertigt erscheinen lassen.⁷ Ein Einwand lautet, es sei nicht möglich, die Moral mit ihren kategorischen Geboten auf dem Eigeninteresse vernünftiger Wesen und damit auf Klugheitsüberlegungen aufzubauen. Ein anderer Einwand geht dahin, dass gemäss dieser Theorie moralische Normen nur befolgen sollte, wer damit rechnen muss, andernfalls mehr

Nachteile als Vorteile zu erleiden. Damit sei es möglich, dass besonders mächtige Menschen, die aufgrund ihrer Macht kaum Sanktionen zu befürchten hätten, die Moral ignorieren könnten und dafür nicht einmal kritisiert werden dürften. Ohne dies hier zeigen zu können, gehe ich davon aus, dass die Interessenbasierte Ethik diese Einwände entkräften kann. Ich möchte nun zeigen, wie aus Sicht einer solchen Ethik die SGB zu bewerten ist.

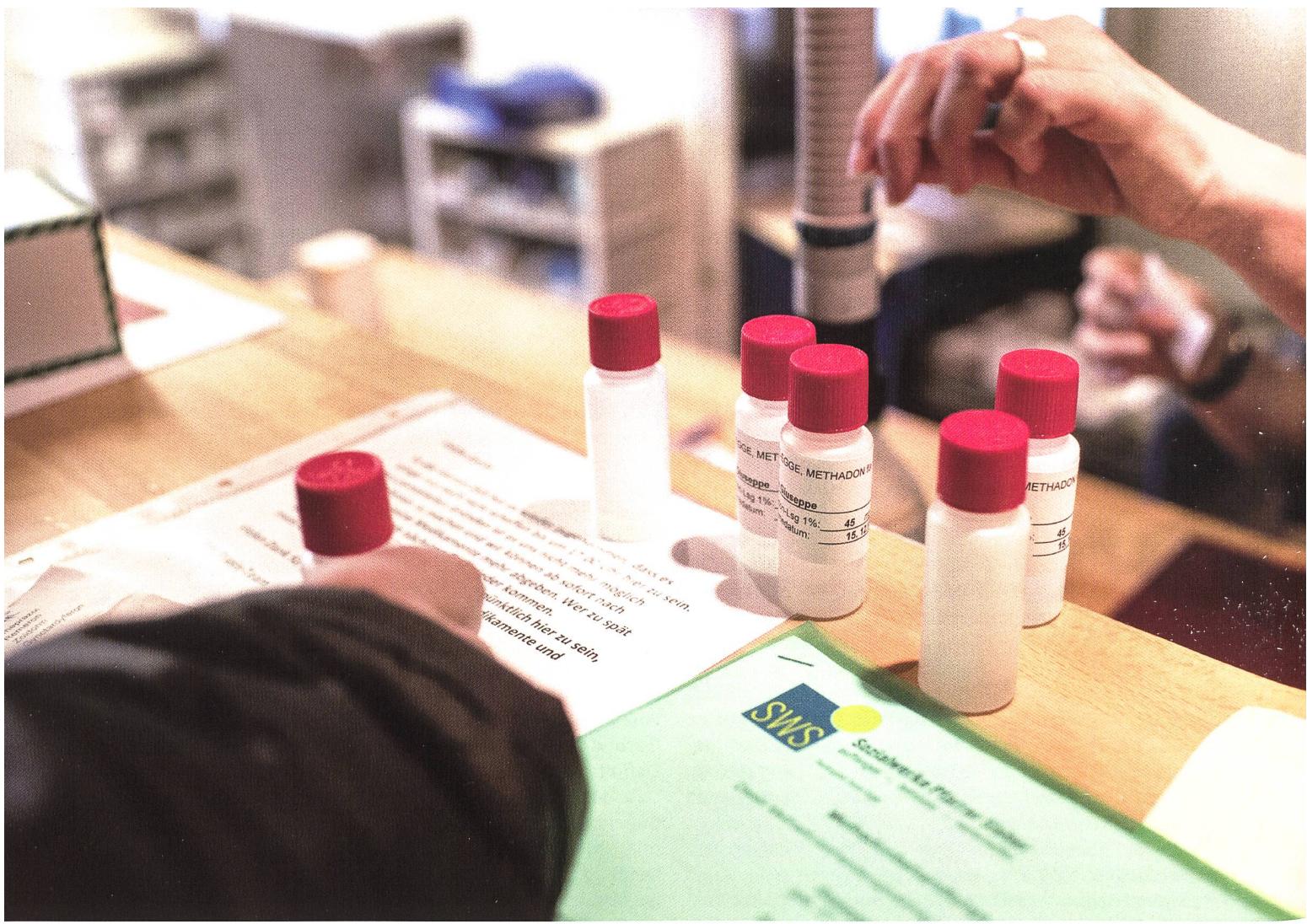
Recht auf Gesundheit oder Recht auf Behandlung?

Ich habe oben gesagt, das Recht auf Gesundheit sei eine Spezifizierung des Rechts auf Fürsorge bzw. Hilfe: Es bezieht sich auf die Situationen, in denen ein kranker Mensch medizinischer Hilfe bedarf (und sie, sofern er autonom ist, auch beansprucht). Das ist deshalb wichtig, weil es impliziert, dass Opoidabhängigen ein Recht auf Gesundheit nur zukommt, falls Abhängigkeit eine entweder heilbare oder chronische Krankheit ist.

Freilich liegt dem eine bestimmte, keineswegs unumstrittene Interpretation des Begriffs der Gesundheit zugrunde. Verstünde man Gesundheit nämlich in einem anderen Sinne, etwa dem der Weltgesundheitsorganisation WHO, gemäss der Gesundheit ein «Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen» ist,⁸ müsste man das Recht auf Gesundheit viel extensiver auslegen. Allerdings ist die WHO-Definition genau aus diesem Grund derart problematisch, dass es vorzuziehen ist, Gesundheit in einem engeren Sinn als Gegenbegriff zu Krankheit zu verstehen. Indes ist die Bezeichnung «Recht auf Gesundheit» auch dann noch fragwürdig. Denn es ist unklar, was mit dem Begriff «Krankheit» gemeint ist.⁹ Und selbst wenn Krankheit in einem klar definierten biomedizinischen Sinn verstanden wird, ist der Begriff «Recht auf Gesundheit» nicht glücklich. Er suggeriert nämlich, dass es sich hierbei um einen moralischen Anspruch handelt, gesund zu sein und im Falle von Krankheit gesund gemacht, das heißt geheilt zu werden.¹⁰ Geht man von einer Reziprozität von Rechten und Pflichten aus, würde dies bedeuten, dass die Ärzte selbst dann eine moralische Pflicht hätten, PatientInnen zu heilen, wenn es beim Stand des medizinischen Wissens gar keine kurative Therapie gäbe. So etwas kann die Moral sinnvollerweise nicht verlangen. Denn moralisch etwas zu fordern setzt voraus, dass man in der Lage ist, das Geforderte zu tun («ought implies can»). Es ist daher angemessener, statt von einem Recht auf Gesundheit von einem Recht auf Behandlung zu sprechen.

Ziele der SGB und die Aufgabe des Staates

Gemäss dem skizzierten interessenbasierten Begründungsansatz ist das Recht auf Behandlung zweifellos ein gerechtfertigter moralischer Anspruch. Denn es liegt im Interesse jeder vernünftigen Person, im Falle einer Krankheit medizinische Hilfe zu erhalten, wenn sie sich nicht selbst helfen kann und die Hilfe in Anspruch nehmen will. Ist die Abhängigkeit von Opoiden eine Krankheit, steht dieses Recht auch den Opoidabhängigen zu. Dies ist aus folgendem Grund von besonderer Bedeutung: Hat jemand einen moralischen Anspruch auf etwas, kann er diesen Anspruch nicht verlieren oder verwirken. Auch im Alter und auch wenn sie sich im Spital oder im Gefängnis befinden, dürfen Opoidabhängige zu Recht erwarten, auf angemessene Weise medizinisch behandelt zu werden. Umgekehrt bedeutet dies, dass eine Pflicht besteht, diese Behandlung zu garantieren. Diese Pflicht kann aus deontologischer Sicht nicht durch ökonomische Überlegungen eingeschränkt werden. Selbst wenn volkswirtschaftlich die



Kosten der SGB wesentlich höher wären als die durch die SGB erzielbaren Einsparungen (was nicht der Fall ist), wäre dies irrelevant. Wenn es eine Behandlungspflicht gibt, dürfen solche volkswirtschaftlichen Überlegungen keine Rolle spielen.

Nur, wem obliegt es, dafür zu sorgen, dass alle, die eine SGB benötigen, diese auch bekommen? Ungeachtet der Rolle der Eigenverantwortung und der damit verbundenen Möglichkeit privater Vorsorge liegt es im Interesse aller, dass eine staatliche Absicherung vorliegt, die eine Person im Fall von Krankheit (oder Unfall) auffängt, wenn sie selbst dazu finanziell nicht in der Lage ist. Allein der Staat hat die Möglichkeit, auf Grund seines Gewaltmonopols die Mittel zu erheben, die es braucht, um das Recht auf Behandlung im Allgemeinen, das Recht auf eine SGB im Besonderen zu gewährleisten. Es ist daher die Pflicht des staatlichen Gesundheitssystems, zu garantieren, dass alle Opioidabhängigen einen Zugang zu einer SGB haben und dies ungeachtet der damit verbundenen Kosten.

Recht auf Behandlung

Was ist genau gemeint, wenn man sagt, Opioidabhängige hätten ein Recht auf Behandlung? Allgemein ist es das Recht, diejenige medizinische Therapie und psychotherapeutische Begleitung zu erhalten, die der Krankheit angemessen ist. (Dies impliziert auch ein Recht auf die nötigen Voraussetzungen für eine erfolgversprechende Behandlung, also bspw. ein Obdach, eine Basisbeschäftigung oder die Deckung der basalen Lebenskosten.) Das lässt offen, worin das Behandlungsziel besteht. Heute scheint man sich unter SuchtmedizinerInnen weitgehend einig zu sein, dass Abstinenz zumindest kein vorrangiges Ziel mehr ist. Denn Substanzabhängigkeit sei eine chronische Krankheit, die nicht kurativ, sondern primär

palliativ zu behandeln ist. Das Ziel wäre dann, die Abhängigen soweit wie möglich vor gesundheitlichen Schäden zu schützen und ihre Lebensqualität zu verbessern.

Therapieziele im Spannungsverhältnis von Autonomie und Fürsorge

Freilich scheint mir dies eine etwas einseitige Zielbestimmung zu sein. Zwar gibt es auch aus der Perspektive der hier vertretenen ethischen Position keinen Grund, die Therapie am Ziel der Abstinenz auszurichten. Dennoch ist problematisch, wenn sich diese überwiegend an Begriffen wie Schadensminderung und Lebensqualität orientiert. Dies aus folgendem Grund: Formuliert man die Therapieziele in erster Linie anhand solcher Begriffe, rückt der Aspekt der Fürsorge in den Mittelpunkt der Behandlung. Man betrachtet dann die Abhängigen primär als hilfsbedürftige kranke Menschen. Dabei vergisst man aber, dass sie auch selbstbestimmungsfähige Personen sind, die ein Recht haben, als Personen behandelt zu werden. Im Hinblick auf das Behandlungsziel würde dies bedeuten, dass die Rückgewinnung der Selbstbestimmung bezüglich des Konsums der Droge ein wichtiges Ziel der Therapie sein sollte.¹¹ Das darf nicht mit Abstinenzorientierung verwechselt werden, schon gar nicht im Sinn des dogmatischen Begriffs der Abstinenz, nach dem nur ein Leben ohne Drogen ein gutes Leben sein kann. Es meint vielmehr, dass suchtkranke Menschen in die Lage versetzt werden sollen, autonom zu entscheiden, ob sie eine psychoaktive Substanz konsumieren wollen oder nicht; und dass sie, falls sie auf den Konsum nicht verzichten können oder wollen, die Fähigkeit erlangen, auf nicht oder möglichst wenig selbstschädigende (risikoarme) Weise zu konsumieren.

Die Opioidabhängigen als Personen: Rechte und Pflichten

Suchtkranke Menschen sind zwar als PatientInnen zu betrachten, die auf medizinische Unterstützung angewiesen sind. Zugleich sind sie aber auch Personen, die in der Lage sind, das eigene Leben gemäss eigener Vorstellungen zu führen. Aus interessensbasierter Sicht ist es im Interesse eines jeden, dass diese Fähigkeit durch ein moralisches Recht geschützt wird. Denn niemand kann objektiv bestimmen, worin das für den anderen Gute besteht. Das muss und kann letztlich nur jede Person für sich selbst entscheiden.

Personen haben demnach ein Recht auf Selbstbestimmung bzw. Autonomie. Ihre Entscheidungen sind zu respektieren, sofern dadurch nicht die Rechte anderer Personen verletzt werden. Dies gilt auch dann, wenn Personen Entscheide treffen, mit denen sie sich selbst schädigen. Solange nur sie selbst davon betroffen sind, ist der Grad der Selbstschädigung unheblich. Auch bei massivster Selbstschädigung sind paternalistische Eingriffe, also Eingriffe ohne das Einverständnis der betroffenen autonomen Person, mit dem Ziel, deren Wohl zu fördern, ethisch unzulässig.

Zum Konzept der Person gehört aber auch, dass Personen für ihr Tun und Unterlassen verantwortlich sind. Das heisst u.a., dass man die Einhaltung moralischer und rechtlicher Regeln von ihnen einfordern und sie für Regelverstösse bestrafen darf. Was bedeutet dies nun mit Blick auf suchtkranke, insbesondere opioidabhängige Menschen?¹² Es bedeutet zum einen, dass sie neben dem Recht auf Behandlung auch ein Recht darauf haben, dass ihre Autonomie geachtet wird. Zum anderen bedeutet es, dass sie als Personen auch bestimmte moralische Pflichten haben, bei deren Nichtbefolgung sie sanktioniert werden dürfen.

Hier könnte man einwenden, suchtkranke Menschen seien gar nicht autonom. Autonom könne nur sein, wer fähig sei, die Konsequenzen seines Handelns zu verstehen und sich auf dieser Basis frei, das heisst ohne inneren und äusseren Zwang für oder gegen etwas zu entscheiden. Hinsichtlich der Abhängigkeit bestehe aber diese Freiheit nicht. Das ist zweifellos richtig. Nur, aus dem Umstand, dass Opioidabhängige bezüglich ihrer Abhängigkeit nicht autonom sind, folgt nicht, dass sie generell nicht autonom sind. Im Gegenteil: Es ist, sofern es keine klaren Indizien gibt, die in eine andere Richtung weisen, davon auszugehen, dass sie in allen anderen Bereichen zu selbstbestimmten Entscheiden fähig sind. Das betrifft insbesondere ihre Autonomie als PatientInnen. Diese kommt ihnen im vollen Umfang zu. Demzufolge haben die Abhängigen das Recht, frei zu entscheiden, ob sie eine SGB wollen oder nicht. Sie haben das Recht auf Information und Aufklärung über Chancen und Risiken einer SGB. Weiter haben sie das Recht, die Behandlung jederzeit abzubrechen, auch gegen den Willen der Ärzte. Schliesslich haben sie auch das Recht, selbst zu bestimmen, ob sie Abstinenz bzw. Nicht-Abhängigkeit oder eine stabile, kompensierte Abhängigkeit anstreben wollen.

Recht auf soziale Integration

Schwieriger zu beantworten ist die Frage, wie weit drogenabhängige Menschen ein Recht auf soziale Integration haben. Sicher haben sie einen solchen Anspruch, soweit Integration eine Bedingung für eine SGB ist. Und sicher ist es – nicht zuletzt um das Rückfallrisiko zu senken – sinnvoll, ihnen Arbeitsangebote zu machen und darauf hinzuwirken, dass sie vielleicht sogar einen Zugang zum ersten Arbeitsmarkt finden. Dabei sollte man sie aber immer als Personen behandeln, an die man bestimmte Erwartungen richten kann, etwa die Er-

wartung, dass sie Abmachungen einhalten und für ihr Leben auch eine gewisse Eigenverantwortung tragen.

Als Personen haben Opioidabhängige weitere moralische Pflichten, etwa die Pflicht, Dritte nicht zu schädigen. Verstöße gegen diese Pflicht werden zu Recht sanktioniert. Spätestens dann, wenn es die Option einer SGB gibt, ist etwa Beschaffungskriminalität moralisch nicht mehr zu entschuldigen. Ebenso unentschuldbar ist aggressives oder gar gewalttägiges Verhalten gegenüber ÄrztInnen oder anderen Behandelnden. Das Recht auf Behandlung ist als ein moralisch gerechtfertigter Anspruch zwar nicht verlier- bzw. verwirkbar. Aber das bedeutet nicht, dass es die Abhängigen berechtigt, die sie behandelnden Personen nicht zu respektieren oder die in den einschlägigen Institutionen geltenden Regeln (Hausordnungen) zu missachten.

Dennoch sind Sanktionen gegen suchtkranke Menschen eine heikle Sache. Zum einen haben sie den Charakter einer Strafe. Sie zielen darauf ab, den Betroffenen als für ihr Tun Verantwortlichen klar zu machen, dass sie sich auf eine nicht akzeptable Weise verhalten und dass sie ihr Recht auf Behandlung nur in Anspruch nehmen können, wenn sie die Rechte anderer respektieren und sich an die geltenden Regeln halten. Zum anderen handelt es sich bei den Sanktionierten um besonders vulnerable Menschen, die auf ein hohes Mass an Toleranz angewiesen sind. Um kontraproduktive Resultate zu vermeiden, die unter Umständen eine SGB grundsätzlich gefährden, sollten daher Sanktionen sparsam und zielgerichtet eingesetzt werden. Zielgerichtet heisst insbesondere, dass sie so gering wie möglich sein sollten und dass man darauf verzichten sollte, die Abhängigen mit erhobenem Zeigefinger moralisch erziehen zu wollen. Welche Sanktionen in diesem Sinn angemessen sind, muss von Fall zu Fall unter Berücksichtigung der jeweils besonderen Umstände bestimmt werden.

Fazit

Aus der hier skizzierten interessensbasierten ethischen Sicht ist die SGB durch das Recht auf Behandlung abgedeckt. Opioidabhängige haben damit einen gerechtfertigten moralischen Anspruch auf eine entsprechende medizinische Therapie sowie auf soziale Unterstützung. Dabei sind sie jedoch nicht nur als PatientInnen, sondern stets auch als Personen zu behandeln, die ein Recht darauf haben, dass ihre Entscheide akzeptiert werden, die aber für diese Entscheide auch verantwortlich sind und unter Umständen dafür zur Verantwortung gezogen werden können.

JedeR Opioidabhängige hat den gleichen Anspruch auf eine angemessene SGB. Dies zu garantieren, ist Sache des staatlichen Gesundheitswesens. Dabei ist darauf zu achten, dass alle Betroffenen den gleichen Zugang zu dieser Behandlung haben. Da es sich um verletzte Menschen handelt, die sich in einer schwierigen Situation befinden, sollte der Zugang zudem möglichst unkompliziert und schnell (niederschwellig) sein. Wichtig ist, dass sich Zugangsregelungen und Ablauf einer SGB an den Rechten und individuellen Bedürfnissen der Abhängigen und den für die Behandlung erforderlichen medizinischen und sozialen Massnahmen orientieren. Ideologische oder politische Erwägungen haben hier nichts verloren. Bei allem Verständnis für den schweizerischen Föderalismus sollten die kantonalen Bestimmungen nach Massgabe dieser Kriterien erfolgen und dabei auf unnötige Auflagen verzichten. Nur auf diese Weise kann gewährleistet werden, dass die Ziele der SGB erreicht werden können. Dies kommt am Ende allen zu Gute, insbesondere aber denen, um die es im Kern geht: den Opioidabhängigen. •

Literatur

- Kant, I. (1974): Grundlegung zur Metaphysik der Sitten. Werkausgabe Band VII. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Kant, I. (1974): Kritik der praktischen Vernunft. Werkausgabe Band VII. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Rippe, K.P. (2010): Ethik in der Wirtschaft. Paderborn: mentis Verlag.
- Ross, W.D. (1930): The Right and the Good. Oxford: Clarendon Press.
- Schramme, T. (Hrsg.) (2012): Krankheitstheorien. Berlin: Suhrkamp Verlag.
- SSAM - Schweizerische Gesellschaft für Suchtmedizin (2009): Neurowissenschaften und Sucht. www.tinyurl.com/d8xocnd, Zugriff 13.12.2012.
- SSAM - Schweizerische Gesellschaft für Suchtmedizin (2012): Medizinische Empfehlungen für substitutionsgestützte Behandlungen SGB bei Opioideabhängigkeit 2012. www.tinyurl.com/cyyortv, Zugriff 13.12.2012.

Endnoten

- 1 SSAM 2012: 5. Gemäss der Schweizerischen Gesellschaft für Suchtmedizin SSAM umfasst die substitutionsgestützte Behandlung SGB neben der Substitution als Basisbehandlung zusätzliche medizinische Behandlungen und Unterstützung im Sozialbereich. «Das ganze Hilfsangebot kann als «somato-psychosoziales Unterstützungssystem» betrachtet werden».
- 2 Es ist eine Frage der ethischen Theorie, ob es einen moralisch gerechtfertigten Anspruch auf eine SGB gibt und falls ja, wie sich dieser Anspruch begründen lässt. Erst aus dieser Begründung ergibt sich auch, wie der Zugang zu Substitutionsmitteln in verschiedenen Settings konkret geregelt sein sollte. Lässt sich etwa zeigen, dass es ein Recht auf eine SGB gibt, das allen Opioideabhängigen gleichermaßen zusteht, folgt daraus bspw., dass sie unabhängig vom Alter und vom Ort, an dem sie sich befinden, angemessen zu behandeln sind, also auch dann, wenn sie betagt sind oder im Gefängnis eine Strafe absitzen. Natürlich kann man auf der Basis der Alltagsmoral einzelne Aspekte einer SGB auch ohne ethische Theorie bewerten. Aber eine solche Bewertung kann nicht allgemein gültig sein, da Aussagen der Alltagsmoral auf Intuitionen (im Sinne von nicht theoretisch reflektierten moralischen Überzeugungen) beruhen, die einer Begründung bedürfen.
- 3 Ausgangspunkt der folgenden Überlegungen ist, dass religiöse Überzeugungen nicht rational begründet werden können und daher ausgeklammert werden müssen; dass aber auch alternative Ansätze wie etwa der Mittlere-Prinzipien-Ansatz oder die Tugendethik mit rational unlösbarer Begründungsproblemen behaftet sind und darum als theoretische Optionen für eine säkulare Ethik nicht in Frage kommen. Religiöse Überzeugungen können nicht allgemein verbindlich sein, weil sie sich auf übernatürliche Entitäten (Gott) beziehen, die nicht bewiesen werden können. Der in der (angewandten) Ethik weit verbreitete Mittlere Prinzipien-Ansatz, der mit den von allen Theorien anerkannten ethischen Prinzipien arbeitet ohne diese Prinzipien weiter zu begründen, scheitert daran, dass ethische Grundsätze wie Autonomie oder Fürsorge nicht nur inhaltlich, sondern auch hinsichtlich ihres moralischen Gewichts kontrovers sind – und dass diese Kontroverse nur durch Bezug auf die grundlegenden ethischen Theorien entschieden werden kann. Die Tugendethik scheitert daran, dass sie weder plausibel begründen kann, warum moralische Tugenden Bestandteil eines guten Lebens sind; noch, warum es moralisch gefordert ist, die entsprechenden Tugenden zu entfalten.
- 4 Spricht man von moralischen Rechten, impliziert dies, dass es entsprechende Pflichten gibt, diese Rechte zu achten. Mit moralischer Pflicht ist ein moralisches Müssen gemeint. «Müssen» bedeutet: Der Adressat einer Pflicht hat etwas zu tun oder zu unterlassen, unabhängig von eigenen Interessen. Pflichten sind also auch dann zu befolgen, wenn sie für eine Person mit negativen Folgen verbunden sind: Man muss eine Ertrinkende auch dann zu retten versuchen, wenn einem deswegen ein lukratives Geschäft entgeht. Dies muss man tun, weil (bzw. sofern) die Ertrinkende ein Recht, d. h. einen gerechtfertigten moralischen Anspruch auf Hilfe hat. Gleches gilt auch für das Recht auf Gesundheit, wenn sich ein solches Recht denn begründen lässt. Dieses Recht darf deontologisch nur gegen andere Rechte oder Pflichten abgewogen (und gegebenenfalls eingeschränkt) werden, nicht aber gegen private oder öffentliche Interessen. Das bedeutet insbesondere, dass es unabhängig von den damit verbundenen ökonomischen Kosten zu garantieren ist. Für diese Konzeption von Rechten und Pflichten hat es in einer konsequentialistischen Theorie keinen Platz. Denn in dieser Theorie sind die Folgen einer Handlung das einzige Kriterium für das moralisch Gebotene.
- 5 Vgl. Kant 1974; Ross 1930/2002: 29.
- 6 Das Akzeptieren der Hilfe ist nur eine Bedingung für Personen, d. h. selbstbestimmungsfähige (autonome) Wesen. Gegenüber nicht-autonomen Menschen wie etwa Menschen mit einer fortgeschrittenen Alzheimer-Demenz ist Hilfe auch dann eine Pflicht, wenn sie abgelehnt wird (wie etwa bei Pflegeverweigerungen). Dies bedeutet, dass medizinische oder pflegerische Interventionen gegen den Willen dieser Menschen auch bei (erheblicher) Selbstgefährdung und nicht nur bei Fremdgefährdung ethisch gerechtfertigt sein können.
- 7 Rippe 2010: 79ff.
- 8 Vgl. Verfassung der Weltgesundheitsorganisation, www.admin.ch/ch/d/sr/o_810.1, Zugriff 08.01.2013.
- 9 Vgl. Schramme 2012.
- 10 Rechtlich gesehen ist das Recht auf Gesundheit ein Menschenrecht, das in Art. 12 des UNO-Paktes über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte verankert ist. Dieser Artikel garantiert gemäss Absatz 1 das «Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit». Diese Formulierung erinnert zwar an die WHO-Definition. Absatz 2 macht aber deutlich, dass das Recht auf Gesundheit auf Massnahmen zur Vorbeugung, Behandlung und Bekämpfung von Krankheiten ausgerichtet ist. Insofern ist dieses Recht kein Recht auf Gesundsein oder Gesund-(gemacht)werden, sondern ein Recht auf eine breit verstandene medizinische Unterstützung, die nicht blos Therapie, sondern auch Prävention umfasst. (Wobei unklar ist, was mit «highest attainable standard» gemeint ist, insbesondere, ob dies relativ zu den jeweils vorhandenen Ressourcen zu verstehen ist oder nicht.) Man könnte daher sagen, das oben postulierte moralische Recht auf Behandlung deckt nur einen Teil des juristischen Rechts auf Gesundheit ab. Allerdings ändert das nichts daran, dass die Bezeichnung «Recht auf Gesundheit» missverständlich ist.
- 11 Dieses Ziel ergibt sich, wenn man die Abhängigkeit als Krankheit unter dem Aspekt der Autonomie betrachtet und dann fragt, was eine Heilung bedeuten würde. Freilich haben die Kranken als autonome Personen das Recht, dieses aus dem Blickwinkel der Autonomie anzustrebende Behandlungsziel für sich abzulehnen.
- 12 In der Suchtmedizin unterscheidet man zwischen Abhängigkeit (Drang zur Fortsetzung des Konsums, um die negativen Folgen des Konsumstopps (subjektives Unwohlsein) zu vermeiden) und Sucht (übermächtiges Verlangen, eine Substanz zu konsumieren, aber auch substanzgebundene zwanghafte Verhaltensschemata) (Vgl. SSAM 2009). Der vorliegende Artikel orientiert sich dagegen eher an der Alltagssprache, die nicht auf diese Weise klar zwischen Sucht und Abhängigkeit unterscheidet. Dies hat aber auf die Argumentation keine Auswirkungen.