

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 suchtmmedizinische 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 Rolleston Committee (Departmental Committee on Morphine and Diamorphine Addiction), welches 1926 die Verschreibung von Diamorphin als Behandlungsmöglichkeit einer Opioidabhängigkeit zulies, 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 hydromorphingestützte 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 suchtmmedizinische 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 Kernthesen 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 niedrighwelligen Verfügbarkeit von Substitution und anderer suchtherapeutischer 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-

enschaftlichen Versuch auf Basis der rigiden 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 schluckbarer 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 aktiv 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 substituionsgestützten Behandlung auseinandersetzen, etwa mit den Möglichkeiten einer echt diversifizierten substituionsgestützten Behandlung und einer tatsächlich individuell auf die Bedürfnisse heroïnabhängiger 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 Heroïnstudien 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 substituionsgestützte 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 Morphinen. Andere potente Opiode 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 Heroïn (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 suchtmmedizinische Intervention. Die Schweizer Suchtmedizin und Forschung hat zu dieser Entwicklung massgeblich beigetragen.●

Literatur

- 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.
- Grob, P. (2009): Zürcher «Needle-Park»: Ein Stück Drogengeschichte und -politik 1968-2008. Zürich: Chronos Verlag.
- 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.
- 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.
- 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.
- Musto, D. (1973): *The American disease*. New Haven: Yale University Press.
- Renggli, R./Tanner, J. (1994): *Das Drogenproblem: Geschichte, Erfahrungen, Therapiekonzepte*. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.
- 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.
- 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.
- 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.
- Uchtenhagen, A./Dobler-Mikola, A./Steffen, R./Gutzwiller, F./Pfeifer, S. (2000): *Betäubungsmittelverschreibung an Heroïnabhängige: Auswertung der Ergebnisse*. Basel: Karger.
- 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.
- 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 substitutionsgestützten 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 suchtmедицинische 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?³

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