
Medizin und Gesundheit – Die „menschendienliche Perspektive“: Ethik

Franz-Josef Bormann

Die von der derzeitigen Finanz- und Schuldenkrise völlig überlagerte öffentliche Diskussion um die Zukunftsfähigkeit unserer sozialstaatlichen Sicherungssysteme, zu denen ganz wesentlich auch das weithin solidargemeinschaftlich finanzierte Gesundheitswesen gehört, zeichnet sich nach Einschätzung vieler Beobachter vor allem durch zwei Eigentümlichkeiten aus: nämlich erstens durch ein *wachsendes Krisenbewusstsein* der beteiligten Akteure und zweitens durch einen gleichwohl fortbestehenden *eklatanten Mangel an umfassenden Lösungsansätzen*.

Zwar ist es kaum überraschend, dass die deutsche Gesundheitspolitik angesichts der vielfältigen Herausforderungen, die sich aus der rasanten medizinisch-technischen Entwicklung, der damit einhergehenden Kostenexplosion, einer mittlerweile stark veränderten demografischen Situation, dem Panoramawechsel der großen Volkskrankheiten sowie einer zunehmenden Pluralisierung des Wertempfindens der Bevölkerung ergeben, seit Jahren einer Großbaustelle gleicht, doch dürfte es kaum ausreichen, die verschiedenen Problemfelder allein aus einem rein *versicherungstechnischen* Blickwinkel zu betrachten, der zwangsläufig vor allem von der wachsenden budgetären Not bestimmt wird. Um zu verhindern, dass die Debatte um die mittel- und langfristig notwendigen Strukturreformen ausschließlich unter dem Gesichtspunkt der *Finanzierbarkeit* bestimmter bisher gewährter Leistungen geführt und damit zwangsläufig von den Begehrlichkeiten

ten einzelner in der Vergangenheit begünstigter Interessengruppen dominiert wird, bedarf es vielmehr einer *umfassenderen* Konzeption, die neben den verschiedenen natur- und sozialwissenschaftlichen, rechtlichen und ökonomischen Einzeldimensionen der Gesundheitsversorgung auch die *ethischen Grundlagen* und die *anthropologische Zielbestimmung* der Medizin in die Betrachtung einbezieht. Genau darauf will die Rede von der „menschendienlichen Perspektive“¹ in der Überschrift aufmerksam machen. Im Folgenden werden daher zunächst einige eher grundsätzliche Überlegungen individual- und sozialetischer Natur angestellt,² bevor diese dann in einem zweiten Schritt auf zwei konkrete Problemfelder angewandt werden.

1. Grundsätzliche Orientierungen

Da ärztliches Handeln darauf ausgerichtet ist, Leiden zu lindern und die Gesundheit des Patienten zu erhalten, zu fördern und – soweit möglich – wiederherzustellen, scheint es beinahe selbstverständlich zu sein, dass der einzelne Mensch im Mittelpunkt eines wirklich humanen Gesundheitssystems stehen sollte.³ Dass die Wirklichkeit oftmals eine andere ist, stellt freilich in diesem Zusammenhang noch nicht das einzige Problem dar. Vielmehr zeichnen sich moderne freiheitliche Gesellschaften zunehmend dadurch aus, dass über den Sinngehalt der Humanität selbst unterschiedliche Vorstellungen nebeneinander existieren.

Nach christlichem Verständnis ist der Mensch grundlegend durch seine *Gottebenbildlichkeit* bestimmt. Die sachliche Grundlage dieser ausgezeichneten Stellung des Menschen in der *scala naturae* besteht in der einzigartigen Befähigung des Menschen zu einem reflektierten, verantwortlichen Handeln. Als Träger eines freien potenziell vernünftigen Willens ragt der Mensch nicht nur aus der Sach- und Dingwelt der unbelebten Schöpfung heraus, sondern

unterscheidet sich auch wesentlich von jenen belebten Entitäten, die sich zwar *verhalten*, aber nicht *handeln* können.⁴ Anders als die Tiere ist der Mensch als handlungsfähiges Wesen aufgrund seiner sittlichen Subjektivität *Person* und mithin Träger einer besonderen intrinsischen *Würde*,⁵ der wiederum eine Reihe unveräußerlicher Grundrechte des Menschen entspringen. Obwohl diese personale Deutung des Menschen keineswegs den exklusiven Besitz einer einzelnen Religion oder gar Konfession darstellt, sondern aufgrund ihrer rationalen Begründetheit auch zum selbstverständlichen Erbe etwa der Aufklärungsphilosophie (z. B. in Gestalt der Ethik Immanuel Kants) gehört, ist es erforderlich, auf zwei wichtige Implikationen dieser Konzeption hinzuweisen, die gerade im medizin- und bioethischen Diskurs nicht immer in der gebotenen Klarheit berücksichtigt werden.

Die eine Überlegung betrifft die Notwendigkeit einer *integrativen Gesamtschau der leib-seelischen Einheit des Menschen* und ihre Konsequenzen für die Begründung eines objektiven *Bedürfnisbegriffs*, der sich insbesondere für eine gerechte Verteilung knapper medizinischer Ressourcen als letztlich unverzichtbar erweisen dürfte.⁶ *Person* und Träger von Menschenwürde ist der Mensch nämlich weder als reines Geist- noch als reines Körperwesen, sondern als jene komplexe Ganzheit, in der mentale und physische Eigenschaften irreduzibel miteinander verschränkt sind. Von daher greifen all jene anthropologischen Denkmodelle zu kurz, die die geistigen Vollzüge in typisch *rationalistischer* Manier von ihren physischen und sozialen Voraussetzungen trennen oder diese im Sinne des *Naturalismus* zum bloßen Epiphänomen körperlicher Prozesse stilisieren. Erforderlich ist vielmehr ein Ansatz, der die charakteristischen Grundvollzüge humaner Existenz, wie sie etwa im reflektierten, verantwortlichen Handeln unter Leitung der natürlichen praktischen Vernunft des Menschen gegeben sind, auf ihre notwendigen Voraussetzungen und Zielbestim-

mungen hin analysiert und für eine objektive Güter- und Rechtslehre fruchtbar macht.⁷

Von besonderer systematischer Bedeutung dürfte dabei der Begriff der *individuellen Handlungsfähigkeit* als Kristallisationspunkt elementarer Rechte und Pflichten sein.⁸ Da jeder Mensch, der überhaupt irgendetwas wirklich will, ganz unabhängig von der konkreten Beschaffenheit des Gewollten aufgrund der Unhintergebarkeit der Handlungssituation immer schon notwendigerweise die möglichst ungehinderte Ausübung aller zur Erlangung des Strebensziels notwendigen Handlungen und damit die Entfaltung und den Erhalt der eigenen Befähigung zum vernunftgesteuerten Handeln überhaupt wollen muss, stellt die individuelle Handlungsfähigkeit nicht nur den Konvergenzpunkt der verschiedenen basalen Einzelstrebungen, sondern auch die entscheidende Bezugsgröße für einen objektiven Bedürfnisbegriff dar.⁹ Objektive *Bedürfnisse* unterscheiden sich von subjektiven *Wünschen* und persönlichen *Neigungen* unter anderem dadurch, dass sie auf solche Güter ausgerichtet sind, die als unverzichtbare Bedingungen der Möglichkeiten des eigenen Handelns-Könnens zu qualifizieren sind. Zu diesen Gütern gehören neben dem Leben als dem fundamentalsten Gut sicher auch das körperliche und seelische Wohlbefinden, Freiheit, Sicherheit, verlässliche soziale Beziehungen und vieles mehr. Da selbst zwischen diesen objektiven Gütern keine prästabilisierte Harmonie besteht, bedarf es im Konfliktfall spezifischer Abwägungsleistungen der praktischen Vernunft, die sich somit als die zentrale Steuerungs- und Integrationsinstanz menschlichen Handelns erweist. Allerdings ist auch die Vernunft ihrerseits auf bestimmte Vorgaben angewiesen, deren Gestaltung und Formbarkeit durchaus gewisse Grenzen hat.¹⁰ Genau dieser bipolaren Struktur von *Vernunft-* und *Bedürfnisnatur* des Menschen versucht der Begriff der *Handlungsfähigkeit* dadurch Rechnung zu tragen, dass er mit der Vorstellung einer *möglichst umfassenden vernunftgeleiteten Entfaltung des individuellen Handlungsver-*

mögens nicht nur eine plausible normative Leitvorstellung¹¹ formuliert, sondern diese außerdem an empirisch überprüfbare Kriterien bindet. Da die Beantwortung der Frage, welchen tatsächlichen Einfluss die Erfüllung oder die Frustration eines bestimmten Bedürfnisses auf die konkrete Entwicklung der individuellen Handlungsfähigkeit hat, nicht allein in den Kompetenzbereich der Ethik fällt, sondern auch der Expertise der empirischen Human- und Sozialwissenschaften bedarf, scheint die Kategorie der Handlungsfähigkeit in hohem Maße geeignet, als Scharnier zwischen den verschiedenen normativen und beschreibenden Wissenschaften zu fungieren, die sich zum Schaden beider Seiten immer weiter auseinanderentwickeln.

Die Rede von der „menschendienlichen Perspektive“ auf das Gesundheitswesen hat allerdings neben der individuelle-ethischen auch eine sozialetische Dimension, auf die der zweite für die christliche Anthropologie unaufgebbare Aspekt aufmerksam macht, der in der gleichrangigen Betonung von *Individual-* und *Sozialnatur* des Menschen besteht. So sehr das Prinzip der Personalität „den Menschen einerseits als Individuum mit unveräußerlichem Eigenwert und unaustauschbarer Einmaligkeit“ begreift, so sehr versteht es ihn „andererseits als soziales Wesen in Beziehung zum anderen, zur Gemeinschaft und als religiöses Wesen in seiner Beziehung auf Gott hin“.¹² Die personale Interpretation des Menschen ist daher eng mit einem Gesellschaftskonzept verbunden, das *Freiheit* und *Verantwortung* zusammendenkt und im Leitbild einer „chancengerechten Gesellschaft“ entfaltet. Vier Dimensionen einer solchen *verantworteten Freiheit* sind dabei zu unterscheiden:¹³ Erstens die *Eigenverantwortung jedes Einzelnen*. Im Sinne des für die katholische Soziallehre grundlegenden Subsidiaritätsprinzips ist jeder Bürger zunächst einmal dazu verpflichtet, seine Begabungen zu entfalten und alles zur Beförderung seiner Lebensziele zu leisten, was in seinen eigenen Kräften steht. Für die Gesundheit bedeutet dies nicht zu-

letzt die Einübung eines verantwortlichen Lebensstiles, der Selbst- und Fremdschädigungen etwa durch falsche Ernährung, Bewegungsmangel oder Missbrauch verschiedener Suchtmittel (Alkohol, Tabak etc.) vermeidet. Der an die Eigenverantwortung appellierende *präventive* Aspekt ist im deutschen Gesundheitssystem gerade auch im internationalen Vergleich bislang viel zu schwach entwickelt und könnte durch gezielte Anreizsysteme noch wesentlich stärker ausgebaut werden.¹⁴

Die zweite Dimension „verantworteter Freiheit“ besteht in der Verantwortung *des Einzelnen für die Gestaltung des gesellschaftlichen Zusammenlebens*, wie sie sich z. B. auch im Grundmodell eines solidarisch finanzierten Gesundheitswesens niederschlägt. Jedes Mitglied der Gesellschaft muss entsprechend seinen jeweiligen Kräften an der Verwirklichung des Gemeinwohls mitwirken und einen sparsamen Gebrauch jener notorisch knappen Ressourcen einüben, die durch die Leistungen der Gesellschaft insgesamt zur Verfügung stehen.

Vom kontributiven Aspekt einer chancengerechten Gesellschaft im Sinne des Beitrags jedes Bürgers zum Gemeinwohl ist drittens der distributive Aspekt der *Verantwortung von Staat und Gesellschaft für das Wohlergehen jedes Einzelnen* zu unterscheiden. Damit niemand auf Dauer von der sozialen Teilhabe ausgeschlossen wird, ist nicht nur sicherzustellen, dass für jeden diejenigen Ressourcen (etwa medizinischer Art) zur Verfügung gestellt werden, die ein eigenverantwortliches Leben überhaupt erst möglich machen, sondern auch Sorge dafür zu tragen, dass jeder Bürger die reale Chance hat, diese Ressourcen für sich tatsächlich zu nutzen.

Schließlich gibt es aber auch viertens so etwas wie eine *Verantwortung der Gesellschaft für sich selbst*, die darin besteht, die soziokulturellen, wirtschaftlichen und rechtlichen Ordnungsstrukturen so zu gestalten, dass sie dauerhaft dem Leben der Menschen dienen. Dies schließt ordnungspolitisch zum einen die Beseitigung bestehender

Fehlanreize für eine gesamtgesellschaftlich nicht wünschenswerte Allokation knapper Güter ein, zum anderen aber auch die Schaffung geeigneter Strukturen, die für die Bewältigung neuer Herausforderungen benötigt werden.¹⁵ Für das Gesundheitswesen folgt daraus der Auftrag, z. B. eine flächendeckende Grundversorgung sicherzustellen, bestehende unproduktive Doppelstrukturen im ambulanten und stationären Bereich sukzessive abzubauen, den Präventionsgedanken strukturell stärker zu verankern, eine wirklich unabhängige Wirksamkeitsprüfung bestimmter therapeutischer und pharmakologischer Leistungen zu fördern und den Patienten angesichts der Komplexität von zunehmend integrierten Therapieabläufen durch umfassendere Aufklärung und Begleitung in seiner Entscheidungsfähigkeit zu stärken.

In dem Maße, in dem diese vier Dimensionen verantworteter Freiheit bei der künftigen Gestaltung unseres Gesundheitswesens tatsächlich berücksichtigt werden, kann es auch gelingen, den Einfluss der vielfältigen partikularen Interessen einzelner Leistungserbringer zu begrenzen und den wirklich objektiven Bedürfnissen der Patienten besser zu entsprechen, als das bisher der Fall ist.

2. Konkretionen

Soll das Plädoyer für eine „menschendienliche Perspektive“ in der Gesundheitspolitik nicht ein folgenloser Appell bleiben, dann muss sich diese Perspektive auch in konkreten Entscheidungen als tatsächlich handlungsleitend bewähren. Es sei daher abschließend auf zwei konkrete aktuelle Konfliktfelder verwiesen, auf denen dies bislang offenbar besonders wenig gelingt. Die eine Problematik betrifft den *Lebensschutz*, die andere den Streit um *Priorisierungen* in der Versorgungsplanung.

2.1 Lebensschutz

Wer die großen bioethischen Debatten der letzten Jahre und Jahrzehnte – angefangen von der Abtreibungsproblematik über die moderne Reproduktionsmedizin und den Embryonenverbrauch im Kontext der Nutzung embryonaler Stammzellen für die Grundlagenforschung bis hin zur jüngsten Entscheidung des Deutschen Bundestages zur Präimplantationsdiagnostik – einmal Revue passieren lässt, der muss zwangsläufig den Eindruck gewinnen, dass die moralische Intuition der *Selbstzwecklichkeit* des Menschen in *allen Phasen seiner biologischen Entwicklung*, die den eigentlichen Kern der verfassungsrechtlichen Würdeformel bildet, immer mehr ausgehöhlt wird. Das elementare Grundrecht auf Leben, das die notwendige Voraussetzung zur Nutzung aller anderen Rechte des Menschen darstellt, scheint vor allem im pränatalen Bereich immer dann in den Hintergrund zu treten, wenn dieses Recht den Entfaltungsinteressen bereits geborener Dritter im Wege steht.¹⁶ Lief schon die Einführung der extrem weit gefassten sog. *medizinischen* Indikation im neuen deutschen Abtreibungsrecht mit ihrer auch im internationalen Vergleich äußerst weitreichenden Erlaubnis von Spätabtreibungen *de facto* auf eine verkappte *eugenische* Indikation hinaus, so wird dieser moralisch höchst fragwürdigen *Selektionsmentalität* mit der Legalisierung der Präimplantationsdiagnostik (PID) nun ein weiteres Betätigungsfeld im extrakorporalen Bereich eröffnet. Besorgniserregend ist hierbei nicht nur die bewusst vage gehaltene und daher in normativer Hinsicht völlig unzureichend bestimmte Rede von den „schwerwiegenden Erbkrankheiten“, die die Tötung der betroffenen Embryonen rechtfertigen soll, sondern mehr noch die dahinterliegende Strategie einer fortschreitenden Verdrängung *substanzieller* moralischer Einsichten durch rein *formal-prozedurale* Anweisungen. Tatsächlich steht nämlich die sich als „Ergänzung“ zum Embryonenschutzgesetz präsentierende neue gesetzliche Regelung zur PID in direktem

Widerspruch zum Geist des Embryonenschutzgesetzes, dessen erklärtes Ziel ja gerade darin bestand, jede Verwendung eines menschlichen Embryos zu einem nicht seiner Erhaltung dienenden Zweck strafrechtlich zu sanktionieren. Es sind also nicht nur ungeklärte praktische Einzelfragen bezüglich der Durchführung der PID (wie etwa die nach den Kriterien und dem fehlenden Personal für die vorgeschriebene medizinische und psychosoziale Beratung¹⁷), die die jüngste Entscheidung des Gesetzgebers aus ethischer Perspektive höchst bedenklich erscheinen lassen, sondern es ist die einmal mehr bewiesene offenkundige Bereitschaft der politisch Verantwortlichen, grundlegende moralische Rechte des frühen menschlichen Embryos im Namen der reproduktiven Freiheit Dritter außer Kraft zu setzen, so der fortschreitenden Verdinglichung personalen Lebens weiter Vorschub zu leisten¹⁸ und sich damit der gebotenen Fürsorge zu entziehen.

2.2 *Priorisierung als Instrument einer gerechten Leistungsverteilung*

Ein zweites wichtiges Bewährungsfeld einer wirklich „menschendienlichen Perspektive“, das abschließend wenigstens noch kurz erwähnt werden soll, stellt die politisch bislang weithin verdrängte Diskussion um *Priorisierungen* in der Erbringung medizinischer Leistungen dar. Da aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts die Schere zwischen den möglichen und an sich auch sinnvollen Versorgungsleistungen und den vorhandenen finanziellen Ressourcen immer weiter auseinandergeht, ist es auf die Dauer unvermeidlich, darüber zu entscheiden, welche Leistungen aus welchen Gründen vorrangig erbracht werden müssen. Zwar sollten zunächst alle Rationalisierungspotenziale zur Vermeidung von Ineffizienz und Verschwendung ausgenutzt werden, doch dürfte die einzige Alternative zu einer *transparenten Priorisierung* letztlich die schon gegenwärtig praktizierte *verdeckte Rationierung* sein, die nicht nur die einzelnen

Entscheidungsträger belastet, sondern auch das Vertrauen der Patienten in das Gesundheitssystem insgesamt erwie-
nenmaßen nachhaltig schädigt. Aus gerechtigkeithetischer
Sicht¹⁹ scheinen dabei die folgenden drei Einsichten bedeut-
sam: Erstens dürfen Priorisierungsentscheidungen nicht aus-
schließlich unter ökonomischen Gesichtspunkten getroffen
werden. Zweitens bedeutet die notwendige Einbeziehung
ethischer Überlegungen keineswegs die Verpflichtung zu ei-
nem *egalitären* Verteilungsmodell, da ein reines Gleich-
heitsdenken weder den (infolge von Alter, Behinderung etc.)
individuell unterschiedlichen Bedürfnissen der Patienten
noch dem Aspekt der Eigenverantwortung hinreichend
Rechnung trägt.²⁰ Drittens ist sicherzustellen, dass jeder Pa-
tient zunächst einmal verlässlichen Zugang zu jenen Ge-
sundheitsleistungen erhält, die erforderlich für die Entwick-
lung und Erhaltung eines Mindestmaßes an persönlicher
Handlungsfähigkeit sind und den Patienten daher sowohl
zu einer verantwortlichen, autonomen Lebensführung als
auch zu einer basalen sozialen Teilhabe befähigen.

Die bisherige Neigung der Politik, sich auf der Basis ei-
ner schon jetzt völlig unrealistischen Gleichheitsrhetorik
der Priorisierungsdiskussion zu verweigern, ist aus ethi-
scher Perspektive unverantwortlich, da sie längst überfäl-
lige Strukturreformen verhindert und an den wahren Be-
dürfnissen der Patienten vorbeigeht.

Anmerkungen

¹ Vgl. dazu auch die Überlegungen der *Deutschen Bischöfe: Der Mensch: sein eigener Schöpfer? Wort der Deutschen Bischofskonferenz zu Fragen von Gentechnik und Biomedizin vom 7. März 2001*, 13.

² Der naheliegende Einwand, von einer solch grundsätzlichen und damit zwangsläufig abstrakten Herangehensweise sei kein konstruktiver Beitrag zur Lösung der drängenden Alltagsprobleme zu erwarten, übersieht *Paul Kirchhof* zufolge, dass gerade der Pragmatiker wisse, „dass er Zielvorgaben, große strukturgebende Gedanken braucht“, um nicht immer nur Teillösungen hinterherzulaufen, die

den Herausforderungen der Zukunft letztlich nicht (mehr) gerecht werden (vgl. FAS-Gespräch in FAS vom 21.8.2011, 3).

³ Vgl. *Maio, Giovanni*: Mittelpunkt Mensch: Ethik in der Medizin. Ein Lehrbuch. Stuttgart 2012.

⁴ Vgl. dazu auch *Bormann, Franz-Josef*: Menschenwürde – Selbstzwecklichkeit – Gottebenbildlichkeit. Moraltheologische Überlegungen zum gegenwärtigen Streit um die Menschenwürde. In: Kursbuch Biopolitik 3 (2006), 62–79.

⁵ Vgl. *Zweites Vatikanisches Konzil*: Gaudium et spes, Nr. 17: „Die Würde des Menschen verlangt [...], dass er in bewusster und freier Wahl handle, das heißt personal, von innen her bewegt und geführt und nicht unter blindem inneren Drang oder unter bloß äußerem Zwang.“

⁶ Zum Bedürfnisbegriff vgl. *Thomson, Garrett*: Needs. London 1987, sowie *Wiggins, David*: Claims of Need. In: *ders.*: Needs, Values, Truth. Essays in the Philosophy of Value. Oxford 1991, 1–57.

⁷ Vgl. dazu *Gewirth, Alan*: Reason and Morality. Chicago 1978, sowie *ders.*: The Community of Rights. Chicago 1996; vgl. dazu auch *Steigleder, Klaus*: Grundlegung der normativen Ethik. Der Ansatz von Alan Gewirth. Freiburg 1999.

⁸ Vgl. *Bormann, Franz-Josef*: Naturrecht in neuem Gewand? Zu einigen zeitgenössischen Erscheinungsformen einer traditionellen Denkform. In: *Schuster, Josef (Hrsg.)*: Zur Bedeutung der Philosophie für die Theologische Ethik. Freiburg 2010, bes. 97–100.

⁹ Das übersieht *Wolfgang Kersting*, wenn er die Handlungsfähigkeit mit so disparaten Gütern wie Leben, körperliche Unversehrtheit, Sicherheit, Grundversorgung mit Nahrungsmitteln, Kleidung und Wohnung auf eine Stufe stellt und unterschiedslos als „transzendente Güter“ bezeichnet; vgl. *Kersting, Wolfgang*: Über Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. In: Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik 4 (1999), 143–173, hier 152.

¹⁰ Vgl. dazu *Bormann, Franz-Josef*: Natur als Horizont sittlicher Praxis. Stuttgart 1999, bes. 207–236.

¹¹ In lockerer Anlehnung an Kants berühmten kategorischen Imperativ ließe sich ein oberstes handlungsleitendes Prinzip daher folgendermaßen formulieren: *Handle so, dass du deine eigene Handlungsfähigkeit sowie die Handlungsfähigkeit der von deinem Handeln Betroffenen nach Möglichkeit umfassend entfaltetst und gleichberechtigt förderst und nicht ohne zwingenden Sachgrund beeinträchtigst oder sogar zerstörst.*

¹² *Die deutschen Bischöfe. Kommission für gesellschaftliche und soziale Fragen: Chancengerechte Gesellschaft. Leitbild für eine freiheitliche Ordnung* (27. Juni 2011), 18.

¹³ Vgl. *Die deutschen Bischöfe* (wie Anm. 12), 19–21.

¹⁴ Dazu wäre es allerdings erforderlich, dass das bisherige Kartell der Leistungserbringer im Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) einer stärkeren ordnungspolitischen Kontrolle unterworfen würde, was bislang viel zu wenig der Fall ist.

¹⁵ Statt eines generellen „Sozialabbaus“ geht es um die Anpassung bestehender Strukturen an teilweise neue Herausforderungen.

¹⁶ Vgl. *Bormann, Franz-Josef: Der Status des Embryos aus der Sicht der katholischen Moraltheologie*. In: *Maio, Giovanni / Just, Hansjörg (Hrsg.): Die Forschung an embryonalen Stammzellen in ethischer und rechtlicher Perspektive*. Baden-Baden 2003, 214–228, sowie *ders.: Was ist uns der Schutz menschlicher Embryonen (noch) wert? Ein ethischer Rückblick auf die jüngere deutsche Debatte um die Stammzellforschung*. In: *Strauer, Bodo-Eckehard et al. (Hrsg.): Adulte Stammzellen. Therapiemöglichkeiten bei Herz- und Kreislauferkrankungen*. Düsseldorf 2009, 45–51.

¹⁷ Vgl. Art. 1 PräimpG (Gesetz zur Regelung der Präimplantationsdiagnostik [Präimplantationsdiagnostikgesetz – PräimpG]). In: *Bundgesetzblatt 58/2011, 2228f.*, hier 2228): „Eine Präimplantationsdiagnostik [...] darf nur [...] nach Aufklärung und Beratung zu den medizinischen, psychischen und sozialen Folgen der von der Frau gewünschten genetischen Untersuchung von Zellen oder Embryonen, wobei die Aufklärung vor der Einholung der Einwilligung zu erfolgen hat, [...] vorgenommen werden.“

¹⁸ Vgl. *Kollek, Regine: Präimplantationsdiagnostik: Embryonenselektion, weibliche Autonomie und Recht*. Tübingen 2002, sowie *Schockenhoff, Eberhard: Ein gesundes Kind um jeden Preis? Ethische Erwägungen zur Präimplantationsdiagnostik*. In: *Zeitschrift für medizinische Ethik 46 (2000), 91–105*.

¹⁹ Vgl. dazu *Bormann, Franz-Josef: Soziale Gerechtigkeit zwischen Fairness und Partizipation*. Freiburg 2006, sowie *ders.: „Gerechtigkeit“ und „Verantwortung“ im Spiegel der katholischen Soziallehre*. In: *Chittilappilly, Paul Chummar (Hrsg.): Ethik der Lebensfelder*. Freiburg 2010, 183–200.

²⁰ Vgl. *Krebs, Angelika (Hrsg.): Gleichheit oder Gerechtigkeit. Texte der neuen Egalitarismuskritik*. Frankfurt am Main 2000.