

---

# Gesundheit – Zukunftstechnologien und Wachstumsmärkte

## Welche ethischen Maßstäbe gelten?

Joachim Fetzer

### *1. Ethische Maßstäbe als Grenzen des Fortschritts?*

Die Themenstellung legt es nahe, einer bestimmten Rollenverteilung zwischen wissenschaftlicher Forschung und wachsender Wirtschaft auf der einen und der Ethik auf der anderen Seite zu huldigen. Diese funktioniert wie folgt: Quasi naturwüchsig entstehen neue Technologien, von denen wir *ex ante* nicht immer sofort wissen, welchen die Zukunft gehört und welchen nicht. Verbunden damit entstehen neue Märkte. Wird nun die Ethik ins Spiel gebracht, dann mit der Absicht, diesem Entwicklungsprozess aus Forschung und wirtschaftlicher Entwicklung inhaltliche Leitplanken zu geben oder gar Grenzen zu setzen nach dem Motto: „Denn wir dürfen nicht alles, was wir können.“ Anschließend erhebt sich die Frage, wie diese Leitplanken und Begrenzungen durchgesetzt werden können: durch Moral, also durch die Selbststeuerung der Akteure, oder durch das Recht?

Diese Aufgabenverteilung führt zu einer fragwürdigen Rolle des ethischen Nachdenkens. In Bezug auf die Entwicklungen im Gesundheitssystem ist dies noch mehr zu erwarten als in anderen Bereichen. Schließlich wird – so die These von Nefiodow – der Gesundheitssektor als Lokomotive für Wachstum und Beschäftigung im 6. Kondratieff-Zyklus angesehen. Gesundheit sei der neue Megamarkt

des 21. Jahrhunderts, der auf den Basisinnovationen „psychosoziale Gesundheit“, Biotechnologie und Umwelttechnologien beruhe. Würden die Wachstumsreserven der Gesundheitsmärkte genutzt, werde Vollbeschäftigung wieder ein erreichbares Ziel.<sup>1</sup>

Welche Rolle können angesichts dieser Prognose ethische Maßstäbe spielen? „Hauptsache gesund“ steht fast immer ganz oben auf der individuellen Prioritätenliste. Wenn sich dies mit der politischen Priorität „Hauptsache Wachstum und Arbeitsplätze“ verbindet, können einschränkende ethische Maßstäbe nur Spielverderber sein. Die Ethik will (wieder einmal?) Innovation und Wachstum hemmen und richtet sich unter Bezugnahme auf höhere Werte und mit gesellschaftskritischem Gestus gegen weitverbreitete individuelle Wertsetzungen und gegen kollektive Interessen.

Doch diese Rollenverteilung ist eine Sackgasse. Weder die Ethik als Fachgebiet noch der Ethiker im Diskurs sollte sich darauf einlassen. Dies gebietet schon die intellektuelle Redlichkeit. Denn damit würde das Ergebnis des Nachdenkens dem Nachdenken bereits vorgegeben. Vielmehr ist auch die Möglichkeit in Rechnung zu stellen, dass medizinischer Fortschritt und ökonomisches Wachstum im Gesundheitssektor Beiträge leisten zur Lösung oder Entschärfung schwieriger moralischer Probleme. Kann man dann umgekehrt davon ausgehen, dass die Entwicklung neuer Technologien und das Wachstum von Gesundheitsmärkten im Einklang mit ethischen Imperativen verlaufen? Dann ließe sich auf die Ethik als Disziplin und als Denkbe-mühung verzichten. Wissenschaftlicher Fortschritt und Ökonomik wären dann die Fortsetzung der Ethik mit anderen Mitteln. Doch auch diese Gleichsetzung wäre eine zur Ideologie neigende Haltung, die kaum mit guten Argumenten vertreten werden kann.

Beim ergebnisoffenen Nachdenken über Ethik im Ge-

sundheitswesen geht es weniger um Maßstäbe, die von außen an das Gesundheitssystem herangetragen werden müssten, als eher um die Formulierung und Klärung längst vorhandener und (mal mehr und mal weniger) wirksamer Orientierungsmuster. Es geht nicht primär darum, dem Lauf der Dinge ein paar Leitplanken zu geben, so wichtig diese sind und so wenig sie ohne Unterstützung des Rechts möglich wären. Vielmehr geht es darum, Grundhaltungen zu klären, den Geist zu beschreiben, welcher das individuelle und kollektive Handeln leiten kann, und vor allem die Prinzipien, nach denen Institutionen entwickelt werden. Bewusst oder unbewusst begleiten uns immer schon ethische Orientierungen. Ethik ist eine Begleitwissenschaft und keine Bescheidwissenschaft (N. Oermann).

Dieser Beitrag kann und will daher keine Grenzen der Innovation, der Forschungsmethoden und der ökonomischen Entwicklung aufstellen, sondern einige Orientierungsmuster – hier selektiv: aus der christlichen Tradition – in Erinnerung rufen und anhand ausgewählter Beispiele diskutieren. Dies ist nicht besonders innovativ.<sup>2</sup> Nur selten bedarf es einer „neuen Ethik“, außer man wollte die sehr traditionelle Aufgabe der Hermeneutik – den Versuch, überkommene Orientierungen unter veränderten historischen und gesellschaftlichen Bedingungen neu zu verstehen – als fortlaufenden Innovationsprozess darstellen. Neue Differenzierungen sind nicht neue ethische Maßstäbe, sondern gehören zum Bereich der Urteilskraft, also der Fähigkeit, gesellschaftliche Strukturen, Systeme, aktuelle Situationen und komplexe Prozesse mithilfe weniger ethischer Maßstäbe zu beschreiben. Werfen wir einen Blick in die Welt der traditionellen christlichen Orientierungsmuster und versuchen diese hineinzuwoben in die Diskussion über Zukunftstechnologien und Wachstumsmärkte im Gesundheitswesen. Dabei seien vor allem zwei Begriffe herausgegriffen, die in der jüngsten Enzyklika von Papst Be-

nedikt XVI., *Caritas in Veritate*, eine besondere Rolle spielen: die ganzheitliche Entwicklung des Menschen und das Gemeinwohl – oder auch: die Menschenwürde (Teil 3–5) und das Gemeinwohl (Teil 2).

## 2. *Gemeinwohlordnung und Gesundheit als Wachstumsmotor*

Gerade mit Blick auf medizinische Innovationen muss gelegentlich wiederholt werden:<sup>3</sup> Gemeinwohl als gemeinsamen Nutzen, als Nutzen der Gesellschaft, als Nutzen eines Kollektivs zu verstehen ist ein Missverständnis. Werden durch das Gesundheitssystem „durchschnittlich mehr Lebensjahre“ oder „durchschnittlich weniger verlorene Erwerbstätigkeitsjahre“ erreicht, dann erhöht dies vielleicht die allgemeine Wohlfahrt und den gemeinen Nutzen. Gemeinwohlförderlich ist dies *eo ipso* noch nicht.

Mit Gemeinwohl ist dagegen eine Ordnung der Gesellschaft gemeint, „die sowohl den Gruppen als auch deren einzelnen Gliedern ein volleres und leichteres Erreichen der eigenen Vollendung“ ermöglicht.<sup>4</sup> Zu Strukturen, welche ein individuell und gemeinschaftlich gutes Leben und Sterben ermöglichen, gehört, dass die vier Grundfunktionen jeder menschlichen Gesellschaft gleichberechtigt und konstruktiv aufeinander zugeordnet sind:

1. die Herrschaft, welche Regeln der Kooperation in Geltung setzt – kurz: die Politik;
2. die ökonomische Kooperation, die für die Allokation von Gütern und Dienstleistungen sorgt – kurz: die Wirtschaft;
3. die wissenschaftlich-technische Kooperation, die das empirische Regelwissen besorgt, wozu der größte Bereich der medizinischen Fachkenntnis und Forschung gerechnet werden muss;

4. die weltanschaulich-ethische Kommunikation, die auf kommunikative Verständigung über die Ziele des Handelns aus ist: Dieser Aspekt gehört z. B. auch zur Frage nach Nutzen und Sinn neuer Behandlungsmethoden.

Politik, Wirtschaft, Technologie und Sinnorientierung sind in modernen Groß-Gesellschaften zunehmend institutionell getrennt. Die Dominanz eines Sektors stört die Entwicklung des Ganzen und der Gesellschaft.

Nun lässt und ließ sich in manchen Bereichen der Gesellschaft eine Dominanz des Ökonomischen feststellen oder beklagen. Gilt dies auch für das Gesundheitswesen? Sind die aktuell stattfindenden Systemveränderungen als gesellschaftlich schädliche Ökonomisierung zu begreifen?

Trotz dieser häufig geäußerten Klage dürfte es gerade umgekehrt sein: Im Gesundheitssystem dominiert keineswegs die ökonomische Dimension, sondern regieren und konkurrieren die politische und die technologisch-naturwissenschaftliche Dimension. Eine politisch dominierte Ökonomie nennt man Planwirtschaft. Und vieles im Gesundheitswesen erinnert (noch) daran – ergänzt um einige Elemente des sozialistischen Wettbewerbs. Ob und wie eine stärkere Betonung des für marktwirtschaftliche Koordination entscheidenden Elements des Vertrages in der Gesundheitswirtschaft gelingen kann, wäre eine weiterführende Frage. Der bereits zitierte Leo A. Nefiodow jedenfalls meint: Solange die politisch induzierte Deckelung im Gesundheitswesen existiere, bleibe der Wachstumsmotor Gesundheit ausgebremst.

### *3. Menschenwürde als Lebens-, Entfaltungs- und Selbstbestimmungsrecht*

Die wechselseitige Ergänzung und Begrenzung der vier Grundleistungsbereiche – genannt Gemeinwohl – ist das systemische Komplement der Menschenwürde. Menschenwürde bezeichnet in christlicher Tradition den Anspruch eines jeden Menschen auf Achtung,<sup>5</sup> wobei der Mensch immer als ein Individuum mit seinen Gemeinschaftsbezügen gedacht wird. Mit diesem Anspruch auf Achtung sind einige Konsequenzen verbunden:

Evident ist die Konsequenz eines grundsätzlichen Lebensrechtes, einerseits als Abwehrrecht gegen willkürliche Tötung, andererseits als Entfaltungsrecht, durch welches neuem Leben Raum gegeben wird, sich zu entfalten.<sup>6</sup> Teil dieser Entfaltungsmöglichkeiten ist es, seinen Lebensunterhalt selber verdienen zu können. Und so haben – wissend oder nicht wissend – alle medizinischen Maßnahmen und Innovationen, die auf die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zielen, nicht nur eine volkswirtschaftliche Dimension, sondern eben auch einen engen Bezug zur Menschenwürde als Entfaltungsrecht.<sup>7</sup>

Eine weitere Konsequenz der Menschenwürde ist das Selbstbestimmungsrecht. Gerade weil es auch Formen der Selbstbestimmung gibt, die nach Auffassung mancher Ethiker nicht mit dem Menschenwürdegedanken in Übereinstimmung zu bringen sind, ist die grundsätzliche Ausrichtung festzuhalten: Die Achtung und der Schutz der Menschenwürde konkretisieren sich auch nach christlichem Verständnis in Form der Achtung und des Schutzes des menschlichen Selbstbestimmungsrechtes. Wenn es denn möglich werden würde, Nervenfunktionen durch mikroelektronische Systeme zu ersetzen und beispielsweise optische Signale mithilfe einer lernfähigen Spezialbrille ans Hirn zu übertragen, so ist das für einen Blinden nichts

anderes als ein Stück Wiederherstellung der auch körperlichen Selbstbestimmungsfähigkeit.

Die Zahl der Beispiele für die Kongruenz zwischen Menschenwürde und innovativen Technologien ließe sich problemlos vermehren.

#### *4. Konflikte um Selbstbestimmung und die Entstehung von Wachstums-„Märkten“*

Scheinbar evident ist es, dass die Entscheidung über den Einsatz oder Nicht-Einsatz medizinischer Technologien zum Bereich der Selbstbestimmung des Kunden gehört. Im medizinischen Bereich liegt eine besonders komplexe Marktsituation vor (wenn man überhaupt von Märkten sprechen will) – und zwar aus mindestens zwei Gründen: Erstens bestehen erhebliche Informationsasymmetrien zwischen Anbieter (z. B. Krankenhaus oder Arzt) und Nachfrager (z. B. Patient). Doch dies ist nur ein gradueller Unterschied gegenüber anderen Märkten für Produkte mit unsicherer oder risikoreicher Zukunftsentwicklung: Die Überprüfung und teilweise Standardisierung von Herstellerangaben, eine freiwillige oder verpflichtende Konsumentenaufklärung, die diesen Namen verdient, Generierung von Vertrauen durch Markenbildung und Markenbindung sowie das Haftungsrecht kennen wir auch aus anderen Bereichen. Kein gradueller, sondern ein prinzipieller Unterschied zu anderen Märkten besteht in der besonderen Finanzierungssituation. Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten wird im Allgemeinen mit der Hand im Portemonnaie eines Kollektivs, einer Versichertengemeinschaft, ausgeübt. Notwendigerweise ist dann die Entscheidung über den „Markt“-Erfolg neuer Technologien weniger von den Entscheidungen vieler Patienten als vielmehr von politischen Kollektiventscheidungen abhängig. Strukturell hat

das Selbstbestimmungsrecht der Individuen auf der Nachfrageseite daher einen niedrigeren Stellenwert.

Was bedeutet der Rekurs auf ein christlich verstandenes Selbstbestimmungsrecht, wenn der Patient vom Nachfrager zum Anbieter wird? Strittig ist in diesem Zusammenhang, ob es ein absolutes Recht auf Selbstbestimmung gibt. Führt die Menschenwürde als Anspruch auf Achtung in einen Selbstwiderspruch, wenn man sich nicht auch selber eben diese Achtung schuldet? „Akte der Selbstbestimmung, durch die Menschen sich selbst verkaufen oder in anderer, mit dem Anspruch auf Achtung unvereinbarer Weise über sich verfügen (wollen)“<sup>8</sup> sind für manche christliche Ethiker nicht durch die Idee der Menschenwürde gedeckt.

Wer z. B. in dieser Tradition die Prostitution als unvereinbar mit diesem Verständnis von Selbstachtung ansieht, dessen Meinung zum Verkauf eigener Organe dürfte klar sein. Organe sind aber im Transplantations-„Markt“ ein knappes Gut. Der Ökonom<sup>9</sup> möchte üblicherweise ein Knappheitsproblem (Transplantationsorgane) gerne durch die Etablierung eines Marktes lösen, hier durch die Legalisierung eines – natürlich streng kontrollierten – Organhandels. Wenn ein Mitglied des Ethikrates dies als unmoralisch ablehnt und gegen die fortgesetzte Ökonomisierung wettet, dann kann er sich in diese Tradition stellen. Allerdings bleibt dann die Frage: Wie sollten wir – außer über Anreize – den Mangel an Organ Spendern beheben? Eine nachvollziehbare Antwort wäre: Gar nicht! Der Organ-„Markt“ soll eben kein Markt werden, in dem definitionsgemäß eine Leistung mit einer Gegenleistung vergolten wird – mit freiwilliger<sup>10</sup> Zustimmung beider Seiten.

Eine schwer nachvollziehbare Antwort ist es aber, mit dem Argument der Selbstbestimmung den Organhandel verboten halten zu wollen, aber gleichzeitig allen Bürgern das Selbstbestimmungsrecht über ihren Körper zu nehmen, indem man ihnen automatisch den Status als Organspen-

der zuschreibt, solange sie nicht widersprechen. Diese Sozialisierung wäre nicht weniger problematisch, als würde man allen (jungen) Frauen den Status als Prostituierte zuschreiben, solange sie diesem nicht ausdrücklich widersprochen haben.

Nun besteht menschliches Leben nicht nur in Selbstbestimmung, sondern auch in wechselseitiger Abhängigkeit. Der Austausch von Waren und Dienstleistungen – großenteils über Geld vermittelt – auf Märkten ist eines der besten Instrumente, um diese Balance von Selbstbestimmung und wechselseitiger Abhängigkeit in anonymen Großgesellschaften zu organisieren. Eine Gesellschaft ist keine Familie, in welcher unentgeltliche Arbeit füreinander eine gute Pflicht darstellt. In Marktzusammenhängen wäre dies Zwangsarbeit. Mag die Organspende unter Familienmitgliedern oder einander Nahestehenden fast eine moralische Pflicht sein oder jedenfalls der Stoff für Romane und Filme, so führt eine solche Pflicht auf Gesellschaftsebene regelmäßig in unfreie Verhältnisse.

Fazit: Die Organspende ist wegen des Nutzens für andere sicher als eine mit der notwendigen Selbstachtung in Übereinstimmung zu bringende Selbstverfügung. Der Organhandel kann dagegen aus guten Gründen moralisch abgelehnt werden. Wenn überhaupt, dann wären die Probleme entlang der *supply-chain* insbesondere in internationalen Zusammenhängen sehr ernst zu nehmen. Eine (auch abdingbare) Pflicht zum Organspenden lässt sich mit einer die Selbstbestimmung achtenden Gesellschaftsvorstellung nicht in Einklang bringen.

## 5. Subsidiarität als Innovationsvoraussetzung des Gesundheitssystems

Eine weitere Konsequenz aus dem Gedanken der Menschenwürde: „Es gehört zur Würde des Menschen, Verantwortung für sich selbst, für das eigene Leben, für die eigenen Angehörigen tragen zu dürfen und zu sollen, wo und soweit dies möglich ist. Es handelt sich dabei einerseits um das Recht, andererseits um eine Pflicht, durch eigene Arbeit seinen Lebensunterhalt zu verdienen und durch eigene Entscheidung und Vorsorge seine Lebensplanung zu gestalten. Im Prinzip der Subsidiarität, das eng mit dem christlichen Menschenbild verknüpft ist, kommt dieses Moment der persönlichen Verantwortung in einer auch strukturbildenden Weise zum Ausdruck.“<sup>11</sup>

Insbesondere bezüglich der eigenen Vorsorge für die Lebensplanung ist das gegenwärtige Gesundheitssystem weit von dieser doch zustimmungsfähigen Leitidee entfernt. Das Recht und die Pflicht zur eigenen Vorsorge führen notwendigerweise zu individuell unterschiedlichen Lebensentscheidungen und unterschiedlichen Risiken. Wir leben in Deutschland aber nach wie vor in der Tradition einer einheitlichen bürgerlichen Lebensgestaltung, die in den großen Entscheidungsorganisationen z. B. der gesetzlichen Krankenversicherungen zum Ausdruck kommen. Gesellschaftliche Systeme, welche Verantwortlichkeit als Teil der menschlichen Lebensführung verstehen, werden auch im Bereich der Gesundheitsdienstleistungen die Heterogenität der Gesellschaft widerspiegeln. Dies muss mit dem Gedanken der Menschenwürde überhaupt nicht in Konflikt stehen, wenn es eine Basisversorgung gibt, welche den leistungs- und erfolgsunabhängigen Anspruch auf Achtung eines jeden menschlichen Lebens hinreichend widerspiegelt.

Einheitlichkeit ist dabei weder nötig noch wünschenswert. Dies hat mit der viel zitierten Zwei-Klassen-Medizin

nichts zu tun. Die Differenzierungen sind in einer freiheitlichen Gesellschaft viel weitgehender und durchlässiger, als dass sie mit dem pseudo-marxistischen Schimpfwort von den zwei Klassen angemessen gekennzeichnet wären.

Diese trotz einiger Entwicklungen in diese Richtung (IGeL-Leistungen) immer noch tabuisierte Diskussion muss endlich geführt werden und hat einen engen Bezug zur Entwicklung der Gesundheitswirtschaft. Denn die Abgrenzung zwischen privat zu bezahlender Vorsorge und solidarisch finanzierten Krankheits-Behandlungskosten wird immer unplausibler und dysfunktionaler, je mehr aus einem Krankheit bekämpfenden Gesundheitswesen herkömmlicher Art eine Gesundheitswirtschaft wird, in der die Übergänge von Präventionsmaßnahmen zu Wellness- bzw. Fitnessangeboten, vom Kurwesen zum Gesundheitstourismus, von medizinisch angezeigter zu kosmetischer Chirurgie, von gesunden zu schönen Zähnen fließend werden. Die Abgrenzung der Teilbereiche dieser Gesundheitswirtschaft nach dem Kriterium der Erstattungsfähigkeit ist allenfalls aus dem historischen Zusammenhang verstehbar und ist nicht zuletzt auch für die Bereitschaft zu individuell verantworteter Krankheits-Prävention kontraproduktiv. Auch die Frage nach den Folgekosten von Non-Compliance des Patienten wäre hier zu diskutieren.

Gerade um der Innovationsfähigkeit des Gesundheitssystems willen muss diese Tabudiskussion früher oder später geführt werden – und zwar öffentlich. Dann und nur dann können auch fragwürdige Entwicklungen identifiziert und kann ihnen mit geeigneten Maßnahmen begegnet werden. Noch immer verhindert ein moralisierender Anti-Ökonomismus diese öffentliche Debatte.

## 6. Bleibende Maßstäbe statt moralisierender Wachstumsbremsen

Die Frage nach den ethischen Maßstäben angesichts von und für Zukunftstechnologien und Wachstumsmärkte erfordert keine „neue Ethik“. Ethische Normen lassen sich nicht vom Himmel herab neu erfinden. Werden den prägenden Traditionen neue Ethiken entgegengesetzt, so läuft dies letztlich auf eine Auflösung tradierter Bindungen hinaus, ohne dass an deren Stelle eine neue Moral tritt. Allerdings entsteht diese Diskussion immer wieder dann, wenn Defizite in der Erfüllung der hermeneutischen Aufgabe von den intellektuellen Bewahrern wichtiger Traditionen durch Tabuerklärungen und vermeintlich nicht überschreitbare Grenzziehungen kompensiert werden. Seit der Diskussion im 18. Jahrhundert, ob die Installation von Blitzableitern nicht einer Entwaffnung Gottes gleichkomme, weil jeder Blitz ein Pfeil aus der Hand des Schöpfers sei, wurden angesichts von technischen Innovationen die Grenzen menschlichen Handelns stets neu diskutiert. War auch die Einführung des Blitzableiters schon eine Überschreitung des Rubikon, ein Dammbuch, eine schiefe Ebene (*slippery slope*)? Vermutlich nicht! Sind solche Einwände, die uns heute skurril anmuten, aber nur eine antimodernistische Position der ewig Gestrigen? Auch das ist weit gefehlt. Man kann im Anti-Blitzableiter-Argument auch die Erinnerung daran sehen, dass trotz montiertem und funktionierendem Blitzableiter die Macht des nicht Gestaltbaren und die Bedeutung des uns als zu akzeptierendes aufgegebenen Schicksals keineswegs abnehmen wird. So gewinnt auch dieser Maßstab eine bleibende Bedeutung.<sup>12</sup>

In vergleichbarer Weise ist auch der wichtigen Tradition der Menschenwürde kein guter Dienst erwiesen, wenn diese aufgrund einer unnötig biologistischen Interpretation in einen Kontrast zu einer sogenannten Ethik des Heilens

gerät. Wie der Blitzableiter ein nützliches und unstrittiges Instrument geworden ist, so könnten dereinst die neuen Möglichkeiten am Anfang und am Ende des Lebens selbstverständlicher Teil menschlicher Lebensgestaltung sein. Paradoxerweise ist mit dem Blitzableiter und vielen anderen technischen Sicherungssystemen nicht verhindert worden, dass gerade moderne Gesellschaften als Risikogesellschaften bezeichnet werden. Auch die umstrittenen Therapie- und Forschungsmethoden am Anfang und Ende des Lebens, in der Humangenetik oder bei Eingriffen ins menschliche Bewusstsein sind vielleicht weniger in sich gefährlich, sie sind nicht automatisch ein Dambruch oder eine Grenzüberschreitung. Den mit ihnen verbundenen (und vielleicht zu Zwecken der politischen Durchsetzbarkeit notwendigen) Heilsversprechen ist dagegen mit höchster Skepsis zu begegnen. Dies meint im Zusammenhang mit Zukunftstechnologien und Wachstumsmärkten ein besonders alter Maßstab: „ICH bin der Herr, dein Gott. Du sollst keine anderen Götter neben mir haben. Spiele dich nicht als Herrgott auf und halte dich nicht für allwissend oder allmächtig.“<sup>13</sup>

### Anmerkungen

<sup>1</sup> Vgl. *Nefiodow, Leo A.*: Der sechste Kondratieff, St. Augustin, 2006.

<sup>2</sup> Der auch unter Ethikern existierende Wettbewerb um die neueste Begriffsinnovation führt gelegentlich zu Wortschöpfungen, deren inhaltliche Innovationskraft eher bescheiden ist. Man denke z. B. neben den immer wieder neuen Arten der Gerechtigkeit wie soziale, Chancen- und Beteiligungsgerechtigkeit auch an Primär- und Sekundärverantwortlichkeiten, an Handlungsfolgen- und Metaprozessverantwortung.

<sup>3</sup> Vgl. *Fetzer, Joachim*: Das Gemeinwohl als Leitgedanke im Gesundheitswesen? In: *Schumpelick, Volker / Vogel, Bernhard (Hrsg.)*: Volkskrankheiten: Gesundheitliche Herausforderungen in der Wohlstandsgesellschaft, Freiburg 2009, 603–619.

<sup>4</sup> Vgl. die Pastoralkonstitution des Zweiten Vatikanischen Konzils „*Gaudium et Spes*“. Über die Kirche in der Welt von heute (1965), Nr. 26.

<sup>5</sup> *Vogel, Bernhard (Hrsg.): Im Zentrum: Menschenwürde. Politisches Handeln aus christlicher Verantwortung. Christliche Ethik als Orientierungshilfe. Eine Veröffentlichung der Konrad-Adenauer-Stiftung e. V. St. Augustin 2006.*

<sup>6</sup> Vgl. ebd., 27.

<sup>7</sup> Den strittigen Fragen bezüglich des Lebensrechts und des Lebensschutzes oder der bio-medizinischen Forschung sind eigene Beiträge in diesem Band gewidmet (Groß und Höfling). Die in diesen Zusammenhängen geführten Diskussionen stellen das Kriterium als Maßstab insgesamt nicht infrage, sondern bestätigen dessen Bedeutung.

<sup>8</sup> Im Zentrum: Menschenwürde (wie Anm. 4), 28.

<sup>9</sup> Vgl. zum Folgenden: Transplantations-Mediziner ist gegen eine Ökonomisierung des Körpers, Interview am 4.1.2007 mit Prof. Dr Eckart Nagel zu den Vorschlägen von Peter Oberender, <http://www.dradio.de/dkultur/sendungen/kulturinterview/579297/> (20.09.2009).

<sup>10</sup> Dass am Begriff „Freiwilligkeit“ zu zweifeln ist, wenn die alternativen Verdienstmöglichkeiten unvergleichbar niedrig sind, sei hier nur angemerkt. Dies betrifft vor allem den internationalen Organhandel oder – um den Vergleich nochmals zu bemühen – die internationale Prostitutionsmigration, die von Menschenhandel mit Zwangsprostitution kaum abgrenzbar ist.

<sup>11</sup> Im Zentrum: Menschenwürde (wie Anm. 4), 30.

<sup>12</sup> Technische und ökonomische Absicherungen haben dramatisch zugenommen und sind so alltäglich geworden, dass der Umgang mit (ungerecht erscheinendem) Schicksal aus der Übung gekommen ist. Vor dem Akzeptieren des Todes steht zunehmend zuerst die Frage nach dem Versagen oder gar der Schuld des „Blitzableiters“, nämlich des Gesundheitssystems (oder des Arztes). Verständlicherweise versucht dieses durch geeignete Enthafungsstrategien dieser Gottesrolle wieder zu entkommen.

<sup>13</sup> Vgl. die „10 Gebote für Unternehmer“ des Bundes Katholischer Unternehmer (2006), 1. Gebot.