Daniela Reitz

Wunschkinder

Präimplantationsdiagnostik aus der Perspektive der Prinzipienethik und der feministischen Ethik

Edition Ethik Band 8

Edition Ruprecht

Copyright © 2011 Edition Ruprecht Dr. Reinhilde Ruprecht e. K.
ISBN: 978-3-8469-0000-0

Daniela Reitz

Wunschkinder

Präimplantationsdiagnostik aus der Perspektive der Prinzipienethik und der feministischen Ethik

Edition Ruprecht

ER

Edition Ethik

Herausgegeben von Reiner Anselm
und Ulrich H. J. Körtner

Band 8

Daniela Reitz

Wunschkinder

Präimplantationsdiagnostik aus der Perspektive der Prinzipienethik und der feministischen Ethik

Edition Ruprecht
Inh. Dr. Reinhilde Ruprecht e.K.

Die Umschlagabbildung zeigt eine Embryonenbiopsie im Rahmen der Präimplantationsdiagnostik. Foto © ec.europa.eu.

FSC
Mix
Produktgruppe aus vorbildlich bewirtschafteten Wäldern, kontrollierten Herkünften und Recyclingholz oder -fasern
Zert.-Nr. GFA-COC-1229
www.fsc.org
© 1996 Forest Stewardship Council

„Dieses Hardcover wurde auf FSC-zertifiziertem Papier gedruckt. FSC (Forest Stewardship Council) ist eine nichtstaatliche, gemeinnützige Organisation, die sich für eine ökologische und sozialverantwortliche Nutzung der Wälder unserer Erde einsetzt."

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte Daten sind im Internet über http://dnb.ddb.de abrufbar.
Eine eBook-Ausgabe ist erhältlich unter DOI 10.2364/5313694965.

© Edition Ruprecht Inh. Dr. R. Ruprecht e.K., Postfach 17 16, 37007 Göttingen – 2011
www.edition-ruprecht.de

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk einschließlich seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urhebergesetzes bedarf der vorherigen schriftlichen Zustimmung des Verlags. Diese ist auch erforderlich bei einer Nutzung für Lehr- und Unterrichtszwecke nach § 52a UrhG.

Satz und Layout: mm interaktiv, Dortmund
Umschlaggestaltung: klartext GmbH, Göttingen
Druck: buch bücher.de GmbH, Birkach

ISBN: 978-3-7675-7139-6

Inhaltsverzeichnis

Vorwort **7**

1 Einleitung **9**

2 Perspektiven biomedizinethischer Theoriebildung **14**
2.1 Der prinzipienethische Ansatz von Tom L. Beauchamp und James F. Childress 17
2.1.1 Einordnung in den Kontext ethischer Theoriebildung 17
2.1.2 Ethische Grundlegung des Ansatzes von Beauchamp und Childress 23
2.1.3 Das Prinzip des Respekts vor Autonomie 31
2.1.4 Das Prinzip des Nichtschadens 37
2.1.5 Das Prinzip des Wohltuns 41
2.1.6 Das Prinzip der Gerechtigkeit 44
2.1.7 Würdigung und Kritik 47
2.2 Der feministische Ansatz von Susan Sherwin 58
2.2.1 Einordnung in den Kontext ethischer Theoriebildung 58
2.2.2 Ethische Grundlegung des Ansatzes von Sherwin 65
2.2.3 Das relationale Konzept der Autonomie 76
2.2.4 Das Kriterium der sozialen Gerechtigkeit 81
2.2.5 Würdigung und Kritik 83
2.3 Die ethischen Theorien von Beauchamp/Childress und Sherwin im Vergleich 90

3 Implikationen für die Präimplantationsdiagnostik **97**
3.1 Medizinische und rechtliche Grundlagen der Präimplantationsdiagnostik 97
3.1.1 Medizinisch-naturwissenschaftliche Grundlagen der Präimplantationsdiagnostik 98
3.1.2 Rechtliche Situation in Deutschland 105
3.2 Präimplantationsdiagnostik aus der Perspektive der Prinzipienethik von Beauchamp und Childress 107
3.2.1 Die Spezifizierung der Prinzipien in Bezug auf die Präimplantationsdiagnostik 109
3.2.2 Abwägung der vier Prinzipien 132
3.2.3 Praxisbezogene Diskussion des ethischen Ansatzes 138
3.3 Die Präimplantationsdiagnostik aus der Perspektive der feministischen Ethik von Sherwin 145

3.3.1 Die strukturbezogene kontextuelle Analyse der Präimplantationsdiagnostik 146
3.3.2 Die kontextuelle Analyse der Präimplantationsdiagnostik unter dem Aspekt der Fürsorge für die Betroffenen 160
3.3.3 Präimplantationsdiagnostik im Spannungsfeld zwischen der Perspektive sozialer Gerechtigkeit und der Fürsorge für individuell betroffene Frauen 166
3.3.4 Praxisbezogene Diskussion des ethischen Ansatzes 173

4 Ergebnis 177
4.1 Inhalt und Begründung ethischer Normen 177
4.2 Kontextsensitivität 178
4.3 Lösungsorientierung der ethischen Ansätze von Beauchamp/Childress und Sherwin im Hinblick auf die Präimplantationsdiagnostik 182

5 Ausblick 190

6 Literaturverzeichnis 197

7 Register 222

Vorwort

Seit dem Jahr 2000 wird in politischen Gremien und in der Öffentlichkeit über die Einführung der Präimplantationsdiagnostik in Deutschland gestritten. Nachdem in den kontroversen Diskussionen von 2000 bis 2003 keine Einigung erzielt werden konnte, ist nun die Debatte durch das Bundesgerichtshofurteil vom 6.7.2010 neu entfacht. Der Bundesgerichtshof hat bestätigt, dass die Präimplantationsdiagnostik mit dem aktuellen deutschen Strafrecht vereinbar wäre. Eine politische und rechtliche Regelung ist somit dringender denn je.

Das vorliegende Buch „Wunschkinder" analysiert die ethischen Konflikte, die sich ergeben, wenn die Präimplantationsdiagnostik in Deutschland eingeführt wird. Im Rahmen der Präimplantationsdiagnostik werden Embryonen vor der Einpflanzung in die Gebärmutter genetisch untersucht, um Embryonen mit bestimmten genetischen Erkrankungen bzw. Behinderungen auszuschließen. Gerade Paaren, die bereits ein oder mehrere Kinder durch eine Erbkrankheit verloren haben, erscheint die Präimplantationsdiagnostik oft als der einzige Weg zu einem ersehnten Kind. Kritiker geben zu bedenken, dass durch diese Methode Kinder auch aufgrund von anderen Merkmalen oder Eigenschaften wie Geschlecht, Intelligenz etc. selektiert werden könnten. Somit könnte die Präimplantationsdiagnostik Paaren nicht nur zu einem gewünschten Kind, sondern zu einem Kind nach Wunsch verhelfen. Auf der gesellschaftlichen Ebene wird befürchtet, dass die Solidarität mit Menschen mit Behinderungen abnehmen könnte. Die kontroversen ethischen Positionen, die sich aus dieser Ambivalenz ergeben, werden anhand von zwei modernen biomedizinethischen Theorien analysiert und beurteilt: der Prinzipienethik von Tom L. Beauchamp und James F. Childress, die auf den Prinzipien Autonomie, Nichtschaden, Wohltun und Gerechtigkeit beruht, und der feministischen Ethik von Susan Sherwin, deren Ziel die Verwirklichung sozialer Gerechtigkeit ist. Da sich beide Theorien auf gesellschaftlich geteilte Moralvorstellungen beziehen, werden in der Analyse insbesondere auch die Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage sowie Einschätzungen und Beurteilungen von Betroffenen und Expertengruppen in Deutschland berücksichtigt.

Bei dem vorliegenden Buch handelt es sich um die erweiterte und aktualisierte Fassung meiner Dissertation, die 2008 mit dem Promotionspreis der Philipps-Universität Marburg ausgezeichnet wurde. Mein ausdrücklicher Dank gilt meinem Doktorvater, Herrn Prof. Dr. med. Gerd Richter, Leiter der Ethikkommission, für die engagierte fachliche und persönliche Betreuung. Ihm und Frau PD Dr. med. Tanja Krones danke ich für die inspirierenden Daten aus den klinischen Studien zur Präimplantationsdiagnostik. Herrn Prof. Dr. med. Stephan Schmidt, Direktor der Klinik für Geburtshilfe und Perinatalmedizin der Philipps-Universität Marburg, und allen Kolleginnen und Kollegen aus dem geburtshilflichen Team danke ich dafür, dass sie mir Freiräume im klinischen Alltag geschaffen haben. Den Schwestern der Benediktinerinnen-Abtei zum Heiligen Kreuz in Herstelle und Kloster Engelthal gilt

mein Dank für die herzliche Aufnahme und unermüdliche Begleitung. Michaela Geiger danke ich für die liebevolle und geduldige persönliche Unterstützung und die konstruktiven kritischen Anmerkungen. Prof. Dr. Reiner Anselm und Prof. Dr. H. J. Körtner, den Herausgebern der Reihe Edition Ethik, danke ich für die Veröffentlichung meiner aktualisierten Arbeit.

Marburg, Februar 2011

Daniela Reitz

1 Einleitung

Durch die Entwicklung neuer Techniken im Bereich der Medizin haben sich die Behandlungsmöglichkeiten aber auch die ethischen Entscheidungskonflikte vervielfacht. Dieses wird besonders an den Grenzen des Lebens deutlich. Der Auslöser der vorliegenden Arbeit war die Diskussion um die Einführung der Präimplantationsdiagnostik in Deutschland. Bei der Präimplantationsdiagnostik (eng.: *preimplantation genetic diagnosis* = PGD) handelt es sich um die genetische Diagnostik von Embryonen vor der Übertragung in die Gebärmutter.[1] Vorraussetzung der Präimplantationsdiagnostik ist die Durchführung einer In-Vitro-Fertilisation (IVF) oder der Intrazytoplasmatischen-Spermieninjektion (ICSI), einer so genannten künstlichen Befruchtung. In den meisten europäischen Ländern wird die PGD bereits klinisch durchgeführt.[2]

Die Diskussion um die Einführung der PGD in Deutschland wurde 1995 durch die Nachfrage eines Paares in Lübeck angestoßen, dessen erstes Kind an der erblichen Erkrankung Mukoviszidose verstorben war.[3] Im März 2000 veröffentlichte die Bundesärztekammer ihren „Diskussionsentwurf zu einer Richtlinie zur Präimplantationsdiagnostik", in dem die Legalisierung der PGD für Paare mit dem erhöhten Risiko der Vererbung einer schwerwiegenden genetisch bedingten Behinderung oder Erkrankung befürwortet wird.[4] Das Bundesministerium für Gesundheit veranstaltete 2000 ein wissenschaftliches Symposium zur Fortpflanzungsmedizin in Deutschland, in dem medizinische, rechtliche und gesellschaftliche Aspekte u.a. der Präimplantationsdiagnostik diskutiert wurden und veröffentlichte im selben Jahr Eckpunkte für ein Fortpflanzungsmedizingesetz.[5] In den Jahren 2000 bis 2003 entspann sich sowohl unter Expertinnen und Experten als auch in der Öffentlichkeit eine sehr kontroverse Debatte um die Legalisierung der PGD in Deutschland. Auf der politischen Ebene fand die Diskussion mit der Veröffentlichung des

1 Vgl. Bundesärztekammer 2000, A526; Hepp 2000, B1037–1041.

2 Lediglich in der Schweiz, Österreich und Irland wird die PGD nicht durchgeführt (vgl. Simon 1999, S63–69; Viville/Pergament 1998, 1376–1379; Krones/Richter 2004, 626; Nippert 2006, 5).

3 Vgl. Ludwig/Diedrich 1999, S42; Oehmichen 1999, S16ff. Bei der Mukoviszidose handelt es sich um eine autosomal rezessive Erkrankung (Vererbungsrisiko von 25%), die mit einer zähen Schleimbildung der exokrinen Drüsen einhergeht und zu einer mangelhaften Funktion der Bauchspeicheldrüse und wiederholten Lungenentzündungen führen kann. Unterschiedliche Verlaufsformen der Erkrankung mit einer Lebenserwartung von bis zu 35–40 Jahren sind möglich. Das Kind des Paares aus Lübeck war aufgrund der schweren Verlaufsform der Mukoviszidose in den ersten Lebensjahren verstorben. Zwei weitere Schwangerschaften brach das Paar ab, weil pränataldiagnostisch bei den Kindern Mukoviszidose nachgewiesen wurde. Nach diesen Erfahrungen wandte das Paar sich mit dem Wunsch nach Durchführung einer PGD an die Universitätsklinik in Lübeck. Die Ethikkommission der Universität zu Lübeck, der dieser Fall vorgestellt wurde, hatte keine grundsätzlichen ethischen Bedenken gegen die Durchführung der PGD. Aufgrund der ungeklärten Rechtssituation empfahl die Ethikkommission jedoch, sich an die zuständigen Ministerien zu wenden.

4 Vgl. Bundesärztekammer 2000, A526.

5 Vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2001.

Schlussberichts der Enquete-Kommission „Recht und Ethik der modernen Medizin“ des Deutschen Bundestages 2002 und der Stellungnahme des Nationalen Ethikrates „Genetische Diagnostik vor und während der Schwangerschaft“ 2003 ihren vorläufigen Abschluss. Die Mehrheit der Enquete-Kommisision sprach sich gegen die Einführung der PGD in Deutschland aus, ein Minderheitsvotum forderte jedoch die eingeschränkte Zulassung der PGD.[6] In der Stellungnahme des Nationalen Ethikrates zeigte sich ein entgegengesetztes Bild: Das mehrheitliche Votum sprach sich für die eng begrenzte Zulassung der Präimplantationsdiagnostik aus, das Votum der Minderheit forderte das Verbot der PGD in Deutschland.[7] Sowohl von der Enquete-Kommission als auch vom Nationalen Ethikrat wurde die gesetzliche Regelung der Präimplantationsdiagnostik durch ein eigenes Fortpflanzungsmedizingesetz oder Ergänzungen zum Embryonenschutzgesetz (ESchG)[8] gefordert. Eine solche gesetzliche Regelung ist bis zum aktuellen Zeitpunkt nicht erfolgt.

In der klinischen Tätigkeit sind die behandelnden Gynäkologinnen und Gynäkologen und die betroffenen Paare mit dem erhöhten Vererbungsrisiko nach wie vor mit Entscheidungen über Therapiemöglichkeiten, Fortführung und gegebenenfalls auch Beendigung von Schwangerschaften konfrontiert, die als hochgradig konfliktbeladen empfunden werden. Während in vielen klinischen Alltagsituationen Behandlungsentscheidungen intuitiv aufgrund erprobter Verhaltensnormen gefällt werden, werden für die Lösung der moralischen Entscheidungskonflikte im Bereich der Pränataldiagnostik analytische und argumentative Instrumentarien benötigt, die über den Bereich der Alltagsmoral hinausgehen. Das Ziel dieser Arbeit ist deshalb zu untersuchen, wie biomedizinische Ethik zum Verständnis und zur Lösung dieser moralischen Entscheidungskonflikte beitragen kann. Biomedizinische Ethik wird hierbei als wissenschaftliche Disziplin verstanden, deren Aufgabe die methodisch kontrollierte und systematische Reflexion von moralischen Überzeugungen, Argumenten und Urteilen ist.[9] Biomedizinethische Überlegungen fliessen zwar in die politische Diskussion ein, politische Entscheidungsprozesse unterliegen jedoch nicht allein ethischen Erwägungen. Sie sind vor allen Dingen von machtpolitischen Einflüssen geprägt. Der Fokus dieser Arbeit liegt nicht in der Darstellung des politischen Diskussionsprozesses um die Legalisierung der Präimplantationsdiagnostik

6 Vgl. Deutscher Bundestag 2002, 107–115. Mit 16 von 19 Stimmen wurde am 25.2.2002 von der Mehrheit der Enquete-Kommission empfohlen, die Präimplantationsdiagnostik in Deutschland nicht zuzulassen. Ein Minderheitsvotum von 3 von 19 Stimmen empfahl die eingeschränkte Zulassung der PGD.

7 Vgl. Nationaler Ethikrat 2003, 74–148. Das mehrheitliche Votum für die begrenzte Zulassung der PGD wurde von 15 von 24 Mitgliedern des Beirats unterzeichnet, das Minderheitsvotum für ein gesetzliches Verbot der PGD von 7 von 24 Mitgliedern. In einem Sondervotum vertraten 2 Mitglieder die Position, dass die PGD zwar aus moralischen Gründen nicht zulässig sei, aber nicht durch ein staatliches Gesetz verboten werden sollte.

8 Das Embryonenschutzgesetz (ESchG) wurde 1990 vom Deutschen Bundestag beschlossen. Die Vereinbarkeit der PGD mit dem ESchG wurde kontrovers diskutiert. Die Diskussionpunkte werden unter 3.1.2 näher erläutert.

9 Vgl. Düwell/Steigleder 2003, 17–35.

in Deutschland, sondern in der ethischen Analyse der Konfliktpunkte. Dabei soll aufgezeigt werden, welchen Einfluss die Auswahl des biomedizinethischen Ansatzes auf die ethische Analyse hat.

Hierzu werden zwei aktuelle biomedizinethische Theorien vergleichend darstellt (2), die ethischen Ansätze von Tom L. Beauchamp und James F. Childress und von Susan Sherwin. Zunächst wird der ethische Ansatz von Tom L. Beauchamp, Professor für Philosophie am Kennedy Institute of Ethics/USA, und James F. Childress, Professor für Religionswissenschaft an der University of Virginia/USA, darstellt (2.1). Die beiden veröffentlichten ihre ethische Theorie erstmalig 1979 in den „*Principles of Biomedical Ethics*". Seitdem haben sie ihren ethischen Ansatz kontinuierlich weiterentwickelt und verändert. Die „*Principles of Biomedical Ethics*" erlangten schnell einen hohen Bekanntheitsgrad und zählen heute international zu den einflussreichsten Werken der biomedizinethischen Theoriebildung und Literatur.[10] Mit ihrem Ansatz begründeten Beauchamp und Childress eine neue Theorierichtung innerhalb der biomedizinischen Ethik, die Prinzipienethik (*principlism*). Die Prinzipienethik basiert auf mehreren gleichwertigen, *prima facie*[11] gültigen Prinzipien mittlerer Reichweite (*midlevel principles*). In den USA ist die Prinzipienethik von Beauchamp und Childress der aktuell am meisten diskutierte biomedizinethische Ansatz.[12] Gerade von klinisch tätigem Personal werden die Prinzipien als überzeugend und hilfreich in der Beurteilung moralischer Konflikte erlebt. Die verständliche Grundstruktur und der Verzicht auf komplexe ethische Letztbegründungen machen den ethischen Ansatz von Beauchamp und Childress für all diejenigen anwendbar und attraktiv, die sich nicht professionell mit Ethik beschäftigen. Die Pluralität der Prinzipien bietet ein hohes Identifikationspotential für Menschen mit unterschiedlichen Grundüberzeugungen. Im deutschsprachigen Raum wird in der Beurteilung praktischer biomedizinethischer Probleme zunehmend auf die Prinzipien von Beauchamp und Childress zurückgegriffen.[13] Eine systematische Auseinandersetzung mit der ethischen Theoriebildung von Beauchamp und Childress steht in Deutschland erst am Anfang. Diese Arbeit soll ein Beitrag dazu leisten, die ethische Theoriebildung von Beauchamp und Childress mit ihren Chancen und Schwächen zu diskutieren.

10 Vgl. Schröder 2002, 49; Rauprich 2005a, 16f.; Wiesing 2005, 77.

11 *Prima facie* geltende Prinzipien oder Rechte besitzen jeweils für sich genommen Gültigkeit. Im Falle konkurrierender und sich widersprechender Prinzipien oder Rechten können sie allerdings ihre Gültigkeit verlieren. Nähere Erläuterungen zum Konzept von *prima facie* Prinzipien und Rechten erfolgen unter 2.1.2.

12 Vgl. DeGrazia 1992, 512; Lustig 1992, 487; ten Have 1994, 104f.; Davis 1995, 85; Gudorf 1994, 164; Clouser/Gert 1997, 147.

13 So berichtet Urban Wiesing, Professor für medizinische Ethik an der Universität in Tübingen, dass sich die medizinethischen Prinzipien von Beauchamp/Childress auch für deutsche Ärztinnen und Ärzte als hilfreiches Instrument zur Strukturierung von Fallanalysen erwiesen haben (vgl. Wiesing 2005, 85f.).

Um die Stärken und Schwächen des ethischen Ansatzes von Beauchamp und Childress besser aufzeigen zu können, wird vergleichend eine zweite aktuelle Form biomedizinethischer Theoriebildung darstellt. Hierzu wurde die feministische Ethik der Gesundheitsversorgung von Susan Sherwin, Professorin für Philosophie an der Dalhousie University/Kanada, ausgewählt (2.2). Der prinzipienethische Ansatz von Beauchamp und Childress wird in den USA vor allen Dingen aus der deontologischen[14], kasuistischen[15] und feministischer[16] Perspektive heraus kritisiert. Beauchamp und Childress haben in der Weiterentwicklung ihrer ethischen Theoriebildung Kritikpunkte von deontologischer Seite und von kasuistischer Seite aufgenommen. Feministische Kritik an Auswahl und Inhalt der Prinzipien[17] und an mangelnder Berücksichtigung gesellschaftlicher Strukturen[18], haben bislang kaum Eingang in die ethische Theoriebildung von Beauchamp und Childress gefunden. In Bezug auf die ethische Analyse und Beurteilung der Präimplantationsdiagnostik ist jedoch gerade die Berücksichtigung einer frauenzentrierten Perspektive interessant. Obwohl es im Bereich der biomedizinischen Ethik mittlerweile eine Fülle von feministischen Beiträgen zu konkreten Themen gibt, beispielsweise zu Fragen des Schwangerschaftsabbruches, der Reproduktionstechnologien, zur Forschungsethik und Fragen der Verteilung von Ressourcen und dem Zugang zu Therapiemöglichkeiten, sind umfangreichere Beiträge zur biomedizinethischen Theoriebildung bislang selten. Eine der ersten, die ausgehend von einer feministischen Perspektive eine biomedizinethische Theorie entwickelte, ist Susan Sherwin. 1992 veröffentlichte sie ihre Ethik der Gesundheitsversorgung[19] in dem Buch „*No longer patient*". Sherwins feministische Gesellschaftsanalyse bildet die Hintergrundtheorie für ihren ethischen Ansatz. Ausgehend von ihrer frauenzentrierten Perspektive entwickelt Sherwin ihre ethischen Prinzipien und Methoden zur Analyse praktischer moralischer Konflikte. Das Ziel ihrer ethischen Theorie ist die Verwirklichung sozialer Gerechtigkeit.

Im Anschluss an die Darstellung der ethischen Entwürfe von Beauchamp/Childress und Sherwin werden die theoretischen Begründungsstrukturen der beiden Ansätze verglichen (2.3). Beide Modelle biomedizinischer Theoriebildung versuchen, die Pluralität und historische und soziale Kontextabhängigkeit ethischer Normen in ihrer ethischen Theoriebildung aufzugreifen. In beiden Ansätzen werden Methodenschritte entwickelt, die eine flexible und kontextsensible Auslegung der Prinzipien und Normen ermöglichen sollen.

14 Beispielsweise Danner Clouser und Bernard Gert.
15 Beispielsweise John Arras, Stephen Toulmin und Albert Jonsen.
16 Beispielsweise Christine Gudorf und Rebecca Cook.
17 Vgl. Gudorf 1994, 164.
18 Vgl. Cook 1994, 193ff.
19 Sherwin verwendet bewusst den Begriff „Ethik der Gesundheitsversorgung" im Gegensatz zu den sonst üblichen Begriffen der Medizinethik oder biomedizinischen Ethik. Zur Begründung ihrer Begriffswahl siehe 2.2.2.

Anhand des ethischen Konfliktfeldes der Präimplantationsdiagnostik wird überprüft, auf welche Art und Weise unterschiedliche ethische Begründungsstrukturen die Orientierung in ethischen Konflikten beeinflussen können (3). Dabei sind zwei Fragestellungen von vorrangigem Interesse: 1. Wie wird die Präimplantationsdiagnostik aus den ethischen Ansätzen von Beauchamp/Childress und Sherwin heraus beurteilt? Und 2. Wie geeignet sind die beiden Theorien für die praktische Anwendung? Zunächst wird ein kurzer Überblick über die medizinischen Methoden der Präimplantationsdiagnostik und die rechtliche Situation in Deutschland gegeben (3.1). Anschließend wird aus der Perspektive der ethischen Theorien von Beauchamp/Childress (3.2) und von Sherwin (3.3) analysiert, welche kontextuellen Details der PGD mit Hilfe des jeweiligen Ansatzes wahrgenommen und wie diese Details bewertet werden können. Dabei wird anhand des eher fallorientierten Ansatzes von Beauchamp/Childress und des eher strukturorientierten Ansatzes von Sherwin vor allen Dingen aufzeigt, wie die Wahl des ethischen Ansatzes die Gewichtung kontextueller Details und damit letztendlich auch die Erarbeitung praktischer ethischer Urteile beeinflusst. Obwohl die erarbeiteten Empfehlungen bezüglich der Legalisierung der Präimplantationsdiagnostik in Deutschland sich aus der Perspektive der ethischen Theoriebildungen von Beauchamp/Childress und Sherwin ähneln, unterscheiden sich die Begründungsstrukturen und die begleitenden Forderungen deutlich. Die ethischen Entwürfe von Beauchamp/Childress und von Sherwin werden abschließend in ihrer Kontextsensivität und praktischen Anwendbarkeit verglichen und bewertet (4).

2 Perspektiven biomedizinethischer Theoriebildung

Historischer Kontext

Innerhalb der gegenwärtigen biomedizinischen Ethik gibt es unterschiedliche theoretische Ansätze, die jeweils unterschiedliche Argumentations- und Begründungsstrukturen verfolgen. Sie stehen in einer Tradition starker Veränderungen der biomedizinischen Ethik, die seit den 60er Jahren des letzten Jahrhunderts in den USA (und zeitversetzt in anderen Ländern) in Bezug auf thematischen Fokus, methodischen Zugang und inhaltliche Bestimmung von Normen stattgefunden haben.[1] Über viele Jahrhunderte hinweg wurde medizinische Ethik vor allen Dingen als berufsständisches Ethos verstanden, als interner Verhaltenskodex der Ärzteschaft gegenüber ihren Patientinnen und Patienten. Die Ursprünge der Medizinethik reichen bis in die Antike zurück. Die ersten schriftlichen Verhaltensregeln für Ärzte finden sich bereits im Codex Hammurabi, der ungefähr 1750 v. Chr. in Babylon verfasst wurde.[2] Der in der westlichen Tradition wohl bekannteste medizinethische Kodex der Antike ist der Eid des Hippokrates. Er wurde im 5. Jh. v. Chr. verfasst. Der Eid des Hippokrates regelt sowohl das Verhalten der Ärzte untereinander als auch gegenüber ihren Patientinnen und Patienten. Grundlegend für den Umgang mit Patientinnen und Patienten sind die Prinzipien der Fürsorge und des Nichtschadens.[3]

> „...Die diätetischen Maßnahmen werde ich treffen zum Nutzen der Leidenden nach meinem Vermögen und Urteil, Schädigung und Unrecht aber von ihnen abwehren... In wie vielen Häusern ich auch einkehre, eintreten werde ich zum Nutzen der Leidenden, mich fernhaltend von allem vorsätzlichen Unrecht sowie jeder sonstigen Unzüchtigkeit..."[4]

Diese Verpflichtungen des hippokratischen Eides dienten dem Schutz der Patientinnen und Patienten.[5] Die Prinzipien des Nichtschadens und der Fürsorge wurden in den medizinethischen Überlegungen des Mittelalters und bis in das 20. Jh. hinein rezipiert.[6]

---

1 Vgl. Düwell/Steigleder 2003, 22.

2 Beim Codex Hammurabi handelt es sich es sich um eine Sammlung von Gesetzestexten, die im Vergleich mit anderen Gesetzessammlungen dieser Zeit erstaunlich systematisch aufgebaut sind. Ziel dieses Kodex war eine Vereinheitlichung der Rechtsprechung im babylonischen Reich und ein Schutz der individuellen Rechte und Freiheiten der Bürger (vgl. Görg 1995, 22f.; Kuhse/Singer 1998, 4).

3 Vgl. Kuhse/Singer 1998, 4f.

4 Lichtenthaeler 1984, 18–21.

5 Vgl. von Manz 1992, 77ff.

6 Andere Verhaltensregeln des hippokratischen Eides, die z.B. das Verhalten der Schüler gegenüber ihren ärztlichen Lehrern thematisieren, wurden seltener rezipiert.

Die Veränderungen innerhalb der biomedizinischen Ethik seit den sechziger Jahren des 20. Jahrhunderts wurden durch außergewöhnliche technologische Fortschritte im Bereich der Medizin und durch gesellschaftliche Umbrüche angestoßen.[7] Künstliche Beatmungsmaschinen und Dialysegeräte wurden erstmals eingesetzt, die ersten Organtransplantationen wurden vorgenommen. Hormonelle Kontrazeptiva und pränatale Diagnostik wurden eingeführt und medizinisch sichere Abtreibungstechniken bereitgestellt, so dass Frauen bzw. Paare neue Möglichkeiten der Kontrolle über Zeitpunkt und Verlauf einer Schwangerschaft erhielten. Mit den wachsenden Möglichkeiten stieg auch die Notwendigkeit, Entscheidungen zu treffen, die so vorher gar nicht denkbar gewesen waren, z.B. die Entscheidung für oder gegen die Austragung eines behinderten Kindes.

Sowohl die Bürgerrechtsbewegung als auch der neuaufkommende Feminismus in den Vereinigten Staaten führten zu einem stärkeren Bewusstsein gegenüber Unterdrückungsstrukturen und zu einer verschärften Kritik an bestehenden Machtverhältnissen. Besonderes Aufsehen erregte in den USA das „*Tuskegee Syphilis Experiment*". Bei diesem Experiment wurden im Zeitraum der dreißiger bis siebziger Jahre (20. Jh.) mehreren hundert syphiliserkrankten Afroamerikanern ohne vorherige Aufklärung eine adäquate medikamentöse Therapie vorenthalten wurde, um die natürliche Ausbreitung der Krankheit zu studieren. Daraufhin wurden in den USA von einer nationalen Expertenkommission, der *National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research*, Richtlinien zur Durchführung medizinischer Forschung am Menschen erarbeitet.[8] In der öffentlichen Diskussion wurde die Benachteiligung von Schwarzen und Frauen in der Gesundheitsversorgung ebenso kritisiert wie die mangelnde Berücksichtigung ihrer spezifischen Probleme und Bedürfnisse in der medizinischen Forschung. Die bis dahin relativ unangefochtene Entscheidungsautorität der Ärztinnen und Ärzte wurde zunehmend öffentlich thematisiert und hinterfragt.[9] Inhaltlich rückten neben den Prinzipien des Nichtschadens und der Fürsorge besonders die Prinzipien des Respekts vor Autonomie und der Gerechtigkeit in das Zentrum der medizinethischen Diskussion.

Das verstärkte Interesse an medizinethischen Fragestellungen führte zur Neuformierung der Disziplin, die nun als biomedizinische Ethik oder Gesundheitsethik bezeichnet wird. Der thematische Fokus wurde um Aspekte des Gesundheitssystems und des medizinischen Fortschritts erweitert.[10] Die methodische Herangehensweise an praktische biomedizinethische Konflikte bestand zunächst darin, bereits vorhandene allgemeine Moraltheorien wie den Utilitarismus oder den Kantianismus auf konkrete Fälle und Fragestellungen im Bereich der Medizin „anzu-

7 Vgl. Callahan 1995, 248; Kuhse/Singer 1998, 8; ten Have 1994, 101; Rauprich 2005a, 12.

8 Der abschließende Bericht wurde 1978 als *Belmont Report* veröffentlicht.

9 Vgl. Callahan 1995, 248; Kuhse/Singer 1998, 3; Schöne-Seifert 1996, 555.559; Rauprich 2005a, 12f.

10 Vgl. Rauprich 2005a, 13.

wenden“. Anhand der von Fachleuten aus der Praxis gelieferten Fakten sollten mit Hilfe der jeweiligen Moraltheorie die ethischen Urteile und Handlungsempfehlungen bestimmt werden. Der Begriff der angewandten Ethik wurde geprägt, als deren Teilgebiet die biomedizinische Ethik verstanden wurde.[11] Aufgrund der methodischen Herangehensweise ergaben sich verschiedene Schwierigkeiten: 1. Da es verschiedene allgemeine Moraltheorien gibt, musste für den konkreten Fall festgelegt werden, welche anzuwenden sei. 2. Die allgemeinen ethischen Theorien waren in ihren normativen Aussagen so abstrakt, dass in der Anwendung auf praktische Probleme keine eindeutigen Schlussfolgerungen gezogen werden konnten. 3. Die Anwendung der allgemeinen Theorien auf konkrete Fälle führte teilweise zu Ergebnissen, die dem moralischen Empfinden der in der Praxis handelnden Personen widersprachen und für sie nicht nachvollziehbar waren.[12] Aufgrund dieser Schwierigkeiten wurde das Verständnis der biomedizinischen Ethik als angewandte Ethik zunehmend wieder verlassen und nach neuen Modellen der Theoriebildung gesucht.

Biomedizinethische Ansätze in westlichen Gesellschaften müssen heute zwei grundlegende Herausforderungen miteinbeziehen: die Pluralität von Lebensstilen und ethischen Normen und die praktische Orientierung ethischer Theoriebildung. Die wachsende Pluralität von Lebensstilen und Moralauffassungen innerhalb westlicher Gesellschaften erschwert die Bestimmung allgemein anerkannter ethischer Normen.[13] Die komplexen ethischen Probleme beispielsweise aus dem Bereich der Reproduktionsmedizin, der Transplantationsmedizin und der Intensivmedizin werden gesellschaftlich und politisch sehr kontrovers diskutiert. Ein Konsens ist in diesen ethischen Fragen nur schwer zu erreichen, gesetzliche Regelungen finden in Teilen der Bevölkerung keine Zustimmung. Ärztinnen und Ärzte teilen nicht mehr unbedingt die Wertmaßstäbe ihrer Patientinnen und Patienten. Moralische Normen werden nicht mehr als allgemeingültig und absolut angesehen, sondern als abhängig von ihrem geschichtlichen und sozialen Kontext. Angesichts der Pluralität und Kontextabhängigkeit moralischer Normen stellt sich die Frage, auf welchen Grundlagen moderne biomedizinethische Theoriebildung aufbauen sollte. Können überhaupt allgemeingültige ethische Prinzipien formuliert werden? Können ethische Prinzipien so formuliert werden, dass sie den vielfältigen moralischen Auffassungen Rechnung tragen und trotzdem eine sinnvolle Entscheidungshilfe bieten können? Und welche Prinzipien sind in der biomedizinischen Ethik inhaltlich angemessen und konsensfähig?

11 Unter Metaethik wird die Beschäftigung mit grundlegenden ethischen Argumentationsstrukturen verstanden, unter angewandter Ethik die Beschäftigung mit konkreten ethischen Konflikten. Andere Beispiele angewandter Ethik wären Wirtschaftsethik, Politische Ethik, Medienethik, Wissenschaftsethik u.a.m. (vgl. Nida-Rümelin 1996).

12 Vgl. Rauprich 2005a, 14f. Ebenso Beauchamp/Childress und Sherwin (siehe 2.1.2 und 2.2.1).

13 Vgl. Schöne-Seifert 1996, 555.

Die Suche nach neuen Modellen biomedizinethischer Theoriebildung war vor allen Dingen durch den Wunsch motiviert, Lösungsorientierungen für konkrete moralische Probleme im Gesundheitswesen zu geben. Neue Formen der Verschränkung zwischen ethischer Theoriebildung und praktischer ethischer Urteilsfindung wurden gesucht. Biomedizinethische Theorien sollen dazu beitragen, die relevanten kontextuellen Details eines moralischen Konfliktes wahrzunehmen, zu ordnen und zu bewerten. Kontextsensitivität und Praxisbezug sind wichtige Zielkriterien einer modernen biomedizinethischen Ethik.

Im Folgenden werden zwei aktuelle Modelle biomedizinischer Theoriebildung darstellt: der prinzipienethische Ansatz von Tom L. Beauchamp und James F. Childress und die feministische Ethik von Susan Sherwin. Beide Anätze versuchen, die Pluralität und historische und soziale Kontextabhängigkeit ethischer Normen in ihrer ethischen Theoriebildung aufzugreifen. In beiden Ansätzen werden Methodenschritte entwickelt, die eine flexible und kontextsensible Auslegung der Prinzipien und Normen ermöglichen sollen.

2.1 Der prinzipienethische Ansatz von Tom L. Beauchamp und James F. Childress

2.1.1 Einordnung in den Kontext ethischer Theoriebildung

1974 wurde Tom L. Beuachamp, Professor für Philosophie am Kennedy Institute of Ethics, zur Mitarbeit in der *National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research* eingeladen. In der Kommission sollten Richtlinien zum Umgang mit Versuchspersonen im Rahmen biomedizinischer Forschung erarbeitet werden. Die Ergebnisse der Kommission wurden 1978 im *Belmont Report* veröffentlicht.[14] Angeregt durch die Diskussionen innerhalb der Kommission entwickelte Beauchamp gemeinsam mit James F. Childress, mit dem er zu diesem Zeitpunkt am Kennedy Institut zusammenarbeitete, einen biomedizinethischen Ansatz. Dieser Ansatz basiert auf vier Prinzipien mittlerer Reichweite (*midlevel principles*): den Prinzipien des Respekts vor Autonomie, des Nichtschadens, des Wohltuns und der Gerechtigkeit. 1979 veröffentlichten sie ihren Entwurf erstmalig in den „*Principles of Biomedical Ethics*".

Beauchamp und Childress entwickelten ihren biomedizinethischen Ansatz kontinuierlich weiter, so dass 1983 die zweite, 1989 die dritte, 1994 die vierte und 2001 die fünfte überarbeitete Auflage erschien. Die entscheidenden methodischen Veränderungen ihres ethischen Ansatzes nahmen Beauchamp und Childress bereits in der Überarbeitung zur 4. Auflage vor. So wurde das deduktive Argumentationsmodell zugunsten eines Kohärenzmodelles aufgegeben und *common morality*

14 Vgl. Schröder 2002, 49.

als Begründungszusammenhang der vier Prinzipien etabliert. Die Bedeutung von Tugenden für die ethische Urteilsbildung wurde eingeführt.[15] In der fünften Auflage stellen Beauchamp und Childress ihren Ansatz noch systematischer dar. Methodisch nehmen sie nur Verfeinerungen ihres ethischen Entwurfes vor. Da die gravierenden Veränderungen ihrer ethischen Theoriebildung bereits in der Überarbeitung zur vierten Auflage der *Principles of Biomedical Ethics* erfolgten, soll diese Auflage die Grundlage dieser Arbeit bilden. Die fünfte Auflage wird an den Stellen ergänzend darstellt, an denen Neuerungen aufgetreten sind.

Beauchamp und Childress beschreiben in ihrem ethischen Ansatz unterschiedliche Richtungen ethischer Theoriebildung. Keine dieser Theorierichtungen stellt für sie eine hinreichende Grundlage zur Lösung der moralischen Konflikte in der modernen Medizin dar, weil keine alle relevanten Kriterien für eine gelungene biomedizinethische Theoriebildung erfüllt.[16] Beauchamp und Childress messen ethische Theorien an folgenden acht Kriterien: 1. Klarheit, 2. Kohärenz, 3. Vollständigkeit (eine ethische Theorie sollte inhaltlich so umfassend wie möglich sein), 4. Einfachheit (eine ethische Theorie sollte mit der geringstmöglichen Anzahl an Prinzipien und Normen auskommen, um ihre Anwendung nicht zu komplizieren), 5. erläuternde Kraft (bezüglich des Wesens ethischer Urteilsfindung), 6. rechtfertigende Kraft (in Bezug auf moralische Überzeugungen und ethische Urteile), 7. produktive Kraft (hinsichtlich der Generierung neuer ethischer Erkenntnisse) und 8. Praktikabilität.[17] Beauchamp und Childress unterscheiden in ihrer Darstellung die verschiedenen ethischen Theorierichtungen hinsichtlich der Zielkriterien der jeweiligen Theorie, beispielsweise den Konsequenzen einer Handlung, den ethischen Pflichten und Rechten, den Charakter der handelnden Personen usw.[18] Gemäß dieser Systematisierung unterscheiden sie utilitaristische, kantische, gesinnungsethische, liberale, kommunitaristische und care-ethische Theorien. Im Folgenden werden ihre Kritikpunkte an den jeweiligen Theorierichtungen kurz skizziert.

Utilitaristische Theorien orientieren sich an der Kategorie der Konsequenzen von Handlungen. In der Abwägung von guten und schlechten Konsequenzen soll jeweils die Handlung gewählt werden, die für die größtmögliche Anzahl von Individuen den größtmöglichen Nutzen bringt. Das Prinzip des größtmöglichen Nutzens gilt dabei als absolutes Prinzip. Nutzen wird zumeist als Glück verstanden, kann aber auch Gesundheit, Wissen, ökonomischer Erfolg oder gelingende menschliche Beziehungen meinen. Die Definition des Nutzens kann entweder abhängig von individueller Präferenz (Präferenz-Utilitarismus) oder vom aktuellen gesellschaftli-

15 Vgl. Schröder 2002, 50–52. Die einzelnen Konzepte des Kohärenzmodells, der *common morality* etc. sollen unter 2.1.2 ausführlich dargestellt werden.

16 Vgl. Beauchamp/Childress 1994, 109–111; Beauchamp/Childress 2001, 376f.

17 Vgl. Beauchamp/Childress 1994, 45–47; Beauchamp/Childress 2001, 338–340.

18 Vgl. Beauchamp/Childress 1994, 44–119; Beauchamp/Childress 2001, 340–376.

chen Konsens sein.[19] Beauchamp und Childress kritisieren an utilitaristischen Theorien die Orientierung an der Nutzenoptimierung von Mehrheiten. Individuelle Rechte und der Schutz von Minderheiten würden dem mehrheitlichen Nutzen untergeordnet. Für partikuläre moralische Verpflichtungen, die aus besonderen persönlichen oder professionellen Beziehungen resultieren können, böten utilitaristische Theorien keinen Raum, weil die Interessen aller Personen als gleichwertig angesehen werden müssten. Sofern die Maximierung des Nutzens als Erfüllung individueller Präferenzen verstanden und nicht durch generelle Prinzipien ergänzt werde, böten utilitaristische Theorien keine Möglichkeit, zwischen moralisch akzeptablen und moralisch nicht akzeptablen Präferenzen zu unterscheiden und zu gewichten.[20]

Ethische Theorien, die in Anlehnung an Kant formuliert werden, orientieren sich an der Kategorie moralischer Pflichten.[21] Moralische Pflichten resultieren aus Prinzipien, die Individuen allein durch ihre Vernunft, aufgrund ihres autonomen Willens erkannt haben. Diese moralischen Prinzipien, auch Maximen genannt, müssen universalisierbar sein, ohne Widerspruch und Ausnahme gewollt werden und unabhängig von der individuellen Präferenz verfolgt werden. Maxime haben den Status absoluter Prinzipien. Aus ihnen werden konkrete Handlungsanweisungen deduktiv abgeleitet. Als moralisch gut werden nur die Handlungen angesehen, die um der Pflichterfüllung willen getan werden. Beauchamp und Childress kritisieren, dass es in konkreten Situationen zum Konflikt zwischen unterschiedlichen, miteinander konkurrierenden Pflichten kommen könne, da alle Prinzipien, die durch die Vernunft anerkannt werden, als absolut zu verstehen seien.[22] Sie halten Universalisierbarkeit zwar für ein notwendiges Kriterium für die moralische Richtigkeit von Prinzipien, als alleinige Begründung sei sie jedoch nicht ausreichend. Durch die Konzentration auf das rationale Urteil blieben Kategorien wie Gefühl, Intuition und Tradition bei der ethischen Urteilsbildung unberücksichtigt.[23]

Gesinnungsethische Theorien orientieren sich an den ethischen Werten und Einstellungen der handelnden Personen. Dabei kann zwischen richtigen Handlungen und moralisch guten Handlungen unterschieden werden.[24] Gut im moralischen Sinne ist eine Handlung nur dann, wenn sie durch moralisch gute Werte und Einstellungen motiviert wurde. Wurde die Handlung durch andere Motive, z.B. eigene

19 Vgl. Callahan 1995, 252; Beauchamp/Childress 1994, 47; Patzig/Schöne-Seifert 1995, 5f.; Hare 1998, 80ff. Jeremy Bentham, John Stuart Mill, Peter Singer, J. J. C. Smart und R. M. Hare sind Vertreter utilitaristischer Theorien.

20 Vgl. Beauchamp/Childress 1994, 48–55; Beauchamp/Childress 2001, 340–348.

21 Diese Theorien werden auch als deontologisch bezeichnet. Alan Donagan ist ein Vertreter eines solchen Theorienansatzes.

22 Dieses Problem kann zwar durch eine hierarchische Ordnung der Prinzipien umgangen werden, Beauchamp und Childress lehnen eine solche Ordnung aber aufgrund mangelnder Flexibilität in der Anwendung auf konkrete Fälle ab.

23 Vgl. Patzig/Schöne-Seifert 1995, 5; Beauchamp/Childress 1994, 56–62; Beauchamp/Childress 2001, 348–355.

24 Diese Unterscheidung geht bereits auf Aristoteles zurück (vgl. Beauchamp/Childress 1994, 64).

Gewinnoptimierung motiviert, kann sie zwar trotzdem richtig sein, aber eben nicht moralisch gut. Gesinnungsethische Ansätze orientieren sich nicht an Prinzipien oder moralischen Pflichten, sondern an der Ausbildung von ethischen Wertvorstellungen, von Tugenden, der handelnden Personen.[25] Nach Beauchamp und Childress ist es jedoch fraglich, ob allein die moralisch gute innere Einstellung automatisch zur ethisch richtigen Handlung führe und wie ohne die Festlegung von moralischen Prinzipien die ethische Richtigkeit einer Handlung beurteilt werden könne.[26]

Liberale ethische Theorien orientieren sich an der Kategorie von individuellen Rechten. Jedes Individuum besitzt bestimmte Grundrechte, Rechte auf Sicherung der eigenen Grundbedürfnisse und Verwirklichung individueller Interessen. Rechte werden dabei als berechtigte Forderungen verstanden, die Individuen gegenüber anderen Mitgliedern einer Gesellschaft bzw. der Gesamtgesellschaft stellen können. Rechte können sowohl absolut als auch *prima facie* verstanden werden. Es gibt positive Rechte, die Güter oder Dienstleistungen durch andere zusichern, und negative Rechte, die bestimmte Handlungen durch andere verbieten.[27] Aus diesen Rechten können Pflichten im moralischen Sinne abgeleitet werden. Beauchamp und Childress kritisieren an liberalen ethischen Theorien, dass in ihnen das Individuum zu stark im Mittelpunkt stehe und gesamtgesellschaftliche Interessen aus dem Blickfeld gerieten.

Kasuistische Theorien orientieren sich in der Lösung moralischer Probleme an sorgfältigen Einzelfallanalyse. Moralische Konflikte sollen nicht durch die Anwendung moralischer Prinzipien gelöst werden, sondern durch die Analyse konkreter Fälle mit ihren konkreten Hintergründen. Anhand dieser konkreten Fälle wird ein Konsens über angemessene und ethisch richtige Handlungsstrategien gesucht. Neu auftretende ethische Konflikte werden durch erneute Fallanalysen und Analogiebildung mit paradigmatischen Fällen gelöst. Ausgehend von den Fallanalysen können abstraktere Regeln formuliert werden. Geschieht dies nicht, so können nach Beauchamp und Childress unterschiedliche Analogiebildungen und Lösungen nicht beurteilt und gewichtet werden.[28]

Kommunitaristische ethische Theorien orientieren sich an der Kategorie sozialen Zusammenlebens. Der Schwerpunkt liegt nicht auf dem Individuum, sondern auf der Gesamtgesellschaft bzw. gesellschaftlichen Untergruppen. Kommunitaristische Ansätze verstehen das Individuum als Teil gesellschaftlicher Beziehungen und sozialer Rollen. Die ethische Orientierung eines Individuums vollzieht sich durch

25 Vgl. Beauchamp/Childress 1994, 62ff.; Oakley 1998, 88ff. Einen gesinnungsethischen Ansatz vertreten u.a. Philippa Foot, Rosalind Hursthouse, Justin Oakley, Michael Slote und James Drane.

26 Vgl. Beauchamp/Childress 1994, 62–69.

27 Vgl. Beauchamp/Childress 1994, 69–77; Beauchamp/Childress 2001, 355–362. Liberale ethische Theorien gehen auf Thomas Hobbes zurück, ein moderner Vertreter dieser theoretischen Richtung ist Ronald Dworkin.

28 Vgl. Callahan 1995, 252f.; Arras 1998b, 542f.; Beauchamp/Childress 1994, 92–100. Bekannte Vertreter neuerer kasuistischer Ansätze in der biomedizinischen Ethik sind John D. Arras, Albert Jonsen und Stephen Toulmin.