

2019

TTN

EDITION

Gemeinwohl, *Polis*, Individuum. Bioethik im Kontext

Herausgegeben von **Therese Feiler**

Mit Beiträgen von **Yannick Schlote, Hendrik Meyer-Magister, Therese Feiler, Niklas Schleicher**

Herausgeber TTN Edition

Institut Technik-Theologie-Naturwissenschaften (TTN)
an der Ludwig-Maximilians-Universität
Evangelisch-Theologische Fakultät
Geschwister-Scholl-Platz 1
80539 München
www.ttn-institut.de/TTNedition

ISSN 2198-9540

INHALT

Editorial – Reiner Anselm 3

Gemeinwohl sagen, Gemeinwohl wagen. Die Biomaterialspende und ihr impliziter Appell an ein *Bonum Commune*. Oder: Braucht es eine Renaissance des Gemeinwohlbegriffs in Zeiten Personalisierter Medizin? – Yannick Schlote 6

Gemeinwohl und Selbstbestimmung bei der Organspende. Überlegungen zu einer „verantwortlichen Autonomie“ – Hendrik Meyer-Magister 12

Person und *Polis*. Kriterien für eine brauchbare P4-Medizin – Therese Feiler 22

Auf dem Weg zum Borg? Bilder im Zusammenhang mit der Personalisierten Medizin – Niklas Schleicher 33

Die Autoren 39

EDITORIAL

Reiner Anselm

Fragen der ethischen Bewertung des Einsatzes gentechnischer Methoden am Menschen gehören gleichsam zur DNA des TTN. Das schon in den 1990er-Jahren von den Gründern entwickelte Stufenmodell wurde seither vielfach aktualisiert. Im Zentrum der letzten Debatte um das Stufenmodell, im Zentrum aber auch der kontroversen öffentlichen Diskussion um die genomische Medizin stand das Genome Editing, nicht zuletzt nachdem im vergangenen Jahr in China erstmals Kinder nach einem Crispr-Eingriff geboren wurden.

Der Fokus dieser TTN liegt auf einer anderen, sehr viel weiter ausgreifenden Dimension der genomischen Medizin, die aus der Kombination von medizinischen, biochemischen und informatischen Elementen hervorgeht. Die Rede ist von der sogenannten P4-Medizin, der prädiktiven, präventiven, personalisierten und partizipativen Medizin. Durch die Kombination von genomischer Analyse und Methoden der Künstlichen Intelligenz sollen nicht nur präzisere Vorhersagen zu individuellen Krankheitsrisiken und -verläufen möglich werden, sondern auch neue, individualisierte Therapieansätze. In der Onkologie gibt es hierzu bereits vielversprechende Ansätze. Die Arbeit im Konsortium DigiMed Bayern (<https://www.digimed-bayern.de/>), in dem das TTN die ethische Begleitforschung durchführt und in dessen Rahmen die hier zusammengestellten Beiträge entstanden sind, möchte diesen Therapieansatz auf den Bereich atherosklerotischer Erkrankungen übertragen. Über Verbindung zweier Schlüsseltechnologien, Informationsverarbeitung und genetische Analytik, sollen Wege ausgelotet werden, die individuelle Prävention und auch die Krankenversorgung in diesem Gebiet entscheidend weiterzuentwickeln.

Das vierte „P“ der P4-Medizin, partizipatorisch, deutet es schon an: Hier handelt es sich um Entwicklungen, die über die medizinische Versorgung hinaus eine umfassende gesellschaftliche Bedeutung haben. Denn Partizipation kann ohne jeden Zweifel als ein Grundkennzeichen der Demokratie gelten. Nicht zuletzt deswegen ist der Gedanke des „informed consent“, der Maßgabe also, dass jede Intervention im Gesundheitsbereich nur dann zulässig ist, wenn ihr die Betroffenen ihre informierte Zustimmung erteilt haben, zum Merkmal medizinischer Forschung und Krankenbehandlung in demokratischen Gesellschaften geworden. Allerdings: Betrachtet man das Vorgehen der P4-Medizin näher, so wird schnell deutlich, dass partizipatorisch hier in einer deutlich anderen Konnotation gebraucht wird als im politischen Raum: Wer in diesem Rahmen von partizipativer Medizin spricht, zielt dabei in aller Regel nicht auf das Recht auf *Teilhabe*, sondern auf die (zumindest moralische) Pflicht zur *Teilnahme*. Denn nur wenn genügend Probanden ihre Daten, und zwar genomische Daten und die Daten über den Krankheitsverlauf, zur Verfügung stellen, sind signifikante diagnostische und therapeutische Fortschritte möglich. Erst auf der Grundlage der statistischen Analyse großer Datensätze lassen sich die Erkenntnisse gewinnen,

auf denen die 4P-Medizin aufbaut. Die Paradoxie und damit auch die Herausforderungen für die politische Gestaltung liegen auf der Hand: Individueller Nutzen lässt sich nur erreichen, wenn es gelingt, möglichst viele Menschen dazu zu bewegen, ihre Daten zur Verfügung zu stellen. Nur über einen Appell an das Kollektiv lässt sich Personalisierung erreichen.

Welche Konsequenzen hat dies für das etablierte rechtliche und ethische Koordinatensystem, mit dem wir medizinische Forschung und Therapeutik bewerten? Wie kommen diese Entwicklungen in einer Gesellschaft zu stehen, die in immer größerem Maße auf individuelle Rechte aufgebaut ist? Diesen Fragen gehen die Beiträge dieser TTN-Edition nach. Zu Beginn stellt *Yannick Schlote* die Frage, ob es unter den geschilderten Voraussetzungen gerade auch für den Bereich der Medizin einer Renaissance des Gemeinwohldenkens bedarf. Liegt hier ein Schlüssel um die genannten Paradoxien aufzulösen, und zwar so, dass die Ausrichtung am Gemeinwohl eine Spende von Daten und Biomaterial durch die Einzelnen motivieren kann?

Hendrik Meyer-Magisters Beitrag ist komparativer Natur. Er nimmt die durch die 4P-Medizin aufgeworfenen Fragestellungen als Folie, um einen Blick auf ein anderes Gebiet der Hochleistungsmedizin zu werfen, nämlich die Organtransplantation. Auch hier geht es ja in der Auseinandersetzung zwischen der Widerspruchs- und der Informationslösung um die Frage, wie individuelle Präferenzen und das Gemeinwohl aufeinander bezogen und miteinander ins Verhältnis gesetzt werden. Sein Plädoyer gilt einer „verantwortlichen Autonomie“, bei der Individuum und Gesellschaft nicht kontrastierend gegeneinander gestellt werden, sondern als komplementär zueinander zu stehen kommen. Die Pointe liegt dabei darin, diese Komplementarität so zu formatieren, dass eine gesellschaftliche Verpflichtung zur individuellen Meinungsbildung denkbar ist, ein Paradigma, das nicht nur die zur Debatte stehenden unterschiedlichen Entwürfe zur Organtransplantation aneinanderrückt, sondern ersichtlich auch Perspektiven für die Regelung der durch die 4P-Medizin aufgeworfenen Fragestellungen eröffnet.

Therese Feiler ordnet die Fragestellungen der P4-Medizin ein in den größeren Deutekontext, der sich aus der christlichen Theologie und ihrem Verständnis menschlicher Personalität ergibt. Weder überbordende Gemeinschaftsideale, noch ein isolationistisches Verständnis der Person entsprechen der christlichen Anthropologie, aus der sich dann auch die christliche Ethik speist. Vielmehr ist der Mensch immer bereits eingebunden in Relationen, außerhalb solcher Beziehungswelten lässt sich das Menschsein nicht bestimmen. Dann aber geht es nicht darum, vom Konstrukt eines singularistischen Zerrbilds aus neue Formen der Gemeinschaft zu konzipieren, sondern sehr viel pragmatischer und realistischer danach zu fragen, welche Innovationen der P4-Medizin sich dienlich erweisen für das Leben in den Kontexten, in denen sich Menschen immer schon vorfinden. Im Ergebnis führt das dazu, den Bedarf an P4-Medizin ebenso neu zu kalibrieren wie die Befürchtungen, die sich mit ihr verbinden lassen.

Die hier vorgezeichnete Linie wird von *Niklas Schleicher* noch einmal in einen weiteren Kontext gestellt. Sein Interesse gilt, ausgehend von der filmischen Inszenierung in Science Fiction-Formaten, den Bildern, mit denen der Transhumanismus vermittelt wird und die er auch selbst vermittelt. Er macht dabei darauf aufmerksam, dass, beabsichtigt oder unbeabsichtigt, die P4-Medizin

Bilder bedient und evoziert, die die Grenze zwischen Realität und Fiktion, von Rhetorik und Realität verschwimmen lassen oder verschleiern. Eine kulturhermeneutisch sensible Ethik wird darauf aufmerksam machen müssen, zum einen, um überzogene Phantasien und politische Selbstermächtigungen ins rechte Licht zu rücken, zum anderen aber auch, um den Befürchtungen entgegenzuwirken, die sich nur deswegen einstellen, weil Wissenschaft mit Science-fiction verbunden wird.

Alle vier Beiträge lassen dabei deutlich werden, was es bedeutet, interdisziplinär vernetzt evangelisch zu argumentieren – und setzen damit die Tradition medizinethischer Forschung am TTN fort.

GEMEINWOHL SAGEN, GEMEINWOHL WAGEN. DIE BIOMATERIALSPENDE UND IHR IMPLIZITER APPELL AN EIN *BONUM COMMUNE*. ODER: BRAUCHT ES EINE RENAISSANCE DES GEMEINWOHLBEGRIFFS IN ZEITEN PERSONALISIERTER MEDIZIN?

Yannick Schlote

Sich in ethischen Debatten auf das Gemeinwohl zu berufen, wirkt in Anbetracht der fortschreitenden Pluralisierung und Individualisierung gesellschaftlich überholt. Dabei bleibt es doch der starke Appell, auf den besonders Biodatenbanken zurückgeworfen sind. Ihr Aufruf zur Biomaterialspende ist beispielhaft dafür, wie der generelle Erfolg personalisierter Medizin von der Bereitschaft des Einzelnen abhängt, Selbsterfüllung auch in gesellschaftlicher Verantwortung zu finden. Damit stellt sich die Frage: Hilft eine Neubesinnung auf den Gemeinwohlbegriff, um die sozio-moralischen Ressourcen einer Gesellschaft für die Lösung aktueller Debatten wieder ernst zu nehmen?

„Ich unterstütze die Forschung, weil es uns allen zugutekommt.“ sagt Robert (43), der in lässiger Pose vor weißem Hintergrund abgelichtet wird. „Ich wollte aus einem Gefühl der persönlichen Dankbarkeit heraus etwas zurückgeben. Wenn viele Menschen es ablehnen würden, mitzumachen, wie würde man dann jemals etwas gegen Krankheiten unternehmen können?“, erklärt er. Neben Robert kommt Brigitte (71) zu Wort. Sie betont ihr gutes Gefühl, der Forschung helfen zu können; für Horst (75) hingegen ist es eine Selbstverständlichkeit, seinen Beitrag für die Entwicklung neuer Behandlungsmethoden zu leisten, und für Sabine (34) ist ihre Spende eine Investition in die Zukunft nachfolgender Generationen.

Mit diesen Prototypen – Jung und Alt, Mann und Frau – wirbt die Website biobanken-verstehen.de für die Bereitschaft zur Biomaterialspende. Betreiber der Website ist die German Biobank Node (GBN), der zentrale, vom BMBF geförderte Zusammenschluss aller klinischen Biobanken in Deutschland. Diese sammeln, verarbeiten und lagern Blut, Gewebe oder anderes Biomaterial von Patienten und verknüpfen diese mit den zugehörigen klinischen Informationen. Dieses pseudonymisierte Material können Wissenschaftler und Ärzte für ihre Forschungsvorhaben anfordern. Biobanken sind somit ein Teilbereich dessen, was aktuell unter dem Paradigma der personalisierten Medizin, oder P4-Medizin, verhandelt wird. Ihr Weg wurde durch die molekularbiologischen wie informationstechnologischen Erkenntnisse der letzten Jahre geebnet: Therapien sollen stärker als bisher auf Patientenprofile zugeschnitten werden, indem Ärzte mithilfe von Computeralgorithmen aus ähnlichen Patientenfällen wichtige Muster in den Krankheitsentwicklungen identifizieren und somit prädiagnostisch therapieren können. Damit ist ersichtlich: Der Erfolg dieser

Vorhersage hängt entscheidend von der Menge der Informationen ab. Ohne ausreichende Materialien und den aus diesen gewonnenen Daten fehlt die Arbeitsgrundlage der P4-Medizin.

Die Spendergeschichten auf www.biobanken-verstehen.de deuten verantwortungs-, tugendethische, wie deontologische Begründungsmuster an, um für ihr Vorhaben zu werben, führen diese aber nicht weiter aus. Eine inhaltliche Rahmung wird nicht vorgenommen, die einzelnen Statements für eine Materialspende bleiben unverbunden nebeneinander stehen. Sie wollen exemplarisch gelesen werden und implizieren, dass die Motivation für eine Biomaterialspende sich an diesen Ausführungen nicht erschöpft.

Doch diese angebliche Pluralität täuscht. Denn auch wenn die Situation der Spender bewusst divers inszeniert wird, verweist jede Spendergeschichte implizit auf die Frage, inwieweit der Einzelne eine Verantwortung für das gesundheitliche Wohl unbekannter Dritter innerhalb einer Rechtsgemeinschaft (und im Rahmen des deutschen Sozialstaats ipso facto auch Solidargemeinschaft) trägt, gerade wenn derjenige persönlich keinen Vorteil aus dem Eingriff zieht. Alle Spenderstatements bejahen diese Frage und verweisen damit auf eine gemeinsame, verdeckte Leitorientierung, die dem Einzelnen eine Verantwortung gegenüber Dritten zumutet. Für diese Zumutung setze ich den Begriff des Gemeinwohls.

Medizinische Daten als Kristallisationspunkt der Frage von Individuum und Gesellschaft

Gemeinwohl (oft in Zusammenhang mit Gemeinsinn) beschreibt die meist als reziprok wahrgenommene Orientierung des Individuums am Wohlergehen einer Gemeinschaft im Gegensatz zur rigorosen Durchsetzung von Partikularinteressen. Es stellt sich die Frage, ob die an den Spendergeschichten aufgefundene moralische Forderung davon profitiert, würde sie mit dem Gemeinwohlbegriff explizit gemacht werden.

Festzuhalten ist, dass Biobanken derzeit ohne einen moralischen Appell nicht auszukommen scheinen. Ihnen fehlt einerseits der rechtliche Zwang. Denn die Spende von Biomaterial ist freiwillig, und die Entnahme bzw. Archivierung ohne Einwilligung der Person stellt einen massiven Eingriff in die Persönlichkeitsrechte dar. Zum anderen lässt sich kein Eigeninteresse zur Spende ableiten. Dem Spender kommt sie der eigenen Behandlung nicht zugute; auch das Spenden für eine bestimmte Person ist im engeren Sinne nicht möglich.

Hier stellt sich den Verantwortungsträgern in Wissenschaft und Politik, welche die Chancen personalisierter Medizin erkennen, ein Problem. Sie müssen ein Ethos fördern, das die unhintergehbare Individualität des Einzelnen (vgl. Gräß-Schmidt) wahrt, sie aber gleichzeitig nicht so absolut auslegt, dass sie zum Solipsismus verkommt und jede Bezugnahme auf die Gemeinschaft und damit einhergehende Anfrage der Gemeinschaft, wie sie im Rekurs auf das Gemeinwohl offenbar wird, für obsolet erklärt.

Gemeinwohl zwischen Antiquiertheit und Anspruch

Auch wenn innerhalb des Rechts die Freiheit des anderen oftmals die Grenze des eigenen Zugriffsbereiches markiert und nur beispielsweise in äußerster Not eine Pflicht zur Hilfeleistung die eigene Freiheit unterminiert, sind wir im alltäglichen Leben vielfach aufeinander angewiesen. Wir sind keine Inseln. Das explizite Berufen auf ein Gemeinwohl kann aus ethischer Perspektive diese Unabgeschlossenheit des Einzelnen mit sich selbst in der Sprache lebendig halten.

Doch kommt der Begriff mit seinem eigenen historischen Ballast: Die Rede vom Gemeinwohl wirkt antiquiert und geradezu moralisch übergriffig. Gemeinwohl, *bonnum commune*, *volonté générale*: diese Begriffe sind historisch belastet – man denke an das mittelalterliche Gottesgnadentum oder den Absolutismus –, als wenige Akteure durchsetzten, was als Gemeinwohl zu gelten hatte und welche Handlungen dazugehörten, und welche nicht. Hinzu kommen die kollektivistischen Vorstellungen eines Volkskörpers, in dem der Einzelne seinen Wert allein als dienendes Glied des Körpers erhielt – und dieses Bild dementsprechend sehr leicht auch Einzelne als Geschwüre des Volkskörpers identifizierte. Eine solch einheitliche, hierarchische Vorstellung von dem, was für alle am besten ist, kann es nur wieder zum Preis des Freiheitsentzugs des Einzelnen geben. Doch auch im freiheitlich-demokratischen Rechtsstaat ist der Begriff verpönt. Zu oft wurde die Rhetorik des Gemeinwohls als Agendasetting missbraucht, um die eigene Position durchzusetzen, wenn die Erfüllung der eigenen Forderung zur systemerforderlichen Leistung (vgl. Münkler/Fischer) stilisiert wurde.

Ist der Begriff – und viel wichtiger: die dahinterstehende Zumutung – endgültig verbrannt? Kann heutzutage der Appell an den Einzelnen für eine Gemeinwohlorientierung nur noch im Impliziten wie in obiger Werbekampagne geschehen, sozusagen allein als Mikroaggression an das individuelle Gewissen gelten, weil die Furcht vor der Unterminierung des Individuums jeglichen öffentlich vorgetragenen Anspruch einer Gemeinschaft als Versuch der Verzweckung des Einzelnen versteht?

Die Valenz eines modernen Gemeinwohlbegriffs

Der Konflikt, inwieweit in einer Demokratie die Freiheit des Einzelnen, deren Schutz das Ziel allen staatlichen Handelns ist, mit dem Wohl der Gemeinschaft in ein Abwägungsverhältnis gebracht werden darf, ist hochaktuell, wie es neben der Biomaterialspende beispielsweise die Widerspruchslösung im Bereich der Organspende oder das *predictive policing* in der Strafverfolgung zeigt. Dabei ist abzusehen, dass durch das verstärkte Nutzen von Big Data solche Abwägungskonflikte in allen Bereichen zunehmen werden. Weil es hier um eine völlig neues Austarieren der Bindungskräfte zwischen Individuen geht, reicht es deshalb nicht, allein rechtliche Realitäten anzupassen. Eine Renaissance des Gemeinwohlgedankens für den politischen Raum ist notwendig, um der sprachlichen Auseinandersetzung um diese Neuverortung ein positives Gegengewicht zum Wert individueller Freiheit zu geben.

Dabei ist deutlich: Normative Entwürfe des Gemeinwohls werden in der Mottenkiste der Geschichte bleiben. In pluralistischen Demokratien kann es keine normative *top-to-bottom*-Gemeinwohldefinition mehr geben, weil keine Institution mehr das gesellschaftlich akzeptierte Privileg einer solchen Autorität innehat. Dieser Ratschlag muss auch den Kirchen gelten. Auch sie treten in der Öffentlichkeit im Markt der Meinungen als eine Stimme unter vielen auf und müssen ihre Sicht auf das, was dem Gemeinwohl dient, argumentativ ausweisen. Nur so bewegen sie sich nicht außerhalb der Gesellschaft, sondern sind Teil der Meinungsbildung (vgl. Anselm/Albrecht).

Wenn jedoch feste Normen im Gemeinwohlbegriff anachronistisch sind, verhält es sich dann mit dem Gemeinwohl wie mit dem Begriff der Freiheit oder Liebe, in dem Sinne, als dass sie in ihrer Radikalität verlieren, wenn sie definiert werden? In dieser Konsequenz würde der Gemeinwohlappell dann als rein funktionaler Begriff ein Konfliktmarker für widerstrebende Gesellschaftsorientierungen sein. Er dient dann allein als kommunikatives Symbol, das bedeutet: Hier geht es um gesellschaftlich Relevantes. Doch das Verbleiben des Begriffs im Nebulösen eines reinen Attraktum ließe ihn auch weiter zur rhetorischen Floskel verkommen. Schließlich ist ja niemand prinzipiell gegen Gemeinwohl, wie auch niemand öffentlich gegen Liebe oder Freiheit argumentiert.

Interessant ist die Idee einer demokratischen Fassung des Gemeinwohlbegriffs, der einen Mittelweg von normativ und funktional darstellt. Dann ist der Begriff weder rhetorisches Mittel hegemonialer Macht, noch beliebige Floskel, sondern wird von den jeweiligen Akteuren, die mit ihrem Vorhaben einen signifikanten Mehrwert behaupten, temporär gefüllt. Das wiederum bedeutet, dass konkrete politische Forderungen unter dem Anspruch des Gemeinwohls sich als solche ausweisen müssen. Es ist die Idee einer Kraft durch Selbstbindung: Mittels des Gemeinwohlarguments erhält die Forderung öffentliche Aufmerksamkeit, in der der allgemeindienliche Charakter des Vorhabens konkret dargestellt werden muss bei gleichzeitiger Transparenz, was dieses Ziel für Kosten individueller Freiheiten fordert. In dieser Offenheit können die Grenzen dieser Gemeinwohlforderung an den Grenzen des Individuums demokratisch und somit mit der Möglichkeit der Befriedung ausgehandelt werden. Deckt sich das Vorhaben mit den intuitiven Individualvorstellungen von Gemeinwohl, sichert dies dessen Durchsetzung, ohne dass es einen überindividuell verbindlich ausformulierten Konsens von Gemeinwohl braucht. Im Gegenzug binden sich die Akteure, ihr eigenes Vorhaben sachlich herunterbrechen und damit ihren tatsächlich (oft *a priori* postulierten) Mehrwert zu Ende denken zu müssen. Mit diesem Wissen ist einer Gesellschaft zudem der Abgleich der durch sie legitimierten Aktionen möglich. Denn wichtig bleibt für eine demokratische Öffentlichkeit: Was sind die Handlungsressourcen von Akteuren des Gemeinwohls, und weisen ihre tatsächlichen Handlungen auf diese postulierten Ressourcen zurück?

Perspektivwechsel: Die anthropologische Dimension der Biomaterialspende

Im Bezug zur Biomaterialspende und personalisierten Medizin ist nicht nur relevant, wie mit dem Begriff des Gemeinwohls ein sprachliches Gegengewicht zur absoluten Auslegung individueller Freiheit gesetzt werden kann. Ebenso blitzt eine anthropologische Dimension auf, die nach dem zugemessenen Wert dessen fragt, was der Einzelne mit der Spende von sich hergibt. Mit der Spende von Gewebe, Blut und genetischen Informationen gewinnt das Individuum für sich nichts,

aber verliert es viel? Aus der Perspektive des Spenders gesprochen: Wie viel gebe ich tatsächlich von mir ab und vielleicht auf? Kommerzielle Genomanalysten wie *MyHeritage* oder *23andme* werben damit, mithilfe zugesandter Speichelproben ihren Kunden zu helfen, sich selbst besser und neu zu verstehen, indem die DNA dank bestimmter Marker Aufschluss über die Herkunft der Vorfahren zulässt. So sagt eine Kundin auf der Website von *23andme*: „I feel very much at peace with my identity and who I am as a woman. I feel complete.“ Was diese Unternehmen eigentlich bedienen, ist eine nicht zuletzt religiöse Frage: Wer bin ich wirklich? Dies funktioniert natürlich nur unter der Prämisse, dass der DNS eine solche daseinsbestimmende Macht über das Individuum beigemessen wird. Somit spielen diese Dienstleister mit dem Versprechen sinnhafter Weltverortung unter dem Deckmantel der Wissenschaftlichkeit. Auch der personalisierten Medizin haftet dieser metaphysische Überbau in Grundzügen an, denn aus der Fähigkeit der Prädiktion, den die personalisierte Medizin ermöglicht, kann sich leicht eine anthropologische Übergriffigkeit entwickeln. Schließlich ist das Wissen um die Zukunft ein wahrlich göttliches Attribut und macht aus dem Mediziner allzu leicht wieder einen Priester. In letzter Konsequenz können diese Implikationen, so sie nicht auf ihre sachlichen Erkenntnismöglichkeiten – es geht um Wahrscheinlichkeiten und Mustererkennung – klar beschränkt bleiben, einem Menschenbild Vorschub leisten, in welchem der Mensch auf ein Bündel von biologischen und genetischen Informationen reduziert wird, deren Unabänderlichkeit und Prädiktion auch eine Determination des individuellen Lebensvollzugs schlussfolgern lässt.

Die Reduktion des Menschen auf seine medizinischen Daten lässt diese Daten zu der Essenz der eigenen Existenz überhöhen. Diese religiöse Überformung jedoch kann die individuelle Bereitschaft der Spende nur hemmen. In diesem reduktionistischen Menschenbild käme die Biomaterialspende einer absoluten Selbstentäußerung gleich. Spendenbereitschaft und Selbstreduktion auf Datenschüttgut bilden somit einen inhärenten Widerspruch. Personalisierte Medizin tut deshalb aus eigenem Interesse gut daran, ihre Deutungsleistung für die Sinnverortung des Menschen nicht überzustrapazieren und sehr vorsichtig mit Begriffen wie Prädiktion umzugehen.

Aus christlicher Perspektive ist starkzumachen: Menschen gehen nicht in ihren medizinischen Daten auf. Der Mensch hat eine unverlierbare Würde, die er mit keiner Spende preisgeben kann, weil diese Würde, das Individuelle, ihm im Glauben an Gott den Schöpfer im Sinne einer *creatio continua* zuerkannt ist: *Ich kannte dich, ehe ich dich im Mutterleib bereitete* (Jeremia 5,1a). Aristotelisch gesprochen: Gewebe, Blut, selbst DNS verbleiben doch Akzidents. Weder Biopsie noch Genomanalyse haben zur Messbarkeit und damit Gewalt darüber geführt, was Aristoteles die *Ousia*, das eigentliche und unmessbare Wesen des Menschen, nennt.

Weiterdenken: Flexibler Gemeinwohlbegriff und christliche Gelassenheit im Umgang mit personalisierter Medizin

Das Potential personalisierter Medizin unter den gegenwärtigen rechtlichen Bedingungen zu fördern, heißt, die Bereitschaft zur Biomaterialspende innerhalb der Bevölkerung auszubauen und die Medizin zu einem deutlicheren Bekenntnis einer Gemeinwohlbindung zu ermutigen. Dazu

braucht es ein Explizitwerden der Gemeinwohlorientierung aus dem Impliziten o.g. Werbefiguren hinein die in offene Anfrage an die Gesellschaft. Die Medizin hat dabei den Gemeinwohlbegriff zufriedenstellend zu füllen und sich an dieser Bindung messen zu lassen. Nur so können die Grenzen individueller informationeller Freiheitsgestaltung demokratisch verhandelt werden. Ein authentischer Rekurs auf das Gemeinwohl ist der Medizin möglich, wenn sie sich abseits wirtschaftlicher oder wissenschaftlicher Eigeninteressen wieder als grundlegende, dienende Funktion der Gesellschaft in den Vordergrund rückt.

Evangelische Theologie kann als kritischer Partner diesen Weg der Medizin unterstützen, indem sie überzeugend Menschen zur Ansicht bringt, dass der geschenkte Charakter des eigenen Lebens das Individuum nicht in das Allgemeine biologischer Daten subsumiert. Dabei trivialisiert sie nicht die bleibende Sensibilität dieser Daten, deren Erhebung und Austausch einer engmaschigen rechtlichen Kontrolle bedarf.

Literatur

23andme. Genetics just got personal. Stories, unter: <https://www.23andme.com/en-int/stories/>. abgerufen am 09.10.2019.

Anselm, Reiner; Albrecht, Christian (2017): Öffentlicher Protestantismus. Zur aktuellen Debatte um gesellschaftliche Präsenz und politische Aufgaben des Christentums, in: Theologische Studien NF, Zürich 2017, 27–36.

German Biobank Node, unter: <https://www.biobanken-verstehen.de>. abgerufen am 09.10.2019.

Gräb-Schmid, Elisabeth (2015): Gemeinwohl. Rückgewinn eines antiquierten Begriffs in der pluralen modernen Gesellschaft, in: ZEE 59 (Hg. Anselm et al.), Gütersloh 2015, 163–167.

Münkler, Herfried; Fischer, Karsten (2002): Einleitung, in: Gemeinwohl und Gemeinsinn. Rhetoriken und Perspektiven sozial-moralischer Orientierung, aus der Reihe: Forschungsberichte der interdisziplinären Arbeitsgruppe Gemeinwohl und Gemeinsinn der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften (Hgg. Diess., Band 2), Berlin 2002, 9–17.

GEMEINWOHL UND SELBSTBESTIMMUNG BEI DER ORGANSPENDE.

ÜBERLEGUNGEN ZU EINER „VERANTWORTLICHEN AUTONOMIE“

Hendrik Meyer-Magister

Am 1. April 2019 traten Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU), SPD-Gesundheitsexperte Karl Lauterbach sowie die Abgeordneten Georg Nüßlein (CSU) und Petra Sitte (Die Linke) vor die Presse, um ihre Gesetzesinitiative für eine Reform des Transplantationsgesetzes vorzustellen. Im Kern soll die seit 2012 existierende *erweiterte Entscheidungslösung* in eine *doppelte Widerspruchslösung* überführt werden: Zukünftig sollen die Bürger*innen nicht mehr einer postmortalen Organentnahme zustimmen, sondern ggf. zu Lebzeiten ihren Widerspruch erklären. Erklärtes Ziel der Initiative ist die Erhöhung des Organaufkommens in Deutschland (Spahn et al. 2019b, 2). Karl Lauterbach erklärte dazu auf der Pressekonferenz, man habe eine Lösung gefunden, die „ethisch unbedenklich“ sei (Spahn et al. 2019a, 1:55min).

Seit Jens Spahn im Herbst 2018 das erste Mal mit derartigen Plänen an die Öffentlichkeit ging, wird aber genau das heftig diskutiert. Eine intensive Debatte hat sich entsponnen, ob die geplante Widerspruchslösung ethisch und rechtlich verwerflich oder sogar geboten sei. Der Deutsche Bundestag hat den Gesetzentwurf in 1. Lesung am 26. Juni beraten und war am 25. September 2019 Gegenstand der Anhörung im Gesundheitsausschuss. Eine gesetzgebende Entscheidung steht noch aus, soll aber noch im Jahr 2019 getroffen werden.

Die Debatte kann hier nicht im Detail nachgezeichnet werden. Schnell wurde jedoch das Hauptargument deutlich: Es geht darum, ob die Widerspruchslösung einen ethisch und rechtlich unzulässigen „Eingriff in das Selbstverfügungsrecht“ (Dabrock 2018) der Bürger*innen bedeutet oder ob selbst in Fragen der Verfügung über den eigenen Körper gewisse gesellschaftliche Ansprüche und individuellen moralische Pflichten gerechtfertigt werden können (Ethikrat 2018, 15). Letztlich steht also das Verhältnis individueller Selbstbestimmung zu Aspekten des Gemeinwohls in Frage. Das verbindet die gegenwärtige Debatte um die Widerspruchslösung etwa mit der Impfdebatte, aber auch der Frage nach Nutzen und Risiken von *Big-Data* in der Medizin oder der Frage von Biodatenbanken.

Organabgabepflicht, Entscheidungspflicht oder Widerspruchspflicht?

Gerade von theologischer Seite wurde schnell von einer *Organabgabepflicht* gesprochen, die durch die Widerspruchslösung entstünde. Der Körper würde zu einem „Objekt der Sozialpflichtigkeit“ so etwa Peter Dabrock (2019) in einem Interview mit dem Deutschlandfunk. Wolfgang Huber sprach bei *Anne Will* von einer „Organbereitstellungspflicht“ und parallelisierte die Widerspruchslösung mit nicht weniger als dem Kriegsdienstverweigerungsrecht (Will 2018, 46:10min).

Nun wird schnell deutlich, dass eine solche Pflicht zur Organabgabe nicht wirklich zur Debatte steht: Die Widerspruchslösung bietet eben nach wie vor die Möglichkeit, einer Organentnahme zu widersprechen, wie etwa Rochus Leonhardt (2019) unter dem rigorosen Titel *Kein Zwang, nirgends* klargestellt hat. Es mag Fälle geben, in denen Menschen temporär oder dauerhaft nicht in der Verfassung sind, eine solche eigene Entscheidung zu fällen (Dabrock 2019). Das muss in der Tat ethisch bedacht und rechtlich klug geregelt werden (Kreß 2019, 195). Aber solche Grenzfälle ändern nichts daran, dass zunächst fein unterschieden werden muss zwischen einer Pflicht, Organe bereit zu stellen, und einer Pflicht, sich zur Organentnahme zu erklären (Kruip 2018).

Dabei muss weiter beachtet werden, dass auch im vorgeschlagenen Modell der Widerspruchslösung nicht einmal eine solche *Entscheidungs-* oder *Erklärungspflicht* herrscht. Sie wird gelegentlich diskutiert (etwa Ethikrat 2018, 28-31 und 41) und bemerkenswerter Weise gerade von Kritiker*innen des Pflichtcharakters einer Widerspruchslösung zur Forcierung der bestehenden Zustimmungslösung ins Spiel gebracht (Schockenhoff 2019, 31–32; Bormann 2019, 41–43). Henning Rosenau und Jonas Knorre weisen aber zu Recht darauf hin, dass auch in der Widerspruchslösung das Nicht-Entscheiden weiter eine Option bleibt (2019, 49). Nicht ganz zutreffend ist auch, dass Schweigen in der Widerspruchslösung pauschal als Zustimmung gewertet werde, wie bisweilen in der Debatte suggeriert wird (etwa Ethikrat 2018, 33; Keller 2019). Richtig ist lediglich, dass das Nicht-Entscheiden die gleichen Folgen im Umgang mit dem Körper nach dem Tod hat wie eine zustimmende Entscheidung. Darin liegt der Unterschied zum bestehenden System, in dem das Nicht-Entscheiden die gleichen Folgen hat wie eine ablehnende Entscheidung.

In der Widerspruchslösung besteht lediglich die Notwendigkeit, zu Lebzeiten seinen Widerspruch gegen eine postmortale Organentnahme zu erklären für den Fall, dass man dies nicht wünscht. Genauer betrachtet entsteht durch die Widerspruchslösung so der „Zwang“, sich einmalig und nur sehr formal mit der Frage der Organspende auseinanderzusetzen sowie diese ggf. mit der Erklärung eines einfachen Neins, ohne Angabe von Gründen, zu beantworten – und sei es nur, weil man nicht weiter über den eigenen Tod nachdenken möchte (Ethikrat 2018, 15). So kann im Blick auf die Widerspruchslösung zwar nicht rigoros von *Kein Zwang, nirgends* gesprochen werden. Im Raum steht aber weder eine Organabgabe- noch eine Entscheidungspflicht, sondern eher so etwas wie eine *Widerspruchspflicht*, verstanden als Pflicht zur Erklärung eines

etwaigen Widerspruch gegen eine postmortale Organentnahme, die mit dem minimalen „Zwang“ verbunden ist, sich auf einer sehr formalen Ebene mit der Frage der Organspende konfrontieren zu lassen.

Die Widerspruchspflicht: zumutbar und Paradigmenwechsel zugleich

Diese so verstandene Widerspruchspflicht wird in der Debatte durchaus als Einschränkung des Selbstbestimmungsrechts angesehen, zugleich aber, im Sinne einer Abwägung mit dem Lebensinteresse der Organkranken, als eine vertretbare und verantwortbare Beschränkung betrachtet. (etwa Ethikrat 2018, 8; Kruij 2019; Rosenau/Knorre 2019, 48–50; Höfling 2019, 64–65; Spilker 2012, 113). Auffällig ist daran zweierlei: Zum einen gestehen auch Kritiker*innen der Widerspruchslösung zu, dass die im Raum stehende Widerspruchspflicht mit dem minimalen Zwang, sich knapp und oberflächlich mit der Organspende auseinanderzusetzen, insgesamt zumutbar ist (etwa Bormann 2019, 41; Dabrock 2018, Dabrock 2019). Dass auch im liberalen Rechtsstaat zumindest „Mitdenken Bürgerpflicht“ ist (Leonhardt 2019), lässt sich wohl kaum mit guten Gründen bestreiten. Zum anderen sprechen teilweise die gleichen Kritiker*innen von einem problematischen Paradigmenwechsel mit Blick sowohl auf den liberalen Charakter der deutschen Rechtsordnung als auch auf die Grundprinzipien der medizinischen Ethik (Schockenhoff 2019, 20-27; Bormann 2019, 38; Dabrock 2019).

Mit Bezug auf das Recht wird argumentiert, dass das deutsche Verfassungsrecht vor allem die negative Freiheit des Individuums vor staatlichen Eingriffen schütze. Besonders das Grundrecht auf die freie Entfaltung der Persönlichkeit und die körperliche Unversehrtheit sei von der Widerspruchslösung betroffen (etwa Ethikrat 2018, 9–10). Um Eingriffe in Individualrechte zu rechtfertigen, sei aber allein die individuelle Zustimmung der Bürger*innen ein hinreichender Grund (etwa Schockenhoff 2019, 26). Es lassen sich Analogien finden, die das untermauern – etwa die jüngst novellierte Datenschutzgrundverordnung, bei der die aktive Zustimmung konstitutiv ist für den Zugriff Dritter auf persönliche Daten (Dabrock 2018). Pointiert formuliert: Wie kann es sein, dass jemand im Krankenhaus der Nutzung seiner Telefonnummer per Unterschrift zustimmen muss – nicht aber einer möglichen Organentnahme?

Nun lassen sich aber auch Analogien finden, die einen Zugriff des Staates auf den toten Körper legitimieren: Etwa das Recht zur Leichenöffnung nach §87 StPO (Rosenau/Knorre 2019, 48–49; Deutscher Ethikrat 2018, 8). Interessant erscheint zudem, dass in der juristischen Literatur „neben der klassischen Grundrechtsfunktion als Eingriffsabwehrrecht“ im Kontext der Organspende auch auf die durch das Bundesverfassungsgericht postulierte Schutzpflichtfunktion der Grundrechte hingewiesen wird: So könne der Staat geradezu zur Einführung einer Widerspruchslösung verpflichtet sein, wenn etwa Leben und Gesundheit von Bürger*innen, in diesem Fall die Organkranken, im Sinne von Art 2 Abs. 2 GG „durch das Verhalten Dritter [das Zustimmungsverhalten potentieller Organspender] gefährdet werden.“ (Spilker 2012, 115).

Mit Bezug auf die medizinische Ethik argumentieren Kritiker einer Widerspruchslösung, dass sie in Konflikt mit dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten bzw. dem Grundprinzip der Autonomie gerate. So sei der Gedanke, Organe entnehmen zu dürfen, auch wenn der Patient sich dazu nicht erklärt habe, „unserem medizinischen Denken und dem geltenden Arzt-Recht ansonsten fremd“ (Schockenhoff 2019, 26).

Hält man sich also vor Augen, dass in der Debatte die Implikationen der Widerspruchslösung zugleich als vertretbare Zumutungen und als problematischer Paradigmenwechsel gesehen werden, gewinnt man leicht den Eindruck, dass hier irgendetwas nicht stimmt. Dabei wäre es zu einfach, schlicht den einzelnen Argumentationen zu unterstellen, dass sie in sich inkonsistent seien. Vielmehr scheint es weiterführend, auf das zugrundeliegende medizinethische Paradigma selbst zu schauen: Das Prinzip der Patientenautonomie. Meine These ist, dass die beschriebene Unabgewogenheit zwischen einer vertretbaren Gemeinwohlverpflichtung und einer problematischen Prinzipienverletzung in einer individualistischen Unwucht des medizinethischen Autonomieprinzips selbst begründet liegt. Ich werde daher im Folgenden erste Ansätze entwickeln, wie Selbstbestimmung und Gemeinwohlorientierung innerhalb des Prinzips der Autonomie zusammengedacht werden können und nenne diesen Ansatz *verantwortliche Autonomie*.

Verantwortliche Autonomie

Wird hier nach einem Konzept von Autonomie gesucht, das gemeinwohlorientierte Minimalpflichten einbezieht, muss klar sein, dass am „hohen normativen Stellenwert der Patientenautonomie“ (Ach/Schöne-Seifert 2013, 42) selbst nicht gerüttelt werden soll. In der Frage der postmortalen Organentnahme wie in anderen medizinischen Fragen muss die selbstbestimmte Entscheidung grundlegend bleiben. Der „Leichnam [kann] nicht ein kollektives Gut“ werden (Ethikrat 2018, 6). Eine Organabgabepflicht ist damit tatsächlich ausgeschlossen, steht aber eben auch nicht zur Debatte.

Gleichwohl kennt die liberale Gesellschaft ähnlich gelagerte Erwartung an die Gemeinwohlorientierung bzw. den Gemeinsinn ihrer Bürger*innen. Dabei wird Gemeinsinn „als eine motivationale Handlungsdisposition von Bürgern“ verstanden, die „die ‚subjektive‘ Seite gemeinwohlorientierten Handelns“ bildet (Münkler/Bluhm 2001, 13). Es ist in liberalen Gesellschaften sogar legitim, mit einer Formulierung des Rechtsphilosophen Reinhard Merkel, die moralische „Pflicht zur gesellschaftlichen Minimalsolidarität“ mit Rechtszwängen zu belegen. Ein Beispiel dafür ist die Verpflichtung, Menschen in akuten Notsituationen zur Hilfe zu kommen, die als „unterlassene Hilfeleistung“ nach §323c StGB strafbewehrt ist. (Ethikrat 2018, 8). Zu denken wäre aber auch an die Gemeinwohlorientierung von Eigentum nach Art. 14 GG. Hier haben die Verfasser*innen des Grundgesetzes eine grundlegende Rechtsgüterabwägung getroffen, an deren Intentionen sich der Gesetzgeber auch in der Organfrage orientieren könnte: Der selbstbestimmte Umgang mit Eigentum wird einerseits geschützt und gewährleistet (Abs. 1), aber zugleich unter das gemeinwohlorientierte Verdikt gestellt, das „Eigentum verpflichtet“ und sein Gebrauch auch dem „Wohle der Allgemeinheit dienen“ soll (Abs. 2). Geklärt werden müsste

dann, ob Teile des eigenen Körpers analog zu materiellem Eigentum behandelt werden können. Brisant in diesem Kontext ist dann das Enteignungsrecht (Abs. 3), das in der Organspendedebatte an die Frage erinnert, ob durch einen Notstand – wie auch immer dann dieser definiert wird – eine Entnahme von Organen sogar gegen die persönliche Willensäußerung vertretbar sei (etwa Ethikrat 2018, 6).

Im Kontext der Organspendethematik hat bereits Niklas Schleicher darauf hingewiesen, dass sich sowohl aus einer kantischen Pflichtenethik als auch aus einer utilitaristischen Ethik solche moralischen Solidarpflichten herleiten lassen (Schleicher 2017, 8). Bemerkenswerter Weise ignoriert das so genannte „Standardmodell“ des philosophischen Autonomiebegriffs aber jegliche gemeinwohlorientierten Handlungsmotivationen oder gar Solidarpflichten. Mittlerweile wird dem Modell zu Recht eine libertär-individualistische Verkürzung von Autonomie vorgeworfen und ihm das Modell einer *relationalen Autonomie* entgegengestellt. In der Diskussion dieses Begriffs im Sammelband von Claudia Wiesemann und Alfred Simon zur *Patientenautonomie* (2013) fällt jedoch auf, dass die Vertreter*innen des relationalen Autonomiebegriffs sich sehr auf die sozialen Ermöglichungsbedingungen selbstbestimmter Entscheidungen fokussieren, aber etwa sozialen Folgen oder Motivationen dieser Entscheidungen nicht thematisieren. Das gilt letztlich auch für die theologischen Modelle von Selbstbestimmung, die Michael Coors (2013) im selben Band analysiert.

Nun muss beachtet werden, dass weder der Selbstbestimmungsbegriff ganz im Autonomiebegriff aufgeht (Körtner 2012, 243), noch der christliche Selbstbestimmungsbegriff im christlichen Freiheitbegriff, wie Coors selbst anführt (2013, 154). Dennoch könnte es hilfreich sein, den philosophischen Autonomiebegriff durch ein Konzept *verantwortlicher Autonomie* anzureichern, das von einem christlichen Freiheitsbegriff her entworfen wird und Gemeinsinn in den Autonomie- und Selbstbestimmungsbegriff einträgt – eine Idee, die bereits bei Peter Dabrock (2015, 533–534) anklingt.

Ich will dies exemplarisch am Modell *kommunikativer Freiheit* Wolfgang Hubers skizzieren. Für Huber bedeutet Freiheit nicht grenzenlose Selbstverfügung des Menschen. Zudem realisiert sich individuelle Freiheit in Gemeinschaft: Der Andere ist nicht allein Beschränkung, sondern Bereicherung und Aufgabe meiner persönlichen Freiheit. Beide Gedanken kumulieren in einem Freiheitsverständnis, das sowohl soziale Einbettungen als Bedingungen individueller Freiheit als auch die Übernahme sozialer Verantwortung als Ausdruck individueller Freiheit einbezieht (Huber 2012, 63–64).

Während der erste Punkt zumindest noch im Konzept *relationaler Autonomie* Beachtung findet, bleibt der zweite Punkt meines Erachtens weitgehend unbeachtet in der medizinethischen Autonomiedebatte. Der hier wichtige Punkt in Hubers Verantwortungsethik (2012, 73–96) ist nun, dass die Konsequenzen der eigenen Handlungen für andere nicht allein als handlungsleitende Faktoren ins Spiel kommen, die zwar beachtet werden wollen aber letztlich die eigene Freiheit einschränken. Sie können vielmehr als Ausdruck der eigenen Freiheit gesehen werden, die Huber, in Aufnahme Peter Bieris, als ein Gefühl von *Selbstursächlichkeit* beschreibt (Huber

2012, 98). Anders als in einem vulgär-liberalen Verständnis werden so selbst dienenden, solidarische und hingebungsvolle Akte für den Nächsten zu Akten persönlicher Freiheit, wenn sie im Gefühl geschehen, selbst ihr Verursacher zu sein. Huber fasst seinen Ansatz folgendermaßen zusammen: „Eine an der Selbstbestimmung des Menschen ausgerichtete Ethik wird mit einer Ethik verbunden, die am Mitmenschen orientiert ist.“ (Huber 2012, 103).

Das ist genau, was ich mit dem Begriff der *verantwortlichen Autonomie* für die Medizinethik zu modellieren versuche: die selbstbestimmten Entscheidung über die eigene Gesundheit und über den eigenen Körper bis über den Tod hinaus zwar selbstbestimmt aber nicht nur mit Hinblick auf Eigeninteressen, sondern auch mit Blick auf soziale Aspekte zu justieren – anders gesagt: Selbstbestimmung und Gemeinwohl im Autonomieprinzip zum Ausgleich zu bringen.

Verantwortliche Autonomie und Institutionen der Freiheit

Man mag einwenden, dass eine solche *verantwortliche Autonomie*, wenn auch nicht unter diesem Begriff, bereits seit 30 Jahren die Position der Kirchen ist, wenn sie die Organspende als Zeichen der Nächstenliebe und Solidarität bezeichnen (DBK/EKD 1990, 17). Das ist sicher richtig. Zugleich wird Organspende aber – bis in die aktuelle Debatte hinein – von den Kirchen strikt als individuelle ethische Entscheidung verstanden: Sie muss freiwillig sein und könne keinesfalls verpflichtenden Charakter bekommen (EKD 2018). Damit wird aber sogleich die in der aktuellen Debatte wieder diskutierte Frage suspendiert, ob nicht doch – über den mittlerweile oft genug ge- und überhörten Appell zur Organspende hinaus – zumindest die minimale Pflicht, wenigstens mitzudenken, institutionalisiert werden könne.

Stellt man sich die Frage nach *verantwortlicher Autonomie* also noch einmal institutionenethisch, ist sicher der Einwurf zu beachten, dass eine Zustimmungslösung möglicherweise höhere Freiheitsgrade erlaube, da in ihr eine positive Erklärung zur Organspende möglich bleibe und nicht nur die negative Erklärung des Widerspruchs (Bormann 2019, 38). Man kann dies allerdings auch aus einer anderen Perspektive sehen, was Jens Spahn bereits damit andeutet, wenn er von der Widerspruchsregelung als einer „Pflicht zu aktiven Freiheitsgebrauch“ spricht (Spahn 2019c). Auf dieser Linie hat auch Stephan Schleissing bereits 2012 eine echte Erklärungspflicht in der Organspendefrage, die wie gesehen derzeit gar nicht zur Debatte steht, „als Einübung in eine demokratische Tugend“ bezeichnet, „die einem liberalen Gemeinwesen gut ansteht“ (Manzeschke/Schleissing 2012, 206).

Umso mehr könnte eine Widerspruchslösung zu einer rechtlichen Regelung werden, die mit Hermann Lübke „im Lebenszusammenhang freiheitsbegünstigter Individuen Freiheit als Zwang zu moralischer Selbstverantwortung erfahrbar werden“ ließe (2002, 303). Anders gesagt: Die Widerspruchslösung könnte Freiheit, auch im christlichen Sinne, gerade erst ermöglichen, weil sie Menschen in vertretbarem Umfang dazu zwingt, sich auch über ihre soziale Verantwortung Gedanken zu machen.

Damit die Widerspruchslösung aber zu einer solchen Institution der Freiheit (Huber 2012, 68) werden kann, sind Beratung und Information unerlässlich. Diese dürfen dann aber nicht nur

den staatlichen Gesundheitsorganisationen und den Krankenkassen überlassen werden, wie es der derzeit diskutierte Gesetzesvorschlag vorsieht (Spahn et al. 2019b, 5). In diesem Zusammenhang möchte ich eine Anregung des Freiburger Theologen Klaus Baumann aufgreifen. Er begrüßt die durch das Hospiz- und Palliativgesetz eingeführte Möglichkeit zur kassenfinanzierten Beratung von Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen sowie von Menschen mit Behinderungen in Eingliederungseinrichtungen zur Abfassung von Behandlungsverfügungen für die letzte Lebensphase im Sinne des Konzeptes von *Advance Care Planning*. Gleichzeitig drückt er aber auch sein Unverständnis aus, dass eine solche öffentlich refinanzierte Beratung zur Behandlungsplanung nicht der ganzen Bevölkerung zur Verfügung steht. Zudem bringt er selbst als Vergleichsmoment eine bisher nicht realisierte „proaktive Beratung zur Organspende bei Vorsorgeuntersuchungen ‚gesunder‘ Patienten über die Hausärzte“ ins Spiel. (Baumann 2018, 234f., 239). In dieser Richtung sollte tatsächlich überlegt werden, Beratungsgespräche zur Organspende als Teil eines umfassenderen Konzeptes von gesundheitlicher Vorsorgeplanung und als abrechenbare Leistung in das Angebot der Hausärzt*innen aufzunehmen. Das kostet Geld, würde aber einen Anreiz schaffen, dass Ärzt*innen aktiv das Gespräch über Organspende mit ihren Patient*innen suchen. Darüber hinaus sollten sich wohlfahrtstaatliche Akteure – Diakonie und Caritas, aber auch die Kirchen und die kirchliche Beratungsarbeit – verstärkt in der Pflicht sehen, Aufklärungsarbeit über die individuellen und sozialen Implikationen bei der Organspende zu leisten – nicht zuletzt auch, um ein drohendes Übergewicht einer Beratung auszubalancieren, die rein auf medizinische Aspekte abzielt. Damit wären insgesamt deutlich mehr bewusste und selbstbestimmte Entscheidungen in der Organspendefrage zu erwarten – auch unter Einbezug von Aspekten sozialer Verantwortung. So könnten eine kassenfinanzierte hausärztliche Beratungspraxis und eine zivilgesellschaftliche Beratungsarbeit, die im Idealfall ebenfalls mit öffentlichen Geldern unterstützt würde, erste Ansatzpunkte sein, die fragliche Gemeinwohlorientierung auch institutionell mit dem Recht auf Selbstbestimmung im Sinne des hier skizzierten Konzeptes verantwortlicher Autonomie in Ausgleich zu bringen.

Literatur

Ach, Johann S.; Schöne-Seifert, Bettina (2013): „Relationale Autonomie“. Eine kritische Analyse, in: Claudia Wiesemann und Alfred Simon (Hgg.): *Patientenautonomie. Theoretische Grundlagen – Praktische Anwendungen*, Münster 2013, 42–60.

Anne Will (2018): *Wer nicht widerspricht, wird Spender? – Neue Debatte um Organspende*. Mit Karl Lauterbach, Eckart von Hirschhausen, Wolfgang Huber, Alexandra Manzei, Ivan Klasnic und Anita Wolf (09.09.18), verfügbar unter: <https://daserste.ndr.de/annewill/archiv/Wer-nicht-widerspricht-wird-Spender-Neue-Debatte-um-Organspende,erste11402.html> (07.08.2019).

Baumann, Klaus (2018): *Beratung als Eckstein und Kernelement von ACP*, in: *Zeitschrift für medizinische Ethik* 64/3 (2018), S. 233–248.

- Bormann, Franz-Josef (2019): Plädoyer für die (Weiterentwicklung der) Entscheidungslösung, in: Zeitschrift für medizinische Ethik 1 (2019), 35–44.
- Coors, Michael (2013): Selbstbestimmung: relational – responsiv – hermeneutisch. Evangelisch-theologische Perspektiven, in: Claudia Wiesemann und Alfred Simon (Hgg.): Patientenautonomie. Theoretische Grundlagen – Praktischen Anwendungen, Münster 2013, 154–166.
- Dabrock, Peter (2015): Bioethik des Menschen, in: Wolfgang Huber, Thorsten Meireis und Hans-Richard Reuter (Hgg.): Handbuch der Evangelischen Ethik, München 2015, 517–583.
- Dabrock, Peter (2018): "Tiefer Eingriff in das Selbstverfügungsrecht" – Widerspruchslösung bei Organspende. Peter Dabrock im Gespräch mit Dirk-Oliver Heckmann am 04.09.2018, verfügbar unter: https://www.deutschlandfunk.de/widerspruchsloesung-bei-organspende-tiefer-eingriff-in-das.694.de.html?dram:article_id=427180 (06.08.2019).
- Dabrock, Peter (2019): "Widerspruchslösung bei Organspenden unnötig und schädlich". Peter Dabrock im Gespräch mit Dirk-Oliver Heckmann am 01.04.2019, verfügbar unter: https://www.deutschlandfunk.de/theologe-peter-dabrock-widerspruchsloesung-bei-organspenden.694.de.html?dram:article_id=445133 (06.08.2019).
- Deutsche Bischofskonferenz und Rat der Evangelischen Kirche in Deutschland (1990): Gemeinsame Erklärung zu Organtransplantationen, Bonn/Hannover 1990.
- Deutscher Ethikrat (2018): Pro + Contra: Widerspruchsregelung bei der Organspende. *Forum Bioethik am 12. Dezember 2018*, verfügbar unter: <https://www.ethikrat.org/forum-bio-ethik/pro-contra-widerspruchsregelung-bei-der-organspende/> (07.08.2019).
- Evangelische Kirche in Deutschland (2018): Keine christliche Verpflichtung zur Organspende. Evangelische Kirche nimmt Stellung zu den Vorschlägen des Bundesgesundheitsministers, verfügbar unter: <https://www.ekd.de/organspende-37175.htm> (07.08.2019).
- Höfling, Wolfram (2019): Kritische Überlegungen zur Einführung des Widerspruchmodells, in: Zeitschrift für medizinische Ethik 1 (2019), S. 61–69.
- Huber, Wolfgang (2012): Von der Freiheit. Perspektiven für eine solidarische Welt, München 2012.
- Keller, Martina (2019): Schweigen als Zustimmung – Widerspruchslösung bei der Organspende, Wissenschaft im Brennpunkt vom 01.09.2019, verfügbar unter: https://www.deutschlandfunk.de/widerspruchsloesung-bei-der-organspende-schweigen-als.740.de.html?dram:article_id=457614 (17.09.2019).
- Körtner, Ulrich H.-J. (2012): Evangelische Sozialethik. Grundlagen und Themenfelder, Göttingen 2012.
- Kreß, Hartmut (2019): Widerspruchslösung bei der Organspende? Notwendigkeit von Differenzierungen und von Kriterien, in *Medizinrecht* 37/3 (2019), S. 192–197.

Kruip, Gerhard (2018): "Eine zumutbare Forderung" – Sozialethiker zu Spahns Organspende-Vorstoß. Gerhard Kruip im Gespräch mit Nicole Dittmer. Verfügbar unter: https://www.deutschlandfunkkultur.de/sozialethiker-zu-spahns-organspende-vorstoss-eine-zumutbare.1008.de.html?dram:article_id=427169 (29.07.2019).

Leonhardt, Rochus (2019): Kein Zwang, nirgends. Ein Plädoyer für die Widerspruchslösung zur Organspende, in: *Zeitzeichen* 6 (2019), S. 54.

Lübbe, Hermann (2002): Gemeinwohl als Aufgabe der Ordnungspolitik, in: Herfried Münkler und Harald Bluhm (Hgg.): *Gemeinwohl und Gemeinsinn. Zwischen Normativität und Faktizität (Forschungsberichte der interdisziplinären Arbeitsgruppe „Gemeinwohl und Gemeinsinn“ der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften Band IV)*, Berlin 2002, 293–304.

Manzeschke, Arne; Schleissing, Stephan (2012): Organspende – eine Bürgerpflicht? Pro und Contra zu einem umstrittenen Thema. In: *Nachrichten der Evangelisch-Lutherischen Kirche in Bayern* Nr. 67/7 (2012), 205–208.

Münkler, Herfried; Bluhm, Harald (2001): Einleitung: Gemeinwohl und Gemeinsinn als politisch-soziale Leitbegriffe, in: Dies. (Hgg.): *Gemeinwohl und Gemeinsinn: Historische Semantiken politischer Leitbegriffe (Forschungsberichte der interdisziplinären Arbeitsgruppe „Gemeinwohl und Gemeinsinn“ der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften Band I)*, Berlin 2001, 9–30.

Rosenau, Henning; Knorre, Jonas (2019): Die rechtliche Zulässigkeit der erweiterten (doppelten) Widerspruchslösung in der Organtransplantation, in: *Zeitschrift für medizinische Ethik* 1 (2019), 45–60.

Schleicher, Niklas (2017): Organspende – Theologisch-ethische Fragen und Perspektiven. Vortrag in der Evangelischen Akademie der Nordkirche, 17.03.2017, verfügbar unter: <https://www.akademie-nordkirche.de/assets/Akademie/2017/Organspende/2017-Theologisch-ethische-Fragen-und-Perspektiven-Schleicher-Vortrag.pdf> (07.08.2019).

Schockenhoff, Eberhard (2019): Paradigmenwechsel zur Widerspruchsregelung, in: *Zeitschrift für medizinische Ethik* 1 (2019), 19–33.

Spahn, Jens (2019a) et al.: Pressekonferenz zur Reform der Organspende mit Vorstellung des Gesetzesentwurfes am 01.04.2019, verfügbar unter: <https://youtu.be/6rSA5r2-E0A> (06.08.2019).

Spahn, Jens (2019b) et al.: Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der doppelten Widerspruchslösung im Transplantationsgesetz (19/11096), verfügbar unter: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/110/1911096.pdf> (06.08.2019).

Spahn, Jens (2019c): Organspende – eine nationale Aufgabe, in: *Frankfurter Allgemeine Zeitung* vom 05.08.2019, verfügbar unter: <https://www.faz.net/aktuell/politik/inland/gastbeitrag-von-gesundheitsminister-jens-spahn-zur-organspende-15773053.html#void> (07.08.2019).

Spilker, Bettina (2012): Postmortale Organspender auf verfassungsrechtlichem Prüfstand – Auswirkungen der Schutzpflicht des Art. 2 II GG, in: Zeitschrift für Rechtspolitik 47/4 (2012), 112–118.

Wiesemann, Claudia; Simon, Alfred (Hgg.) (2013): Patientenautonomie. Theoretische Grundlagen – Praktischen Anwendungen, Münster 2013.

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 Selbstwerdung“ (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 Medikalisation 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, geträsteter *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.

AUF DEM WEG ZUM BORG?

BILDER IM ZUSAMMENHANG MIT DER PERSONALISIERTEN MEDIZIN

Niklas Schleicher

Jean Luc-Picard, der Captain des Raumschiffs *Enterprise*, ist ein recht angstfreier Mensch. Das einzige was ihm Unbehagen bereitet sind Kinder. Angst hat er allerdings vor ihnen nicht. Angst hat er nur vor einer Spezies im Universum: Den Borg. Nachvollziehbar, haben ihn doch die Borg entführt und in ihre Spezies eingegliedert. Dazu muss man wissen, wer sie sind. Die Borg sind eine Spezies, die sich durch zwei Eigenschaften auszeichnen: Sie nehmen andere Spezies und deren Eigenschaften in ihr bienenartig organisiertes Kollektiv – es gibt z.B. eine Borg-Königin, die über eine Art Telepathie mit allen „Drohnen“ kommunizieren kann – auf und sie verbessern sich selbst durch technische Manipulationen.

Wenn man den Quadranten wechselt – der Weltraum ist in vier Quadranten unterteilt, wobei die Erde im Alpha-Quadranten liegt -- und in den Delta-Quadranten reist, finden wir dort auch Borg. Mehr noch: Das ist sogar, wie es scheint, die Heimat dieser Spezies. Aber vor allem finden wir dort auf dem Raumschiff *Voyager* einen Arzt mit dem sprechenden Namen „Doctor“. Nach außen hin sieht er aus wie ein Mensch und verhält sich im Laufe der Zeit auch immer mehr wie einer. Aber: eigentlich ist er ein medizinisch-holographisches Notfallprogramm. Das bedeutet: Er ist eigentlich nur ein hochentwickeltes Computerprogramm, dessen Front-End eben eine menschliche Person darstellt. Er diagnostiziert und behandelt sehr präzise die unterschiedlichen Krankheiten und lernt auch mit den neuen Krankheiten umzugehen, die der Crew der *Voyager* im Deltaquadranten drohen. Kurzum: Es ist ziemlich genau die Erfüllung aller Hoffnungen, die man in eine KI zur Behandlung von Krankheiten stecken kann.

Wechselt man die Welt und verlässt das eigentlich humanistische Setting¹, das das 24. Jahrhundert mit den Menschen, den Vulkanieren, den Klingonen und allen anderen bietet, und geht zurück zu einer dystopischen Erde, lernt man dort eine andere Verkörperung eines intelligenten Computerprogramms kennen, nämlich die *Matrix* und Agent Smith. Die Matrix ist dabei eine simulierte Wirklichkeit, die den Menschen eine Realität des Lebens im 21. Jahrhundert vortäuscht.

¹ Die beiden oben genannten Beispiele (*Raumschiff Enterprise: The Next Generation* und *Star Trek: Voyager*) spielen im Star-Trek Kosmos. Nach einem verheerenden Dritten Weltkrieg hat sich darin die Menschheit mit anderen Spezies in der sogenannten Föderation zusammengeschlossen und strebt nach diplomatischen Lösungen von Konflikten. Auch ist innerhalb der Föderation Armut überwunden, und das Geldsystem abgeschafft. Kurz: Die Menschheit hat nicht mehr innerhalb ihrer Spezies Konflikte, sondern nur noch mit einigen, wenigen anderen Lebensformen.

Eigentlich befinden sich die Menschen in einem tiefen Schlaf, werden künstlich ernährt und dienen den Maschinen, die den Krieg gegen ihre Erschaffer gewonnen haben, als Energiequelle.

Wieder eher in die Gegenwart und noch ein Wechsel des Settings. Die Stadt New York ist nahezu überall mit Kameras überwacht, dazu kommen noch die sonstigen Daten, die ein Mensch im Internet hinterlässt. Ein Supercomputer kann dazu genutzt werden aus diesen Daten vorherzusagen, ob eine Person an einem Verbrechen beteiligt sein wird, ob als Täter oder als Opfer aber leider nicht. Ein Team an Menschen macht sich deshalb jeweils auf besagte Person entweder zu schützen oder vor der Tat dingfest zu machen. Besonders interessant wird es, als ein zweiter Supercomputer ins Spiel kommt und sich die beiden KIs ein Duell liefern, da beide unterschiedliche Wege zur Verwirklichung des Schutzes der Menschen suchen und ihre Allwissenheit dementsprechend unterschiedlich einsetzen.

Und ein letzter Bildwechsel: Die *Avengers* sind ein eher loser Zusammenschluss von Helden, die, mit Ausnahme von Thor, der ein Halbgott ist, eines gemeinsam haben: Sie sind eigentlich Menschen. Hulk ist, wenn er nicht als grünes Monster mit Superkräften auftritt, ein Wissenschaftler mit dem Namen Bruce Banner, der durch einen Unfall die Stärke (oder eher Bürde) erhalten hat, in Ausnahmesituationen seine Gestalt zu wechseln. Iron Man ist das Alter Ego des Waffenfabrikanten Tony Stark. Dieser wird zu Iron Man, indem er einen hochentwickelten Kampfanzug nutzt und somit die menschlichen Einschränkungen in Punkto Kraft und Beweglichkeit um ein Vielfaches übertreffen kann. Dann ist da noch Steve Rogers, der durch Versuche an Menschen im Zweiten Weltkrieg zu Captain America wurde, ein Supersoldat mit gesteigerter Kraft und Wahrnehmungsfähigkeit. Diese ursprünglichen Avengers werden in weiteren Filmen der Reihe von immer weiteren Helden ergänzt, unter anderem auch von Spider Man (Peter Parker), einem Teenager, der durch den Biss einer genmodifizierten Spinne Superkräfte bekommen hat, die an die Fertigkeiten einer Spinne angelehnt sind.

Fiktionale Bilder und die Bedeutung für die Beschreibung der menschlichen Zukunft

Auch wenn man von diesen fünf vorgestellten Filmen oder Serien nicht alle kennt, oder man sogar keine aktiv gesehen hat, so wage ich doch die These, dass zumindest ein oder zwei der vorgestellten Szenarien vertraut erscheinen. Zumindest: Man kann sich darunter vage etwas vorstellen. Die Vorstellung z.B., dass Menschen teleportiert werden können in Zukunft, bleibt auch in der Umgangssprache mit dem Begriff des Beamens verknüpft. Und dass man sich, ohne sich an den Film zu erinnern oder ihn überhaupt gesehen zu haben, etwas unter der Matrix vorstellen kann, ist auch evident.

Es waren oben fünf Beispiele, *Star Trek Raumschiff Enterprise (The Next Generation)*, *Star Trek Raumschiff Voyager*, *Matrix*, *Person of Interest* und *Avengers*, aber diese Liste ließe sich sicher ohne große Probleme erweitern. Aufgezählt habe ich mehr oder weniger zufällig Beispiele aus der Pop-Kultur, die irgendwie über die nahe oder ferne Zukunft des Menschen und des Lebens erzählen wollen und von denen man ausgehen kann, dass sie nicht nur eine Nische von wenigen

Personen erreichen: Anders sind beispielsweise die exorbitanten Einspielergebnisse der Avengers-Filme – das sogenannte Marvel Cinematic Universe kommt auf 22,5 Milliarden Dollar bis November 2019¹ – nicht zu erklären.

Natürlich handelt es sich bei allen genannten Beispielen um Formate, die zunächst und vornehmlich der Unterhaltung dienen, auch wenn natürlich in den einzelnen Filmen auch Fragen verhandelt werden, die über reines „Popcorn-Kino“ hinausgeht, was sie von anderen Kino-Filmen, wie zum Beispiel der *Transformers*-Reihe, unterscheidet. Jedoch haben alle fünf Beispiele immer noch mehr oder weniger den Menschen oder menschenähnliches Leben im Fokus. Die Filme vermitteln dabei, und sei es nur unterbewusst, ein bestimmtes Bild von menschlicher Zukunft, ein Bild, das als Raster dient, unter dem man spezifische Entwicklungen in der Realität wahrnimmt und auch bewertet. Dies kann ganz offensichtlich sein, indem Konzepte dieser Filme und Serien sprichwörtlich geworden sind. Aber auch auf einer eher intuitiven Ebene wirken die Bilder. Als Beispiel mag nur die Berichterstattung über Quantenteleportation vor einigen Jahren dienen. Kaum ein Medium verzichtete auf Anspielungen auf Star Trek und stellte diesen Durchbruch als ersten Schritt zum Beamen dar.

Transhumanismus und Posthumanismus

In der philosophischen Reflexion beschäftigt sich mit dem Thema „menschliche Zukunft“ der sogenannte Post- und Transhumanismus. Diese beiden sind miteinander verwandt, aber unterscheiden sich in einigen Ausprägungen (Vgl. Loh 2018, Einzeldarstellungen z.B. Bostrom 2018 oder More/Vita-More 2013).

Der Transhumanismus versteht sich als konsequente Umsetzung des humanistischen Projekts. Das bedeutet zunächst: Die menschliche Natur und das menschliche Wesen sollen vervollkommen werden. Im Humanismus waren dazu Bildung und Erziehung die Wege, der Transhumanismus nimmt diese Ideen auf, fügt dem Ganzen aber auch die Möglichkeit der technischen Verbesserungen hinzu. Konkret spielen dabei mehrere Strategien und Techniken eine Rolle.

Zunächst steht das sogenannte *human enhancement* im Fokus, da es die Form ist, die bereits die weitesten Umsetzungen erfahren hat (vgl. Gesang 2007). *Human enhancement* stellt einen Container-Begriff dar für unterschiedliche Verbesserungen, die ein konkreter Mensch an sich selbst vornimmt oder vornehmen lässt. *Neuro-Enhancement* ist die Einnahme von Substanzen, die zu meist vorher als Medizin genutzt wurden, die aber gleichzeitig positive Eigenschaften haben können und menschliche Fähigkeiten oder auch Emotionen steigern können. *Biotechnisches Enhancement* ist die Verbesserung des menschlichen Körpers durch Implantate und Transplantate. Und *genetisches Enhancement* meint schließlich die gezielte Genmanipulation in einem frühen embryonalen Stadium mit dem Ziel gewünschte Eigenschaften zu erzeugen (zur Debatte um genetisches Enhancement vgl. Habermas 2013).

¹ https://de.wikipedia.org/wiki/Marvel_Cinematic_Universe#Einspielergebnisse

Ein weiterer Bereich des Transhumanismus ist die Lebensverlängerung; man kann vielleicht sogar sagen, dass dies als Hauptziel der transhumanistischen Bewegung gesehen werden kann (so Loh 2018). Als Übergangslösung dient zurzeit die sogenannte Kryonik, also das Einfrieren von Sterbenden oder gestorbenen Menschen mit dem Ziel diese in Zukunft bei besseren Behandlungsmöglichkeiten wieder zu reanimieren.

Eng mit dem biotechnischen Enhancement hängt die Einbeziehung tierischen Lebens in die Biologie des Menschen zusammen, also die Vorstellung durch gezielte Chimärenbildung einen besseren Menschen zu schaffen.

Und schließlich: Auch die Erweiterung des menschlichen Lebensraums ist eine Frage, die im Transhumanismus tangiert wird. Es wird dabei theoretisch überlegt, inwiefern der Mensch im Weltraum lebensfähig wäre und welche Eigenschaften die menschliche Natur brauchen würde, um dort leben zu können.

Der Posthumanismus arbeitet mit ähnlichen Konzepten und Vorstellungen, hat aber eine gänzlich andere Zielrichtung, geht es ihm doch nicht um die Vervollkommnung des Menschen, sondern um seine Überwindung. Möchte der Transhumanismus den Menschen zu seinem eigentlichen Zweck bringen, schlägt der Posthumanismus vor, ihn seiner Stellung als „Krone der Schöpfung“ zu entledigen, oder überhaupt die menschliche Natur zu unterlaufen (vgl. zum Begriff der Natur des Menschen Birnbacher 2008). Dazu wird dann auch überlegt, inwiefern Künstliche Intelligenz den Platz des Menschen als steuerndes Wesen auf der Erde einnehmen kann oder wie durch Mensch-Tier-Hybridbildungen die menschliche Natur unterlaufen werden kann. Philosophischer Ausgangspunkt ist dabei die Überlegung, dass der Mensch überhaupt nicht die am Höchsten zu entwickelnde Form des Lebens sein muss. Konsequenterweise wird dann in der potentiellen Übernahme der „Macht“ durch eine Künstliche Intelligenz auch nichts Schlechtes gesehen, sondern in ihr wird die konsequente Weiterentwicklung der Evolution verortet.

Transhumanismus, Posthumanismus und Science-Fiction als zwei Seiten einer Medaille

Beide Stränge haben offensichtlich einiges gemeinsam. Die Theorien des Trans- und Posthumanismus liefern einen theoretischen Background für Reflexionen über mögliche Zukünfte des Menschen. Sie entstanden und entstehen in enger, teils personeller Verbundenheit mit Technik- und Computeringenieuren im Silicon Valley. Gleichzeitig sind diese Theorien *als Theorien* natürlich ein Nischenfeld, können aber jederzeit bei Menschen Bilder erzeugen. Einfacher ausgedrückt: Viele Personen können sich unter Transhumanismus und Posthumanismus etwas vorstellen, auch wenn sie nicht die einschlägigen Theoretiker gelesen haben. Denn: Sie greifen auf mittlerweile ins kulturelle Gedächtnis gewanderte Bilder der oben genannten Serien und Filme zurück. Man muss sich nicht ausmalen, wie Menschen in Zukunft leben können, denn man hat die Bilder, die einem *Star Trek* liefert. Interessanterweise ist die Bilderwelt in den genannten Serien und

Filmen mindestens zwiespältig, bei *Matrix* sogar eindeutig negativ konnotiert, während die Post- und Transhumanisten ihre Vorstellung der Zukunft eher als positive Utopie beschreiben würden.

Die Bedeutung für Digitalisierung und Medizin

Nun lassen sich beide Formen der Zukunftreflexion, die pop-kulturelle und die philosophische, relativ einfach als Hirngespinnste abtun, indem man ihren Charakter als noch lange nicht verwirklichte oder gar fern jeder Realisierungsmöglichkeit liegenden Überlegungen herausstellt. Wenn man gleichzeitig den Blick auf die tatsächlichen Möglichkeiten in der aktuellen Medizin und Biotechnologie richtet, ist auch festzuhalten, dass weder die Umsetzung der transhumanistischen Ideen noch die Errichtung einer KI, die selbstständig Krankheiten diagnostiziert und heilt in naher Zukunft auf Verwirklichung hoffen können.

Dennoch: Die Darstellung und die Kommunikation über die Digitalisierung im Bereich der Medizin und der Biotechnologie regt diese Bilder an. Gerade im Bereich der Gentechnik oder im Einsatz von KI und Big-Data werden Möglichkeiten angedeutet, die in die Richtung gehen könnten, über die der Transhumanismus nachdenkt. Das liegt zu einem guten Teil auch an der Art der Rhetorik selbst, die, auch um Aufmerksamkeit und Kapital in Form von Fördermitteln zu generieren, selbst oft sehr weitreichende und utopische Versprechungen macht.

Da aber medizinische Innovationen nicht im rechtsfreien Raum und außerhalb der Gesellschaft ablaufen, sind sie ganz massiv darauf angewiesen, dass die Entscheidungsträger und die Bürger ein realistisches Bild von den Möglichkeiten und Risiken haben. Wenn man in hohem Maße die Innovationsmöglichkeiten darstellt und die Ziele der medizinischen Forschung in utopischem Maße beschreibt, ruft man eben Utopien ab, die bei den Bürgern schon da sind. Wenn man also, metaphorisch gesprochen, die Sterne verspricht, muss man sich nicht wundern, dass die Leute *Star Trek* erwarten. Zusätzlich und verschärfend gilt eben auch, dass gerade genannte Beispiele aus der fiktionalen Welt deutlich machen, dass Utopien und erwünschte Zukünfte auch in Dystopien umschlagen können, dass, mit Ulrich Beck gesprochen, nichtintendierte Nebenfolgen sich einstellen können, die die eigentlich positiven Folgen ins Gegenteil verkehren können (Beck 2014).

Ausblick

Die Konsequenzen für die ethische Reflexion innovativer Biomedizin lassen sich hier nur skizzenhaft andeuten und liegen vor allem im Bereich der deskriptiven Aufgabe einer angewandten Ethik. Für eine solche gilt schon immer: Für eine angemessene ethische Einordnung des Sachverhalts ist eine möglichst präzise Beschreibung erforderlich. Also: Wenn beispielsweise neuere Methoden der Gendiagnostik und deren Anwendung in der Pränatalmedizin auf dem Prüfstand stehen, sollte es eigentlich unausweichlich sein, erstmal zu beschreiben versuchen, worin eigentlich die neueren Methoden bestehen.

Nun sind Forschungsinnovationen auf gesellschaftliche Akzeptanz angewiesen und müssen sich in dieser Hinsicht auch den moralischen Vorstellungen und Einstellungen der Bürger stellen. Wenn nun diese, wie oben angedeutet, eben nicht nur aus ethisch reflektierten Theorien bestehen, sondern zu einem großen Maße auch von Bildern und Utopien geprägt sind, und wenn gleichzeitig den Emotionen, die Kommunikation über medizinische Innovationen wecken, eine Rolle spielen, dann sind genau diese Bilderwelten in eine ethische Reflexion einzubeziehen. Das heißt kurz und polemisch formuliert: Eine Ethik, deren Aufgabe auch Vermittlung und Abwägung neuer Maßnahmen mit den moralischen Vorverständnissen der Gesellschaft ist, muss sich, wenigstens in Ansätzen in den Bilderwelten bewegen können, die prägend sind. Und noch kürzer: Die Ethikerin sollte *Star Trek* schauen.

Transhumanistische Entwürfe sind zusätzlich interessant, da sie eine Art Reflexionsebene bieten, um die Neuerungen in einem größeren Kontext beschreiben zu können, aber auch, jedenfalls in Ansätzen, Ideen zu liefern, dass die Zukunft des Menschen nicht nur eine Dystopie sein muss.

Literatur

Beck, Ulrich (2014): Das Zeitalter der Nebenfolgen und die Politisierung der Moderne, in: Ulrich Beck, Anthony Giddens und Scott Lash (Hg.): Reflexive Modernisierung. Eine Kontroverse, Frankfurt ⁶2014 S. 19–112.

Birnbacher, Dieter (2008): Natürlichkeit. Berlin/New York, 2008.

Bostrom, Nick (2018): Die Zukunft der Menschheit. Aufsätze. Unter Mitarbeit von Jan-Erik Strasser. Berlin 2018.

Gesang, Bernward (2007): Perfektionierung des Menschen. Berlin/New York, 2007.

Habermas, Jürgen (2013): Die Zukunft der menschlichen Natur. Auf dem Weg zu einer liberalen Eugenik? Frankfurt ⁴2013.

Loh, Janina (2018): Trans- und Posthumanismus zur Einführung. Hamburg 2018.

More, Max; Vita-More, Natasha (Hg.) (2013): The Transhumanist Reader. Classical and Contemporary Essays on the Science, Technology, and Philosophy of the Human Future. Chichester 2013.

Die Autoren

Therese Feiler ist seit 2019 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl für Systematische Theologie und Ethik an der LMU. Im Projekt DigiMed Bayern beschäftigt sie sich mit ethischen und politischen Fragen zur personalisierten Medizin. Sie promovierte 2013 an der University of Oxford und war dort zuletzt Wellcome Trust Postdoctoral Researcher im Healthcare Values Partnership, sowie Supernumerary Fellow am Harris Manchester College. Ihre Monographie *Logics of War: The Use of Force and the Problem of Mediation* erscheint Ende 2019 bei Bloomsbury T&T Clark.

Hendrik Meyer-Magister ist Akademischer Rat (a. Z.) am Lehrstuhl für Systematische Theologie und Ethik der Evangelisch-Theologischen Fakultät der LMU München sowie Pfarrer der bayerischen Landeskirche. 2017 wurde er mit einer Arbeit zum protestantischen Individualisierungsdiskurs in der Debatte um die Kriegsdienstverweigerung in den 1950er Jahren promoviert. Er war Wissenschaftlicher Mitarbeiter und Projektkoordinator der DFG-Forschergruppe 1765 und zuvor Research Fellow im Project on Religion and Politics an der HU Berlin. Von 2003-2012 hat er in Berlin und Stellenbosch (Südafrika) Geschichte und Theologie studiert. Seine Forschungsinteressen liegen im Bereich der Politischen Ethik, der Religionssoziologie sowie der Medizinethik.

Niklas Schleicher ist evangelischer Theologe und Promovend an der Evangelisch-Theologischen Fakultät der LMU. Bis August 2019 war er als Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl für Systematische Theologie und Ethik an der LMU beschäftigt, unter anderem in den Projekten *DigiMed* und *Bavarian Genomes*. Seit Oktober 2019 ist er Vikar in Asperg bei Ludwigsburg (Evangelische Landeskirche in Württemberg).

Yannick Schlote ist seit 2019 wissenschaftlicher Mitarbeiter an den Lehrstühlen der Systematischen Theologie/Ethik und der Praktischen Theologie/Homiletik an der Ludwig-Maximilians-Universität. Er studierte Evangelische Theologie in Berlin und München (2012 - 2018) und war Stipendiat des evangelischen Begabtenförderungswerkes Villigst. In seiner Arbeit beschäftigt er sich mit den religiösen Dimensionen der Digitalisierung und speziell den Narrativen um Künstliche Intelligenz. Daneben forscht er zur Ethik der P4-Medizin im Rahmen des Projekts *1000 Genome in Bayern*.

TTN Edition ist die digitale Publikationsreihe des Instituts Technik-Theologie-Naturwissenschaften an der Ludwig-Maximilians-Universität München.

Online erreichbar unter www.ttn-institut.de/TTNedition