

PERSON UND *POLIS*.

KRITERIEN FÜR EINE BRAUCHBARE P4-MEDIZIN¹

Therese Feiler

Empirie und Normativität

Wendet sich die theologische Ethik der sog. P4-Medizin zu, kann sie zunächst eine wirkmächtige Konstellation von Wissensordnungen beobachten: die empirischen Wissenschaften, politisch-ökonomische Interessenlagen, sowie rechtliche Bestimmungen. Da Ethik mit allen Schnittmengen hat, mag es naheliegen, sie dem einen oder anderen einzuverleiben. Jedoch vermindert die empirische Einholung verschiedener Meinungen für niemanden die Last der eigenen Entscheidung; das Recht, mit seinen begrenzten Möglichkeiten der Gesetzesauslegung hat eine Stoppfunktion, die selbst keine Richtung vorgibt. Wirtschaftliche Interessen sind im digitalen, globalen Spätkapitalismus letztlich moralisch indifferent, schüren dafür aber umso mehr Skepsis. Eine bloße *Reflexion* auf die biomedizinische Praxis reicht nicht aus, wenn das Bekannte hinterher lediglich ein unbekanntes Unbekanntes ist („Gut, dass wir mal drüber geredet haben“), oder wenn sie der emotionalen Selbstversicherung auf einem bereits vorgegebenen, historisch notwendigen Fortschrittspfad dient. Dass diese oder jene technische Entwicklung „kommt“, mag zwar global der Fall sein—wann und in welcher Form man sie selbst verwendet, untersteht der eigenen Discretion.

Theologie als Kulturhermeneutik und Metaethik

Aus dieser Konstellation heraus und in sie hinein verschieben theologisch fundierte Begrifflichkeiten die Handlungsmöglichkeiten. Mögen christliche Traditionen auch in geringe(re)m Maße präsent sein, so sind sie doch zugleich die tieferliegenden Sedimente verschiedenster kultureller Semantiken. Bei weitem kein bloßes „Zukunftsszenario“, reflektiert auch die Kunst schon seit Jahrzehnten die möglichen Interpretationen von Technik, Digitalisierung und Medizin.² War z.B. der Protagonist des ersten *Terminator*-Films 1984 noch eine kalte Maschine „ohne Barmherzigkeit“, nur „zum Töten“, so ist sie 25 Jahre später ein wiederauferstandener(!) Mensch-Maschinen-Hybrid, der „Eure letzte Hoffnung“ ist. Speziell eine theologische Ethik kann daher mindestens zwei Beiträge leisten: erstens, die immer schon vorhandenen normativen Prägungen des

¹ Dieser Artikel ist Teil des Arbeitspakets 7.1 (Ethik und Gesellschaft) in DigiMed, einem Projekt zur P4-Medizin in Bayern gefördert vom Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege.

² Siehe auch in dieser Ausgabe Niklas Schleichers Beitrag, „Auf dem Weg zum Borg?“.

Gegebenen identifizieren, und zweitens theologische Begriffe neu entdecken und ihre ethischen Konsequenzen entfalten.

Für die Ethik zur P4-Medizin ist ein christologisch reflektiertes Verständnis der menschlichen Person interessant: der Personenbegriff, weil Ethik gerade im Bereich der Medizin „angewandte Anthropologie“ (W. Trillhaas) ist; christologisch reflektiert insofern als die christliche Theologie Menschsein mit Bezug zu dieser Mitte (Gott-als-Mensch in Christus; Mensch-zu-Gott durch Christus) versteht. Gleichzeitig kann zur Kenntnis genommen werden, dass andere Religionen, eine Vielzahl von philosophischen Traditionen, aber auch post-religiöse Anthropologien, auf *dieser* theologischen Ebene ebenso Annahmen machen, wenn auch implizite.

Konkreter entfaltet dieser Ansatz dann die zeitliche Emergenz, die Relationalität, und die Integrität der Person in ihrem möglichen Werden, und er begreift Krankheit und Tod als Verlust, aber auch mögliche Transformation der personalen Integrität. Ein theologisches Personen-Verständnis wäre insofern orthodox, als es eine Hinwendung zur Metaphysik und Ontologie mit Blick auf den praktischen „Seinsmodus“ (B. Aland) und damit das „ethische Leben“ vollzieht. Ein solches Personenverständnis wäre humanistisch, insofern es eine trinitarische, personale Ontologie einer lukrezisch-atomistischen voranstellt. Und es wäre evangelisch, insofern es aus dem Personsein heraus die Dinge—Körper, Wissenschaften, Geräte—auf ihren möglichen *Gebrauch* hin beurteilt.

Dieser meta-ethische Maschinenraum kann hier nur kurz ausgeleuchtet werden und mit gegebenen Problematiken der P4- und digitalisierten Medizin in Verbindung gebracht werden. Zunächst also:

Der Mensch als Person

Digitalisierung und Personalisierung durch -Omics eröffnen neue medizinisch-diagnostische Möglichkeiten, die selbst scharfsinnigste Skeptiker selten kleinreden. Die personalisierte *Prävention* zieht jedoch eine digitale (Selbst-)Disziplinierung nach sich und damit die reale Möglichkeit, für Gesundheit aus prädiktivem Wissen heraus verantwortlich gemacht zu werden. (Klöcker 2016; Niewöhner 2010; Feiler 2018) In diesem Sinne kann der Körper willfährig zum bloßen Objekt und „Material der Selbstwertung“ (Schwöbel 2015) werden.

In der Debatte, die sich gegen einen solchen Reduktionismus und damit letztlich Dualismus von Körper und Geist richtet, gehen die Antworten in zwei unterschiedliche Richtungen. Zum einen wird in der phänomenologischen Tradition die Person als beseelter Leib verstanden. Normativ ergibt sich daraus ein Bewusstsein um die „Erdenhaftigkeit“ des Menschen (Gräb-Schmidt 2015, 112) und ein Ringen um „authentische Entscheidungen“ in der personalisierten Medizin (Wabel 2016). Im Falle des letzteren wird die Autonomie des Menschen als stets verkörpert und kontextgebunden verstanden, so dass eine rein rationale, mathematisch-ökonomische Problembewertung für Patienten (oder auch Ärzte) nie möglich ist. Der weitergehende eschatologische Kontext (*ta eschata* – die letzten Dinge) des Personseins bleibt hier jedoch unterbestimmt; vergleichsweise unterbestimmt sind auch die politischen Implikationen jenseits der Neubetonung bekannter individual-ethischer Begrifflichkeiten.

Die andere Richtung sieht die Person als dynamisches Sein (vgl. Molnár-Gábor 2017, 23; Zizioulas 2006; Feiler 2019). Die Person existiert grundsätzlich in zwei Modi: geistig-gemeinschaftlich und individuell-körperlich. In ihrer Dynamik wird und vergeht die Person als körperlich-geistige Einheit; Person-Sein ist Möglichkeit und „ethische“ Aufgabe. Diese steht vor dem Horizont eschatologischer Transformation und wird von ihm bestimmt. Vor diesem Hintergrund ist die Gesundheit nicht letzter *telos*, letztes Ziel der Person, doch ihr Verlust kann als existentiell korrosiv anerkannt werden. (Carel 2018) Gerade in dieser Radikalität bedeutet dieses Nicht-Wegschauen vom Leiden (*Ecce homo*) einen tiefen Trost, und zugleich eine moralische Entlastung der Medizin. Als „Gots Flicker“ (Martin Luther) repariert sie lediglich körperliche Gebrechen, damit der Leib zum Guten gebraucht werden kann. Bei der Bestimmung des Guten ist die Theologie in unwirtliches, unwegsames – da ideologieanfälliges – Gelände genötigt, kann den Gang aber auch nicht verweigern: denn was als *telos* oder Gut bestimmt wird, hat stets Rückwirkungen auf das Verständnis von Leiblichkeit. (vgl. Körtner 2010)

Die Zeitlichkeit der Person

Dieser Dynamik entsprechend ist die personale Integrität des Menschen kein *Datum* oder gegebenes *Faktum*. Person-Sein ist „vulnerabel“ (ein reimportierter Latinismus, der den scheinbar verlustig gegangenen Begriff der Sünde teils einfängt): Würde und Gottesebenbildlichkeit sind eben stets gefährdet.¹ Für unseren Kontext hier ist relevant, dass der Mensch als Person *wird*, dass er sich erst im Laufe der Zeit realisiert als das, was er ist. Auch daher hat „alles [...] seine Zeit“ (Koh 3,1-8). Die abschließende *Summa* eines Menschen ist nur transzendent fassbar, was – zumindest insofern diese Perspektive in Betracht kommt – auch das Problem der Kontinuität einer Person („Bin ich morgen derselbe wie heute?“) teils auffängt. (Schmidt 2017)

Im P4-Kontext erklärt diese Zeitlichkeit unter anderem die Besonderheit genetischer Information: unhintergebar, scheinbar omnipräsent liegt sie ein Leben lang in jeder Zelle des Körpers; nicht zuletzt deswegen versprechen genetische Diagnosen eine gesteigerte Genauigkeit und Sicherheit. (Berchtold 2016, 89-91) Das muss keinen genetischen Determinismus nach sich ziehen, zumal die Expression von Genen, Risiken usw. von unterschiedlichsten äußeren Faktoren beeinflusst wird. (Klöcker 2016) Dennoch: genetische Information ist ein fast permanenter, stummer Grund vor jedem Erleben und vor jeder (Kranken-)Biographie. Es gibt eine signifikante Lücke zwischen Genotyp und dem Phänotyp der Person. Dieses Verhältnis, bzw. diese Lücke hat der Humangenetiker Johannes Zschocke als „Gretchenfrage“ beschrieben. Zu Recht: sie betrifft das Verhältnis von stabiler, lebenslanger Latenz und realisierter Tatsächlichkeit. Und sie ist von hoher ethischer Signifikanz: Denn wird sie in einem *unzeitlichen* Akt übersprungen, werden die Möglichkeiten und Freiheiten des Personseins verzerrt.² Das Phänomen des „gesunden Kranken“, genetische Diskriminierung, aber auch Medikalisierung sind Beispiele für derartige Verzerrungen, die Schäden und Tragödien bedeuten. Konzentriert man sich hingegen auf die Erfahrungen des

¹ Wäre das nicht der Fall, wären Entwürdigungen, (Selbst-)Entmenschlichungen und Monstrositäten unterschiedlichster Art in ihrer Abgründigkeit nicht zu benennen.

² Zschocke selbst hat das Beispiel von König Oedipus herangezogen, der beim Versuch, seinem vorhergesagten Schicksal zu entkommen, erst recht die düstere Prophezeiung erfüllte.

Patienten und Erhebungen des Arztes, die sich *realiter* zeigen, nimmt man das Werden der Person nicht vorweg. Jeglicher epistemische Sprung zwischen Genotyp und Phänotyp betrifft das persönliche Verhältnis zum eigenen Körper– und muss dem Patienten daher auch eine Entscheidungsmöglichkeit lassen. Aus diesem Grund kann ein phänotypisches klinisches Anzeichen nicht *automatisch* einen genetischen Test nach sich ziehen, so wie das in Studien unter dem Forschungsvorbehalt möglich ist.¹

Relationalität und Polis

Dass Personsein etwas mit Relationalität und Mitmenschlichkeit zu tun hat, dass der Mensch keine Insel ist, ist nicht erst seit der Kritik an der Chimäre des hyper-rationalistischen *homo oeconomicus* bekannt. Die Digitalisierung als Spätform einer postmodernen Ordnung multipler Wissensfragmente (Prainsack 2019; Simanowski 2014) hantiert mit Big Data als statistischem Schüttgut. Aus dieser Konstellation heraus ist es eher schwieriger als leichter geworden, eine normative „Kollektivität“ geltend zu machen oder Solidarität für z.B. „Datenspenden“ zu begründen (Prainsack and Buyx 2017). Aus den zwei Punkten des Einzelnen und seiner pseudonymisierten Datenmenge lässt sich eben kein soziales Dreieck konstruieren.

Aus theologischer, aber auch aus rechtlich-pragmatischer Sicht ist dies nicht nötig (sondern wohl eher verdächtig), denn wir sind immer schon in „Kollektive“ eingebunden. Damit ist der Sprung in die politische Theorie bzw. politische Theologie im Grunde auch schon gemacht. In der christlichen Tradition erfüllt sich das Personsein als ein (paradoxes) individuelles Selbstsein-in-Relationalität. Dieses wird von der Kirche als der transhistorischen Gemeinschaft der Heiligen her verstanden. Sie muss mit anderen Kollektivformen in Verbindung gebracht werden. Was zählt und reale Konflikte birgt, betrifft daher zwei Fragen. Erstens, welche Aspekte der menschlichen Person sind welchen Kollektiven zuzuordnen? (z. B. Ist man *nur* körperlich und genetisch einer Familie zugehörig, oder geht etwas darüber hinaus? Oder, als anderes Extrem: ist Familie eine selbstgewählte Gemeinschaft?). Zweitens, wie sind gegebene Kollektive zu verstehen? (z. B. ist die Nation eine genetische, eine natürlich-kulturelle, oder rein imaginierte Gemeinschaft?) Der Begriff der „Partizipation“ in der P4-Medizin ist in diesem Kontext zunächst wenig erhellend und in seiner Doppeldeutigkeit sogar irreführend. Er impliziert sowohl Teilnahme an einem kollektiven Vorhaben, als auch Responsibilisierung (vgl. Feiler 2018) des Individuums als selbstverantwortlicher „Gesundheitsbürger“. (höchst skeptisch: Moini 2017)

Aus diesen Gründen wäre auch die Frage nach den politischen Pflichten der Person mit Bezug auf die P4-Medizin umzudrehen. Welche Aspekte der P4-Medizin sind in politischen, familiären, gemeinschaftlichen Formen des Zusammenlebens *brauchbar*? Und wie sind diese überhaupt normativ zu verstehen, d.h. was für ein „Sollen“ implizieren sie? Dass Bestehendes durch die „reine Lehre“ der P4-Agenda (P4 Medicine Institute 2019) und durch scheinbar entgrenzte Forschung in China infrage gestellt wird, liegt auf der Hand. Gleichzeitig ist Bestehendes auch politisch im Krisenmodus: siehe die veränderte Parteienlandschaft in europäischen Ländern; siehe eine im Herbst 2019 offensichtlich als notwendig erachtete Werbekampagne für den Rechtsstaat; siehe

¹ Vgl. die „Vroni“-Studie zur Früherkennung von Familiärer Hypercholesterinämie im DigiMed-Bayern-Projekt.

die Verlagerung gesundheitspolitischer und politisch-ethischer Grundsatzdebatten in Ersatzthemen wie Masernimpfung. Zudem ist der Kontext von Big Data international und im kommerziellen Bereich oft nur den Gesetzen des Marktes unterworfen. Diese Gemengelage wird nicht weniger kompliziert durch spektakuläre Hacks und Leaks. Diese Problemlagen können nicht auf dem Feld medizinischen Fortschritts entschieden werden, sind aber der Kontext für kontrastierende Interpretationen von biomedizinischen Entwicklungen.

Skizzenhaft ließe sich—mit dem augustinisch verwurzelten Luther eher als mit Melanchthon—die Medizin dem Politischen als eine Art *leibliche* Bestands- und Ermöglichungssicherung beordnen und weniger als eine Form von moralischer Selbstverwirklichung begreifen. Egal, ob das politische Gegenüber der eschatologischen Kirche dann als „i-Leviathan“ (Prainsack 2019) oder als digitale „Ameisengesellschaft“ (Werber 2013) erscheint – zu prüfen ist, welche Aspekte, Strukturen und Geräte brauchbar sind. Der Versuch, direkt hinter jedes medizinisch-technologische Bedürfnis einen theologischen Motor zu installieren, ruft hingegen einen Kurzschluss hervor.

Kriterien praktischer Weisheit – Personalität und Zeitlichkeit

Die Frage nach dem Denken der P4-Medizin im Kontext *politischen Personseins* lässt sich nicht in aller Kürze beantworten, aber Kriterien einer der Person angemessenen Medizin lassen sich durchaus anwenden. Diese sind keine neuen Überlegungen, gehören sie doch zu den „Fragen, die man sich stellt, bevor man an der Universität war um zu lernen welche Fragen man stellen sollte“ (O'Donovan 2013, ix).

Diskriminieren – Notwendigkeit

Zentrales Kriterium für eine Intervention, einschließlich einer genetischen Diagnose, ist schlicht ihre Notwendigkeit. Was ist ein tatsächlicher Schaden für die Person als körperlich-geistige Integrität? Was muss behandelt werden? Welches Wissen, welche Techniken wirken hingegen reduktiv und damit wieder des-integrativ? Insofern verfeinerte Diagnostiken, neue Biomarker oder das Wissen um genetische Dispositionen die Möglichkeit bieten Patienten gezielter – und damit diskriminierend im positiven Sinne – zu behandeln, bedeutet ihre Nicht-Anwendung unter Umständen eine gravierende *Verletzung* des Unterscheidungsprinzips (*One size fits no one.*). Dieses Diskriminierungs-Prinzip wird ebenfalls verletzt, wenn nicht mehr die „leibhaftige“ Person, sondern – ebenso reduktionistisch – lediglich auf projizierte genetische Risiken hin behandelt wird. In diesem Sinne ginge z.B. ein frühkindliches Screening-Programm, das ausnahmslos jedes Kind genetisch auf alle möglichen Risiken hin testen würde, bereits in die falsche Richtung. Das abklärende und weiterführende diagnostische Testen aufgrund von Symptomen, klinischen Anzeichen oder das Überschreiten von Schwellenwerten hingegen reagiert auf einen *Phänotyp* und damit die leibliche Person in ihrer Emergenz.

Ein Unterkriterium für eine Intervention ist daher das Vorliegen oder eindeutige Bestehen (*imminence*) einer bestimmten Krankheit.¹ In diesem Sinne entspräche auch eine prognostische

¹ Die Definition von Krankheit steht mit dem P4-Gedanken daher auch zur Disposition.

genetische Analyse *innerhalb* einer notwendigen Behandlung, die eine Vorhersage über den zu erwartenden weiteren Krankheitsverlauf zum Ziel hat, dem Prinzip der Notwendigkeit, zumindest solange die Analyse gezielt stattfindet. Umgekehrt muss ein gehäuftes Auftreten von bestimmten Krebsarten in einer Familie noch kein medizinisches Eingreifen nach sich ziehen, womit z. B. das Unbehagen hierzulande zur präventiven Mastektomie wie im Falle von Angelina Jolie erklärt werden kann.

Dieses reparative oder reaktive Wesen der Medizin - und damit wieder ein angewandter Personenbegriff – entkoppelt die therapeutischen und daher sinnvollen Elemente der P4-Medizin von einer undifferenzierten transhumanistischen Agenda. Gleichzeitig kann man hierin die begriffliche Trennung von medizinischer Behandlung und Forschung, von Patient und Proband, begründet sehen. Das retrospektive Moment und das prospektive Moment, d.h. die gezielte Behandlung und die offene Frage, können nicht aufeinander reduziert werden ohne beide *ad absurdum* zu führen. Die Perspektive des reinen *Interesses* an Datenmengen kann diese Unterscheidung allerdings nicht oder nur ahnungsweise treffen und dementsprechend nur vage Ankündigungen für zukünftige Überlegungen machen. (beispielhaft dafür: Greshake Tzovaras and Tzovara 2019) Das schließt nicht den Austausch zwischen den Momenten aus: während Behandlungen stets Forschungsfragen aufwerfen, können Forschungsergebnisse erhebliche Entlastungen für Patienten und Angehörige bedeuten.

Verhältnismäßigkeit

Im Anschluss an die Entscheidung zwischen medizinischer Intervention Ja/Nein spezifiziert das Kriterium der Verhältnismäßigkeit die *Ziele* eines konkreten Eingriffs in quantitativer Beziehung zu ihren *Mitteln*. Das beinhaltet ebenso den Blick nach vorn und zurück. Denn würden Ziele ausschließlich prospektiv bestimmt, braucht das Ziel nur breit genug gesteckt sein, damit alle Mittel als verhältnismäßig gelten. Ist oberstes, anthropologisch höchst fragwürdiges, Ziel z.B. die Verhinderung von Krankheit *tout court*, ist keine Vorsorgemaßnahme zu übertrieben, keine finanzielle Ausgabe zu hoch, keine digitale (Selbst-)Überwachung zu exzessiv. Um diese Entgrenzung einzufangen—die sich auch in einer gewissen Ratlosigkeit gegenüber Health Apps, Selbst-Quantifizierung etc. zeigt—lassen sich angewandte Mittel nur retrospektiv und damit durch das problematische Gegebene, d.h. den *tatsächlichen* Schaden beurteilen. Das heißt im Umkehrschluss nicht, präventive Vorsorge wäre zugunsten reiner Schadensbegrenzung aufzugeben. Aber die Verhältnismäßigkeit der Prävention ist antizipativ aus der Therapie heraus zu denken: je geringer das Risiko eines bevorstehenden Ereignisses, desto geringer der Einsatz der präventiven Mittel.¹ Je allgemeiner das Risiko, desto allgemeiner die Prävention, die am niederschweligen Ende in Bildung, Sport und Spiel übergeht.

¹ Bei Impfungen wird dies sichtbar: gehen sie mit Nebenwirkungen oder Gefahren einher, die den zu erwartenden Schutz übertreffen, werden sie abgelehnt. Das biologistische Insistieren auf eine Pflicht zum „Herdenschutz“, wie bei der AEM-Jahrestagung im September 2019 in Göttingen, ersetzt *diese* Frage nach der Verhältnismäßigkeit nicht.

Autorität. Wer entscheidet? Über welche Körper?

Einen wesentlich größeren Fragekomplex betrifft die praktischen Konsequenzen der ‚Relationalität‘ der menschlichen Person. Hierbei gilt es, wie bereits angemerkt, analog zur Anthropologie zwischen den verschiedenen *corpora* zu unterscheiden: Kirche (die *ekklesia* als befreiter, geträuteter *corpus Christi*) im Kontrast zu Staaten, freiwilligen Gemeinschaften, Vereinen etc. Der Begriff der Gesellschaft, der „wir“ (eines der ideologisch aufgeladesten Wörter) etwas schulden, kann diese folgenreichen Nuancen zwischen den unterschiedlichen normativen Formen, die menschliche Relationalität impliziert, vorschnell aufheben. Er kann aber auch politische Gemeinschaftlichkeit suggerieren, wo lediglich eine „Blase“ von Gleichgesinnten vorliegt. Wenn hingegen ein Ziel von Medizin und Politik ist, das Dasein als bloßer Körper und damit letztlich als individuelle Leiche (vgl. Tilly 2015; Bishop 2016) zu verhindern, impliziert das einen *corpus politicum*, der zwar gewisse Zwangsmaßnahmen zur Verfügung hat (z.B. im Fall von Epidemien), jedoch eine letztlich eine minimale Funktion.

Daraus ergeben sich weitere vorläufige Einsichten. Was die medizinische Forschung angeht, wäre eine Erweiterung der gemeinschaftsbezogenen Pflichten (vgl. Ärzteblatt 2018)—die der Einzelne über Kassenbeiträge und Steuern auch erfüllt—nur dann gerechtfertigt, wenn es sich bei der Forschung tatsächlich um eine elementare Grundsicherung des *corpus politicum* per se handelte. (vgl. Sloane 2019) Das ist allerdings nicht der Fall, da Medizin und Forschung nicht aufeinander reduzierbar sind.¹ Würde diese Differenz verwischt, würden z.B. Patientendaten oder ihre Biomaterialien ohne Zustimmung der Patienten genutzt, kehrte sich auch ein fundamentales Verhältnis um. Die Medizin wäre in diesem Verhältnis nicht mehr für den Patienten da, sondern der Patient für die Medizin, und die Medizin für die Forschung. Daher kann u.a. eine „Spende“ von Daten nur ein freiwilliger Beitrag sein.² Andersherum kann der mögliche Wille zur Teilnahme an medizinischer Forschung nicht direkt mit dem Patientenschutz ausgehebelt werden; der Schutz von Probanden ist zumindest separat zu denken.

Die Form von Gemeinschaftlichkeit und Verantwortung betrifft dann auch die Organisationsformen, die sich aus der unterschiedlichen Wertung von Bioproben ergeben. Stehen z. B. Körperteile oder Daten zu Lebzeiten oder auch nach dem Tode weiterhin in einer engen Beziehung zur Person, ergibt sich ein wesentlich gemeinschaftlicheres, persönlich involviertes Verständnis von Forschung, als eine de-personalisierte, anonyme Verwendung von *Biomaterialien*, die als eine Art *res nullius* zu digitalisiertem Schüttgut werden. (systematisch-theologische Zusammenhänge mit Heiligenverehrung und Auferstehung werden z. B. in Scherz 2017 hergestellt) In Abwesenheit

¹ Hier wäre eine Analogie z.B. zur Verpflichtung zum Militärdienst im Notfall zu prüfen. Wäre diese stichhaltig, müsste es auch eine solidarische Verpflichtung geben an der Militär-, Sicherheits- oder Waffenforschung teilzunehmen. Im angelsächsischen Kontext haben Porsdam Mann et. al. (Porsdam Mann, Savulescu, and Sahakian 2016) die Forschung an *health care records* mit einem *moral duty to easy rescue* begründet. Eine Nicht-Teilnahme analog als unterlassene Hilfeleistung nach StGB § 323c zu verstehen, würde den Notfall-Begriff unzulässig expandieren.

² Auch aus diesem Grund wird die im vorherigen Artikel diskutierte Widerspruchslösung für Organspende hier abgelehnt.

eines Biobank-Gesetzes in Deutschland (vgl. Beyerbach 2019) lässt sich eine wenig überraschende Konstellation beobachten: ist die Zustimmung des Einzelnen einmal gegeben, ist die Offenheit für die Verwendung pseudonymisierter oder anonymisierter Daten in digitalen, unpersönlichen rechtlichen Grauzonen groß.¹

Damit ist man beim Datenschutz, der rechtliche, politische Kollektive betrifft. Zunächst: als eine Form von Personenschutz verhindert er die Verwendung von Daten gegen die Integrität und freiheitliche Offenheit, die Personsein bedeutet. Insofern Daten hier tentativ als ein „Abbild“ verstanden werden, entwickeln Datenschützer u.a. technische Strategien um die Zuordnung von „Bild“ zu Person zu verhindern. Während diese Strategien ihrerseits Verhältnismäßigkeit verlangen, ist die zentrale Frage: Wer schützt Personen, indem er ihre Daten schützt? Gegenwärtig wird diese Schutzfunktion zunehmend in den individuell-privaten Bereich verlagert, z.B. durch das Konzept der individuellen „Datensouveränität“ (Hummel, Braun, and Dabrock 2019). Dass dieser Ansatz (noch) realistisch ist, kann zumindest im internationalen, marktwirtschaftlichen Kontext stark bezweifelt werden. (Murgia and Harlow 2019; Pilkington 2019) Stattdessen bewegen wir uns hier im ureigensten Bereich staatlicher Schutzpflichten, deren Reichweite und Bezugspunkt unklar und umstritten ist. Diese müssen bestimmt werden, besonders, bevor moralische Pflichten in diesem Bereich postuliert werden.

In jedem Fall impliziert das korporative Personsein aus theologischer Sicht nicht notwendigerweise ein duales Entweder-Oder zwischen „Paternalismus“ und „Autonomie“, sondern—etwas holprig formuliert— das Werden-Lassen des anderen als *Mit-Person* in einem eschatologisch-korporativen Seinsmodus. Danach, ob das möglich ist, können der Kontext eines Patienten (Dorneck et al. 2019), aber auch die persönlichen Entfaltungsmöglichkeiten von Forschern und Mediziner*innen hin beurteilt werden (beides im Bewusstsein des Balkens im Sichtfeld des Urteilenden). Das häufig als ein basales Grundproblem angesehene Dilemma zwischen den Rechten des Einzelnen und der der Gemeinschaft kann damit möglicherweise noch einmal in einen anderen Kontext gestellt und abgemildert werden. (O'Donovan 2009)

Im Vorangegangenen wurde versucht, zumindest einige Problemlagen, die mit der der P4-Medizin einhergehen, mit dem theologisch verwurzelten und normativ gehaltvollen Begriff der Person in Verbindung zu bringen. Einerseits vertieft dieser die Interpretation verschiedener (Macht-) Ebenen und Seinshorizonte; andererseits ergibt sich eine operable ethische Entscheidungspraxis, die immer auch schon stattfindet. Keine Forschung geschieht im amoralischen Vakuum; Handlungen sind eine Form ethischer Positionierung. Beide Aspekte des Personenbegriffs sind zwei-

¹ Barbara Prainsack argumentiert für die Datenspende (Prainsack 2019, 20): „If I decide to donate my data then I am not leaving it up to ‘the system’ to decide, but I take an active decision that my data should create value for others too.“ Neben der bemerkenswerten Auslassung dessen, worüber „das System“ eigentlich entscheidet, folgt aus der autonomen Tat der Spende jedoch noch keine Bestimmung über den Gebrauch derselben durch andere. (Dadurch, dass man z.B. jemandem hundert Euro spendet, hat man weder verfügt, dass er dankbar ist oder sie für etwas Bestimmtes ausgibt, noch verhindert, dass er sie missbräuchlich verwendet.) Die Datenspende selbst als eine Art von „Widerstand“ gegen den „iLeviathan“ aus GAFA (Google, Amazon, Facebook und Apple) zu konstruieren, scheint mir daher so, als interpretierte man einen Kamikaze-Flug als Widerstand gegen moderne Kriegsmaschinerien.

felsohne weiter zu entwickeln. Wie eingangs angemerkt lässt sich Ethik auch nicht von einer Kulturhermeneutik trennen; und am Unterlauf der Kultur steht die Politik. An welchem Punkt man auch einsetzt: über die Forderung nach minimalen, letztlich staatlichen Schutz-Pflichten hinaus überzeugen christlich-ethische Positionen nur in der Ermutigung, und zwar aus dem verlässlichen, letztgültigen Trost heraus, aus dem sie existieren.

Literatur

- Ärzteblatt, Deutsches. 2018. "Hecken plädiert für verpflichtende Datenspende." *Deutsches Ärzteblatt*. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/99900/Hecken-plaediert-fuer-verpflichtende-Datenspende#comments>.
- Berchtold, Christina M. 2016. *Der Wandel genetischer Information: Personalisierte Medizin zwischen Informations- und Verschwiegenheitsinteressen*. Edited by Helge Sodan. Vol. 40 *Schriften zum Gesundheitsrecht*: Duncker & Humblot.
- Beyerbach, Hannes. 2019. "Genomanalysen zu Forschungszwecken: Eine rechtliche Grauzone." *Deutsches Ärzteblatt International* 116 (41): 1854-. <https://www.aerzteblatt.de/int/article.asp?id=210305>.
- Bishop, Jeffrey P. 2016. "From Anticipatory Corpse to Posthuman God." *The Journal of Medicine and Philosophy* 41 (6): 679-695. <https://doi.org/10.1093/jmp/jhw023>.
- Carel, Havi. 2018. *Phenomenology of Illness*. Oxford: Oxford University Press.
- Dorneck, Carina, Ulrich M. Gassner, Prof. Dr. iur. Jens Kersten, Josef Franz Lindner, Kim Philip Linoh, Katja Nebe, Henning Rosenau, and Birgit Schmidt am Busch. 2019. "Contextual Consent." *Medizinrecht* 37 (6): 431-439. <https://doi.org/10.1007/s00350-019-5247-2>. <https://doi.org/10.1007/s00350-019-5247-2>.
- Feiler, Therese. 2018. "Understanding Responsibilization in Healthcare: Differentiations in Reformation Theology." *Theology* 121 (2): 95-102. <https://doi.org/10.1177/0040571x17740525>. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0040571X17740525>.
- . 2019. "The Ontology of Personhood: Distinguishing Sober from Enthusiastic Personalised Medicine." *Studies in Christian Ethics* 32 (2): 254-270. <https://doi.org/10.1177/0953946818761230>. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0953946818761230>.
- Gräb-Schmidt, Elisabeth. 2015. "Leiblichkeit - das Ende der Werke Gottes? Materialität und Kommunikation als Dimensionen theologischer Anthropologie." In *Dimensionen der Leiblichkeit: Theologische Zugänge*, edited by Bernd Janowski and Christoph Schwöbel, 98-117. Neukirchen-Vluyn: Neukirchener Verlagsgesellschaft.
- Greshake Tzovaras, Bastian, and Athina Tzovara. 2019. "The Personal Data Is Political." In *The Ethics of Medical Data Donation*, edited by Jenny Krutzinna and Luciano Floridi, 133-140. Cham: Springer International Publishing.

- Hummel, Patrik, Matthias Braun, and Peter Dabrock. 2019. "Data Donations as Exercises of Sovereignty." In *The Ethics of Medical Data Donation*, edited by Jenny Krutzinna and Luciano Floridi, 23-54. Cham: Springer International Publishing.
- Institute, P4 Medicine. 2019. [website]. P4 Medicine Institute. Accessed 25.07.2019. <https://www.p4mi.org/>.
- Klöcker, Katharina. 2016. Schuld an Krankheit? Herausforderungen der prädiktiven Medizin in theologisch-ethischer Reflexion. In *Zeitschrift für Evangelische Ethik*.
- Körtner, Ulrich H. J. 2010. *Incarnate Reason: Problems in Rendering Christian Anthropology Accessible to the Contemporary Bioethical Discourse—A Commentary on Peter Dabrock*. Oxford University Press.
- Moini, Giulio 2017. "Participation, Neoliberalism and Depoliticisation of Public Action." *SOCIETÀ MUTAMENTO POLITICA* 8 (15): 129-145.
- Molnár-Gábor, Fruzsina. 2017. *Die internationale Steuerung der Biotechnologie am Beispiel des Umgangs mit neuen genetischen Analysen*. Berlin: Duncker & Humblot.
- Murgia, Madhumita, and Max Harlow. 2019. "How Top Health Websites Are Sharing Sensitive Data with Advertisers." *Financial Times*, 13. November 2019, 2019. <https://www.ft.com/content/0fbf4d8e-022b-11ea-be59-e49b2a136b8d#comments-anchor>.
- Niewöhner, Jörg. 2010. "Über die Spannungen zwischen individueller und kollektiver Intervention: Herzkreislaufprävention zwischen Gouvernementalität und Hygienisierung." In *Das präventive Selbst: Eine Kulturgeschichte moderner Gesundheitspolitik* edited by Martin Lengwiler, 307-324. Bielefeld: transcript.
- O'Donovan, Oliver. 2009. "The Language of Rights and Conceptual History." *The Journal of Religious Ethics* 37 (2): 193-207. <http://www.jstor.org/stable/40378041>.
- . 2013. *Self, World, and Time: Ethics as Theology I. An Induction*. 3 vols. Vol. 1. Grand Rapids, Michigan: William B. Eerdmans.
- Pilkington, Ed. 2019. "Google's secret cache of medical data includes names and full details of millions – whistleblower." *The Guardian*, 12 November 2019, 2019. <https://www.theguardian.com/technology/2019/nov/12/google-medical-data-project-nightingale-secret-transfer-us-health-information>.
- Porsdam Mann, Sebastian, Julian Savulescu, and Barbara J. Sahakian. 2016. "Facilitating the Ethical Use of Health Data for the Benefit of Society: Electronic Health Records, Consent and the Duty of Easy Rescue." *Philosophical Transactions of the Royal Society A: Mathematical, Physical and Engineering Sciences* 374 (2083): 20160130. <https://doi.org/10.1098/rsta.2016.0130>. <https://doi.org/10.1098/rsta.2016.0130>.
- Prainsack, Barbara. 2019. "Data Donation: How to Resist the iLeviathan." In *The Ethics of Medical Data Donation*, edited by Jenny Krutzinna and Luciano Floridi, 9-22. Cham: Springer International Publishing.
- Prainsack, Barbara, and Alena Buyx. 2017. *Solidarity in Biomedicine and Beyond*. Cambridge ; New York ; Melbourne ; Delhi ; Singapore: Cambridge University Press.

- Scherz, Paul. 2017. "Fragments of the Body in Christian, Bioethical and Social Imaginaries." *Studies in Christian Ethics* 30 (4): 449-463. <https://doi.org/10.1177/0953946816680134>. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0953946816680134>.
- Schmidt, Jochen. 2017. Erzählte Heiligkeit. In *Zeitschrift für Evangelische Ethik*.
- Schwöbel, Christoph. 2015. "Einleitung: Dimensionen der Leiblichkeit." In *Dimensionen der Leiblichkeit: Theologische Zugänge*, edited by Bernd Janowski and Christoph Schwöbel, VII-XIV. Neukirchen-Vluyn: Neukirchener Verlagsgesellschaft.
- Simanowski, Roberto. 2014. *Data Love*. Berlin: Matthes & Seitz.
- Sloane, Mona. 2019. Diskriminierung durch KI: Plötzlich reden alle über Ethik. *Frankfurter Allgemeine Zeitung*. Accessed 25.06.2019.
- Tilly, Michael. 2015. "Aspekte des leibhaften Personseins bei Paulus." In *Leibhaftes Personsein: Theologische und interdisziplinäre Perspektiven*, edited by Elisabeth Gräß-Schmidt, Matthias Heesch, Friedrich Lohmann, Dorothee Schlenke and Christoph Seibert, In Marburger Theologische Studien, 21-35. Leipzig: Evangelische Verlagsanstalt.
- Wabel, Thomas. 2016. "Patient as Person in Medicine: Autonomy, Responsibility and the Body." In *The Ethics of Personalised Medicine: Critical Perspectives*, edited by Jochen Vollmann, Verena Sandow, Sebastian Wäscher and Jan Schildmann, 53-64. London: Routledge.
- Werber, Niels. 2013. *Ameisengesellschaften: Eine Faszinationsgeschichte*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Zizioulas, Jean. 2006. *Communion and Otherness: Further Studies in Personhood and the Church*. London: T&T Clark.