

 **BIELEFELDER
WISSENSCHAFTS
PREIS VERLIEHEN**
DURCH DIE STIFTUNG DER
SPARKASSE BIELEFELD
IM GEDENKEN AN
NIKLAS LUHMANN



Bielefelder Wissenschaftspreis 2020
Verliehen an Bettina Schöne-Seifert
Universität Bielefeld, Hörsaalgebäude Y
4. Juli 2022



Bielefelder Wissenschaftspreis 2020

Festvortrag von Bettina Schöne-Seifert

1 Persönliche Vorbemerkungen

Liebes, verehrtes Preisträger-Auditorium,

Mir stehen fast die Dankes-Tränen in den Augen – nicht nur ob des ehrenvollen und opulenten Preises und der so freundlichen Worte, sondern vor allem ob der Anwesenden in diesem Hörsaal. Trotz eines regelrechten Hagels an *Last-minute-Corona*-Absagen sind hier noch immer Honoratioren, Jurymitglieder, familiäre Lieblingsmenschen, private Freunde und Kollegenfreunde versammelt. Danke dafür! Würde ich angemessene persönliche Worte an jede und jeden richten, kämen mir die Tränen gewiss und wäre meine Redezeit danach schon zur Hälfte abgelaufen. Ich baue also besser darauf, dass sich alle hiermit durch einen von Herzen kommenden Generalklausel-Dank angesprochen fühlen!

Mein heutiges Thema ist nur ein kleiner Baustein in einer komplexen Debatte: Es geht darum, ob es moralisch *als solches* vorzugswürdig ist, einen sogenannten *natürlichen Tod* zu sterben. Gemeint ist damit das Sterben an einer u.U. absichtlich unbehandelten *Krankheit* – im Gegensatz zum selbstbestimmten Sterben von eigener oder (heute ausgeklammert) auch von fremder Hand. Nicht selten wird nahegelegt, dass hierin ein moralisch wichtiger Unterschied liege. Zum natürlichen Tod und zu Natürlichkeitsargumenten in der Bioethik haben sich, wie das für fast alle Fragen der Ethik gilt, schon viele andere klug geäußert, nicht zuletzt Dieter Birnbacher und Wolfgang Van den Daele (zwei der besagten heute anwesenden Kollegenfreunde).¹ Ich würde mit Fug und Recht davon sprechen, auf ihren Schultern zu stehen, wenn ich denn mit meinen Überlegungen über sie hinausragen würde, was ich nicht tue. Jedenfalls habe ich von beiden gelernt.

¹ Birnbacher D (2006): Natürlichkeit. De Gruyter Verlag; Ders. (2017): Tod. De Gruyter Verlag; Van den Daele W (1987). Die Moralisierung der menschlichen Natur und Naturbezüge in gesellschaftlichen Institutionen. Kritische Vierteljahresschrift für Gesetzgebung und Rechtswissenschaft 2, S. 351-366.

Ich werde im Übrigen, seien Sie bereits gewarnt oder beruhigt, fast gar nicht auf die aktuelle rechtspolitische Debatte über Suizid-Unterstützung durch Ärzte oder Sterbehilfevereine eingehen: weder auf die vorgelegten Gesetzentwürfe noch überhaupt auf die genuin juristischen Aspekte der Thematik, sondern nur auf meinen kleinen ethischen Baustein.

Gegen meine Themenwahl schien mir zunächst deren möglicherweise melancholisch stimmende inhaltliche Nähe zu unser aller eigener Endlichkeit zu sprechen, insbesondere die Nähe zum erlebten, bevorstehenden oder befürchteten Verlust geliebter Menschen. Kein Coach würde ausgerechnet das Sterben als Gegenstand einer Festrede empfehlen, die doch eine eher heitere Färbung haben sollte. Doch dann glaubte ich aus drei Gründen, es besser zu wissen als jeder Coach: Erstens wird mein analytischer Umgang mit dem Thema dessen existentielle Dimension in den Hintergrund rücken lassen; zweitens geht dieses Thema uns buchstäblich alle an und drittens könnte meine Auffassung, wenn sie denn überzeugt, einen winzigen Beitrag zu einer erleichternden und somit prospektiv heiter stimmenden Enttabuisierung eines nicht-natürlichen Todes leisten.

Nachdem mir das – vielleicht – gelungen sein wird, möchte ich noch ganz kurz auf die Frage eingehen, ob man Ethik mit guten Gründen als eine Wissenschaft verstehen kann. Bei der Verleihung eines Wissenschaftspreises an eine Medizinethikerin ist das immerhin keine nebensächliche Frage.

2 Der *natürliche Tod* in der Sterbehilfe-Debatte

Nun zunächst eine kurze Propädeutik: Sterbehilfe ist nach verbreitetem Verständnis ein Oberbegriff für Tun und Unterlassen, welches, dem Willen eines Patienten entsprechend, eine Verkürzung seines Lebens bewirken soll oder in Kauf nimmt. Der maßgebliche Patientenwille kann dabei in manchen Konstellationen auch in vorausgreifender Weise (Stichwort: Patientenverfügung) oder durch Mutmaßung wirksam werden – eine Ausdifferenzierung, auf die ich heute nicht eingehen kann. Sterbehilfe wird weiterhin zumeist in vier Varianten unterteilt:

Sterbehilfe-Varianten	
(1) Verzicht auf lebens- erhaltende Therapien <i>Passive Sterbehilfe</i>	(3) Suizidhilfe (z. B. durch Ärzte) <i>Suizidhilfe</i>
(2) Palliativtherapie mit mögl. Todesbeschleunigung <i>Indirekte Sterbehilfe</i>	(4) Töten auf Verlangen (z. B. durch Ärzte) <i>Aktive Sterbehilfe</i>

Preisträgerrede Bielefeld 4. Juli 2022 2

Dies sind (1.) der Verzicht auf verfügbare lebenserhaltende Behandlungen; (2.) Maßnahmen, die zwingend sind, um Schmerzen und andere Qualen am Lebensende zu lindern, zugleich aber den Todeseintritt um Stunden oder Tage beschleunigen könnten. (3.) gibt es die begrifflich selbsterklärende Option der Suizidhilfe und (4.) das Töten auf Verlangen, bei dem im Gegensatz zu Option (3) nicht der Patient, sondern jemand anderer, etwa ein Arzt, den entscheidenden letzten Handlungsschritt vollzieht. In Grün sehen Sie die traditionellen Benennungen, die viele als irreführend oder als nachgerade mit dem falschen *Framing* versehen kritisieren,² die aber dennoch häufig weiterverwendet werden.

Aber, das möchte ich nicht verhehlen, die Kritik an diesen vier Schubladen geht noch deutlich tiefer als nur bis zu den grünen *Labels*. Es gibt Autoren³ – die die Varianten (1) und (2) überhaupt nicht als Sterbehilfe zu rubrizieren erlauben wollen. Bei beiden, so sie denn ethisch zulässig praktiziert würden, werde nämlich weder vom betroffenen Patienten noch vom betreuenden Arzt das Sterben *beabsichtigt*.⁴ Aus diesem Grunde sei es eine unlautere Strategie von Suizidhilfe-Befürwortern, das breit akzeptierte und praktizierte Unterlassen lebenserhaltender Maßnahmen als Sterbe-

² Exemplarisch: Nationaler Ethikrat (2006): Stellungnahme. Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende. Druckhaus Berlin-Mitte.

³ Etwa Sahn S (2021): An der Seite des Lebens. Echter Verlag: S. 15ff.

⁴ Quasi in Klammern: Experten erkennen dahinter einen Teil der, hier oft ungenannt bleibenden, Lehre vom Doppeleffekt. Zu deren mangelnder Plausibilität vgl. etwa Sumner LW (2011): Assisted Death. A Study in Ethics and Law. Oxford University Press: Kap. 3; Schöne-Seifert (2020): Beim Sterben helfen: dürfen wir das? Metzler Verlag, Kap. 4.1.

hilfe zu etikettieren, nur um so eine teilweise Vergleichbarkeit mit Suizidhilfe nahezu-
legen und dieser Legitimität zu verschaffen. Ich sehe das, gemeinsam mit vielen
anderen, entschieden anders: Von medizinethisch zentraler Bedeutung ist doch
gerade der Aspekt der Sterbeabsicht, wie sie eben auch bei etlichen Therapie-
verzichts-Fällen von den betroffenen Patienten erkennbar gehegt wird. Deswegen
sind manche der von besagten Kritikern propagierten neuen Etikettierungen – etwa:
„Symptomlinderung“ für die indirekte Sterbehilfe oder „Therapieziel-Änderung“ für
den gewünschten todbringenden Behandlungsverzicht – ihrerseits irreführend, ja
vernebelnd, weil sie den Kontext von Todeswunsch und Todesfolge begrifflich
ausblenden. Doch genau um die direkte oder die in Kauf nehmende Sterbeabsicht
und deren ethisch zulässige oder unzulässige Umsetzungs-Beteiligung durch Ärzte
geht es doch. Und so verwundert es auch nicht, dass die Autoren der weltweit
einflussreichsten modernen Medizinethik-Monografie *Principles of Biomedical Ethics*⁵
seit deren 2001 erschienener 5. Auflage den Oberbegriff „Intentionally Arranged
Deaths“ für alle Sterbehilfe-Varianten geprägt und befürwortet haben. Unter diesem
Fokus will ich mich im Folgenden auf den Vergleich zwischen Varianten (1) und (3)
konzentrieren. Um die zweite und die vierte Variante geht es hingegen gar nicht
mehr, obgleich gerade auch zur aktiven Sterbehilfe und dem um sie herum – sozial
konstruierten – spezifischen ethischen Tabu viel zu sagen wäre.

Beginnen wir mit einem näheren Blick auf den Verzicht auf lebenserhaltende
Maßnahmen (der natürlich keineswegs impliziert, dass sämtliche, insbesondere
palliativmedizinische, Behandlungen unterlassen würden).⁶ Besagter Verzicht,
ebenso wie erbetene Suizidhilfe, soll uns im Folgenden nur unter den drei Rand-
bedingungen interessieren, dass es sich dabei um die Befolgung eines (i)
patientenseitigen, (ii) freiverantwortlichen und (iii) das Sterben intendierenden
Wunsches handelt.

⁵ Beauchamp TL & Childress JF (2019): *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford University Press, S. 183ff.

⁶ Das ist ein Punkt, auf den Ärzte hinzuweisen nicht müde werden, wenn Theoretiker pauschal von Behandlungsabbrüchen oder -verzichten reden. Ihr Gegenvorschlag, von Änderungen des Therapieziels zu sprechen, verspielt allerdings, wie ausgeführt, ihrerseits die systematische Präzision *in puncto* Lebensende.

Zu (i) gilt: Immer wieder werden hier auch Konstellationen in die Betrachtung hineingemischt, in denen es um nach ärztlicher Einschätzung sinnlose und damit gar nicht indizierte Behandlungen geht. Die aber haben mit der Natürlichkeitsthematik, wenn ich richtig sehe, gar nichts zu tun.

Zu (ii): Selbstbestimmt (oder weitgehend synonym: freiverantwortlich) müssen Patientenentscheidungen *immer* sein, wenn sie als Autorisierung ärztlicher Handlungen oder Unterlassungen gelten sollen – hierüber und auch darüber, was das bedeutet, besteht im Grundsatz Einigkeit: Es müssen stabile Entscheidungsfähigkeit, Aufgeklärtheit und Freiwilligkeit realisiert und erkennbar sein. Strittig sind allenfalls Einzelheiten in den definierenden Kriterien und manchmal kann die Überprüfbarkeit von Freiverantwortlichkeit schwierig sein. Das alles muss ich hier weitgehend beiseiteschieben. Mit dem Erfordernis der Freiverantwortlichkeit jedenfalls bietet eine große Zahl real vorkommender Suizidwünsche, wie sie auf dem Boden von nicht-medizinischen Lebenskrisen, akuter Verzweiflung, Drogenkonsum, Depressionen oder anderen psychischen Krankheiten entstehen, von vornherein aus niemandes Sicht Anlass zu möglicher Unterstützung, sondern ruft nach Prävention, Therapie oder Beratung.

Zu (iii): Bewusste und selbstbestimmte Patienten-Entscheidungen zugunsten eines Therapieverzichts können empirisch offensichtlich unterschiedlich motiviert sein. In manchen Ländern können die privat zu tragenden exorbitanten Behandlungskosten ausschlaggebend sein, die eine ganze Familie ruinieren würden. Den hierzulande relevanten Fällen liegt hingegen zum Glück oft entweder die – nach Beratung letztlich subjektiv zu treffende – Einschätzung zugrunde, dass die abgelehnte Therapie nicht genug auszurichten verspricht oder zu belastend wäre. Nicht selten geht es um das Verhältnis beider Aspekte zueinander.

Und schließlich gibt es Fälle, in denen Patienten eine für sich genommen hinreichend erträgliche und wirksame Behandlung ausschlagen oder abbrechen, weil sie damit eine ihnen willkommene „Exitstrategie“ aus einem Leben ergreifen können, das schon aktuell als insgesamt zu belastend und leidvoll empfunden oder aber als solches antizipiert wird. „Exitstrategie“ – das ist der so treffende wie bedrückende

Begriff, den der unheilbar kranke Schriftsteller Wolfgang Herrndorf für das prägte, was er selbst verzweifelt suchte: eine durch ihre sichere Verfügbarkeit schon im Voraus beruhigende Ausstiegsmöglichkeit aus dem Leben für den schlimmsten Fall.⁷ Hätte Herrndorf, kontrafaktisch, einer lebenserhaltenden Dauertherapie (etwa einer Dialyse) bedurft: er hätte sie auch damals, vor knapp zehn Jahren, im Einklang mit der ärztlichen Standesethik jederzeit abbrechen dürfen, um „natürlich“, etwa an einem Nierenversagen, zu sterben. Auch die Behandlung einer hinzutretenden Infektion hätte er bindend ablehnen und so vielleicht an einer Lungenentzündung oder Sepsis sterben dürfen. Doch die Kontingenz *dieses* Auswegs macht ihn gerade nicht zu einer verlässlichen „Strategie“. Faktisch musste Herrndorf damals eine künstliche Exitstrategie – durch den illegalen Erwerb einer Pistole – auf eigene Faust finden und nutzte sie später auch. Es sind genau solche Vergleichsfälle, die das Natürlichkeitsargument auf den Prüfstand stellen und herausfordern.

Denn nicht zuletzt mit diesem Differenz-Argument, das für sich genommen nur ein kryptischer Hinweis ist, rechtfertigt sich die „dogmatisch-konservative Position“, wie ich sie an anderer Stelle bezeichnet habe⁸ und wie sie noch immer von Meinungsführern aus Kirche, Politik und organisierter Ärzteschaft vertreten wird. Aus dieser Sicht müssen Sterbehilfe durch Behandlungsverzicht und Sterbehilfe in Form von Suizidunterstützung ethisch vollkommen unterschiedlich bewertet werden: als moralisch zulässig die eine, als unzulässig die andere. Für diese Bewertungsdifferenz gibt es eine ganze Latte kontroverser Argumente: Differenzen in der Missbräuchlichkeit, Differenzen in der Freiverantwortlichkeit, unterschiedliche Vereinbarkeit mit dem ärztlichen und insbesondere mit dem palliativmedizinischen Ethos – und eben, wie ich meine ganz zentral, das besagte Natürlichkeitsargument, das wir jetzt auf jede Spur von Plausibilität abklopfen wollen.

⁷ Herrndorf W (2013): Arbeit und Struktur. Rowohlt Verlag: S. 75ff. und 445.

⁸ Schöne-Seifert (2020). Beim Sterben helfen – dürfen wir das? Metzler Verlag, S. 22ff.

Vielleicht fragen Sie sich nun, wozu das überhaupt nötig sei, wenn doch aktuell jene deutlich liberalere rechtspolitische Debatte über Suizidhilfe durch Ärzte oder Sterbehilfevereine in Bundestag und Öffentlichkeit geführt wird. Sie wurde, wie Sie wissen, überfällig, nachdem das Bundesverfassungsgericht vor gut zwei Jahren die grundrechtliche Basis ausbuchstabiert hat, die selbstbestimmtem Sterben im Allgemeinen und der Inanspruchnahme freiwillig geleisteter Suizidhilfe im Besonderen zukomme. Auch zeigen doch Umfrageergebnisse aus der Bevölkerung eine stabile mehrheitliche Zustimmungsrates zu Suizidunterstützung als *ultima ratio*. Ich argwöhne, so würde ich antworten, dass besagte Meinungsführer noch immer erheblichen Einfluss auf Gesetzgebung, gesellschaftliches Klima und die Sterbehilfe-Wirklichkeit haben. Und außerdem bleibt es so oder so eine eigenständige und interessante ethische Frage, wie man persönlich zu einem nicht-*natürlichen* Tod steht und aus welchen Gründen man sich so positioniert, wie man es tut. Es wird bei uns gegenwärtig auch von etlichen Kritikern als korrekt empfunden werden, Suizidwünsche zu „respektieren“⁹ und ihnen mit wertender Neutralität zu begegnen.¹⁰ Wenn aber dort zugleich gefordert wird, ihre Umsetzung – im Gegensatz zu einem gewünschten todbringenden Behandlungsverzicht – nicht zu unterstützen, bringt dies meine Vergleichsfrage indirekt wieder auf den Tisch. Befassen wir uns also mit dem Natürlichkeits-Argument, und unternehmen wir dazu einen fünfschrittigen Versuch, es zu rekonstruieren, der aber fünf Mal in Kritik enden wird.

3 Fünf Aspekte von *Natürlichkeit* im Sterben

Hier folgt zunächst noch ein Beleg für die Verfasstheit des Arguments in einer exemplarischen Passage des Nationalen Ethikrats:

Wenn ein Arzt einem Patienten eine lebenserhaltende Maßnahme vorenthält, sie entweder nicht einleitet oder wieder abbricht, lässt er ihn *am natürlichen Verlauf der Krankheit sterben*. [... man muss allerdings zur Beurteilung ...] hinzudenken, dass es

⁹ Radbruch L & Tolmein O (2017): Balanceakt in der Palliativmedizin. Deutsches Ärzteblatt (114:7): A303–A307: S. A302.

¹⁰ Exemplarisch Sahm S (2021) An der Seite des Lebens. Echter Verlag: S. 45: „Die einzig angemessene Haltung einer liberalen Gesellschaft gegenüber einer in Freiheit begangenen Suizidhandlung ist daher die Enthaltung eines ethischen Urteils.“

nicht einfach um Sterbenlassen geht, sondern um Sterbenlassen auf Verlangen oder um Sterbenlassen in aussichtsloser Situation [sic!].¹¹

Weder hier noch an anderer Stelle wird in der Stellungnahme, aus der sie stammt, begründet, was genau der dort mehrfach auftauchende Verweis auf den „natürlichen Krankheitsverlauf“ ausrichtet, um dessen Ermöglichung es beim Therapieverzicht geht. Der Verweis wird dort vielmehr durchgehend als eine Art selbstevidenter Appell genutzt und verstanden. Diese Behauptung müssen Sie mir einfach so glauben, zumal ich zugeben muss, dem Rat ausgerechnet damals selbst angehört zu haben, was mir in dieser Hinsicht ausnahmsweise einmal so peinlich ist, dass ich eine Mitverantwortung lieber verdränge. Gewiss hätte dem Rat damals Dieter Birnbachers Präsenz gutgetan, der nämlich schon gut zehn Jahre zuvor in den bioethischen Debatten einen begründungsleeren „Dogmatismus“ rund um die besagten Differenzierungen konstatierte – allerdings mit um ein Vielfaches dichterem Analysen, als ich sie hier auch nur im Ansatz vortragen kann.

Was also könnte das Natürlichkeits-Argument rechtfertigen oder jedenfalls seinen anfänglichen *Appeal* erklären?

3.1 Forensische Untertöne?

Ein erster Vorschlag ist der Verweis auf den Kontext, in dem die Todesklassifikation „natürlich“ am häufigsten Verwendung findet, nämlich die Rechtsmedizin bzw. die Todesbescheinigung. Hier umfasst der Kontrastbegriff, der nicht-natürliche Tod, Unfall, Gewalttat oder Suizid-Umstände, die in aller Regel problematisch sind. Auf dem Todeszertifikat eingetragen, gibt ein entsprechendes Verdachts- oder Bestätigungskreuz Anlass zu weiteren Nachforschungen. Aus diesem begrifflichen Zusammenhang mag ein positiver Unterton herrühren: Bei einem natürlichen Tod ist gewissermaßen alles mit rechten Dingen zugegangen (Fälle fahrlässigen oder vorsätzlichen Sterbenlassens an einer Krankheit, die eigentlich hätte behandelt werden sollen, können hier außer Acht bleiben). Aber der Umkehrschluss funktioniert in unserem Zusammenhang nicht mehr als Begründung: Dass ein

¹¹ Nationaler Ethikrat (2006) (siehe FN 2): S. 56. Hrvh. und Einschub durch Bettina Schöne-Seifert.

natürlicher Tod (in der Regel) gegenüber einem durch Gewalt oder Unfall bewirkten Lebensende vorzugswürdig ist, leuchtet ein, interessiert uns aber hier nicht; dass er jedoch *als solcher* immer richtiger sei als ein freiverantwortlicher Suizid ist *question-begging*.

3.2 Moralische Orientierung?

Ein zweiter Versuch liegt in einer theologisch-metaphysischen Lesart des Natürlichkeits-Arguments, von dem es eine ganze Bandbreite gibt. Ihr zufolge haben Gott oder die Natur den Todeszeitpunkt des Menschen bestimmt, der dieses Datum in Demut abwarten sollte. Offenkundig steht eine solche Auffassung in deutlicher Spannung zu der weiteren Standardüberzeugung, dass Menschen ihren Tod verhindern dürfen und sollen, soweit sie dies durch medizinische Behandlungen bewirken und ertragen können. Wie genau der argumentative Spagat zu bewerkstelligen ist, dass natürliche Krankheiten bekämpft, künstliche Behandlungen verwendet, künstliche Lebensbeendigungen aber wiederum nicht eingesetzt werden sollen, damit am Ende immer ein natürlicher Tod eintritt, bleibt Aufgabe der Vertreter dieser Position. Zudem ist die Grenze dessen, was nach einer künstlichen Behandlung anschließend der restaurierten Natur zuzurechnen sei, intuitiv schwammig und selbst juristisch strittig. Ein augenfälliges Beispiel bieten hier verschiedene Möglichkeiten, potenziell oder sicher lebensrettende invasive Herz- Behandlungen wieder auszuschalten oder rückgängig zu machen: Man denke an das Ausschalten eines Schrittmachers oder eines eingebauten Defibrillators oder (als Gedankenexperiment) an die Inaktivierung eines zuvor implantierten Kunstherzes: Was wäre hier noch natürliches Sterben an natürlicher Krankheit?¹²

¹² Ähnlich argumentierte schon vor fast 25 Jahren der Strafrechtler Günther Jakobs: „Was ist, zumal bei alten Menschen, Werk der Natur und was Kunst? Nach der [...] Ermöglichung medikamentöser Behandlung vieler Gebrechen, nach der Entwicklung von Herzschrittmachern und der Ermöglichung von Organtransplantationen etc. bleibt für die Trennung von Natur und Kunst nur noch Äußerliches, Phänotypisches.“ (Jakobs G (1998): Tötung auf Verlangen, Euthanasie und Strafrechtssystem. Verlag der Bayerischen Akademie der Wissenschaften: S. 30). Diese Beispiele berühren, nebenbei, auch die Grenze zwischen einem Behandlungsabbruch und dem Töten auf Verlangen, die hier in den Augen einzelner Autoren bereits überschritten ist. Vgl. <https://www.patientenverfuegung.digital/blog/patientenverfuegung-defibrillatoren-am-lebensende>. Zugriff Juli 2022.

Zwar scheint trotz dieser Verwirrungen unzweifelhaft, dass die Orientierung an natürlichen Gegebenheiten oder Abläufen in vielen Fällen zuträglich und psychologisch entlastend sein kann. Klar ist aber auch, dass Vorstellungen von der ‚weisen‘ Natur oder einem (nur) das Sterbenlassen erlaubenden Gott in einer auf Weltanschauungs- und Religionsfreiheit verpflichteten Gesellschaft nicht zur Grundlage einer allgemein verbindlichen Ethik gemacht werden können.

3.3 Wertvolle Erfahrungen?

Als dritten moralischen Pluspunkt könnte jemand schließlich auf die existentielle Erfahrungsdimension verweisen wollen, die das natürliche Verlöschen des eigenen Lebens bedeutet. Doch auch in dieser Hinsicht gewinnen Menschen bereits am Sterbebett ihrer Nächsten sehr unterschiedliche Eindrücke. Verallgemeinernde Vorstellungen, nach denen der Tod durch Altersschwäche oder Krankheit vergleichsweise schöner oder erfahrungsreicher ist als das Sterben durch direkte Einwirkung, stehen auf tönernen Füßen. Das belegt das Votum zahlloser Patienten, die sich nichts sehnlicher wünschen als ein Ende ihres Leidens, wodurch die Sterbehilfedebatten ja erst maßgeblich in Gang gesetzt wurden.

3.4 Kausale Verantwortungsminderung?

Viertens könnte man das Natürlichkeits-Argument mit Blick auf eine kausale Verantwortungsminderung zu verstehen. Salopp gesagt würde behauptet, einer Krankheit mit Billigung des Patienten ihren tödlichen Verlauf zu lassen, impliziere eine Art Verantwortungsdelegation. Nicht der Arzt, sondern die Krankheit sei hier der wesentliche Verursacher. Offenkundig ist diese These verschränkt mit einem normativen Unterschiedspostulat zwischen verantwortendem Tun und weniger verantwortendem Unterlassen – eine in der philosophischen Ethik, Handlungs-, Kausalitäts- und Rechtstheorie hochgradig umstrittene These. Als generell plausibler gilt vielen eine kontextualisierte Betrachtung, der zufolge keine an allgemeinen Kausalverhältnissen, sondern eine an den spezifischen Handlungsalternativen, Rechtspflichten, Zumutbarkeiten und Folgeschäden orientierte Differenzierung

einleuchtet. Das lässt sich an John Mackies seit langem einflussreichem Modell der INUS-Bedingungen veranschaulichen.¹³ Es postuliert ein ganzes Feld von kausal gleichwertigen (negativen wie positiven) notwendigen, aber nur gemeinsam hinreichenden Bedingungen für die Verursachung eines Ereignisses, für das es oft auch andere Gesamtursachen gibt, die wieder als Kausalfaktorenbündel zu denken wären.

Welchen Faktor des Bündels man dann als *die* Ursache ausmacht und welche Faktoren als bloße Hintergrundbedingungen, hängt pragmatisch von der jeweiligen Interessenperspektive der Analyse ab. So kann man etwa ein Interesse daran haben, ein nach vorgängig geltenden Regeln schuldhaftes Verhalten als *die* Ursache bei stabilen und erwartbaren Hintergrundbedingungen zu identifizieren. Oder man kann aufklären wollen, wie häufig Todesfälle *durch* das Covid-19-Virus bei lungenvorgeschädigten Patienten (Hintergrundbedingung) sind. Diese kausale Zuordnung ist sinnvoll (etwa im Interesse von Präventionsmaßnahmen), auch wenn man ansonsten etwa Lungenkrebs-Patienten, die etwa an einer hinzukommenden Pneumokokken-Infektion (Hintergrundbedingung) sterben, als Todesfälle *durch* Lungenkrebs klassifiziert.¹⁴

In Sterbehilfe-Kontexten sind immer ärztliches Verhalten *und* eine Reihe weiterer Faktoren im Kausalbündel zu finden. Die kausale Verantwortung dabei einmal dem Arzt und ein anderes Mal den Krankheitsfaktoren zuzuschreiben, legitimiert sich keinesfalls allein aus den deskriptiven Kausalstrukturen.

3.5 Der *natürliche Tod* als Brücken-,„Argument“?

Einer fünften möglichen Lesart zufolge soll die Berufung auf den natürlichen Tod die etablierte Bewertungskluft zwischen der Einwilligung-Lehre und der Sterbehilfe-Kritik schließen. Nach heute vorherrschender medizinethischer Auffassung (und

¹³ Mackie JL (1974): *The Cement of the Universe: A Study of Causation*. Oxford University Press.

¹⁴ Das Beispiel verdanke ich einem Unterrichts-Video des Wissenschaftsphilosophen Julian Reiss: <https://www.youtube.com/watch?v=AFhPVKtLNdY> (Zugriff Juli 2022). Reiss vertritt hier, dass es sinnvoll ist, jene Todesfälle bei Vorschädigung als *durch* Corona verursacht zu klassifizieren (anders als Unfallstote *mit* Corona-Infektion).

schon gar nach geltendem Recht) haben Patienten ein unbedingtes Vetorecht gegenüber allen Behandlungen und dabei zudem völlige Begründungsfreiheit, solange sie ihre subjektiven Bewertungen kompetent, informiert und freiwillig anstellen.¹⁵ Das Recht, sogar lebenserhaltende Behandlungen abzulehnen, ist aus dieser Sicht nur die Extremfolge des allgemeinen Vetorechts, die zunächst von der *dogmatisch-konservativen Position* nicht in jeder Hinsicht hingenommen wurde: Man denke nur an die Kontroversen um den Verzicht auch auf Beatmung und Flüssigkeit, wie sie noch in den 1990er Jahren ausgefochten wurden.¹⁶ Das hat sich geändert, nachdem höchstgerichtliche Urteile und dabei insbesondere das Putz-Urteil von 2010 (Wolfgang Putz: ich winke Dir anwesendem Kollegenfreund zu) *unmissverständlich* befunden hat, dass ein freiverantwortliches Patienten-Veto sich rechtlich unterschiedslos und also bindend auf jede Art von Behandlung in jeder Lebensphase beziehen kann.

Für verschiedene europäische Länder wurde erhoben, dass inzwischen, nicht zuletzt der High-Tech-Medizin geschuldet, Verzichtsentscheidungen bei bis zu 40% aller Todesfälle eine Rolle spielen, von denen wiederum bis zu 50% in der erklärten Absicht erfolgen, das Sterben zu beschleunigen.¹⁷ Patienten sterben dann also, heißt es, am *natürlichen Verlauf ihrer Krankheiten*. ‚Künstliche‘ Todesursachen, etwa die Verabreichung eines erbetenen tödlichen Medikaments können dann aber immer noch auf der Verbotseite bleiben. Argumentationspsychologisch mag das durchgehen, als Bewertungsmaßstab nicht.

¹⁵ Den strittigen Ausnahmefall eines Konflikts zwischen vorausverfügbem Therapieverzicht, der gegen die aktuellen hedonischen Interessen eines nicht mehr einsichtsfähigen Demenzpatienten verstößt, lasse ich hier außer Acht. Vgl. dazu: Hawkins J (2014): Well-being, Time, and Dementia. *Ethics* 124: S. 507–542; Schöne-Seifert B & Stier M (2020): Zur Autorität von Demenzverfügungen: Merckels Vorschlag einer notstandsanalogen Interessenabwägung. *Recht-Philosophie-Literatur. Festschrift für Reinhard Merkel, Teilband II*, 1545-1564.

¹⁶ Vgl. Sullivan SM (2007): The Development and Nature of the Ordinary/Extraordinary Means Distinction in the Roman Catholic Tradition. *Bioethics* 21:7: S.386–397.

¹⁷ Bosshard G et al (2005): Forgoing Treatment at the End of Life in Six European Countries. *Archives of Internal Medicine* (165:4): S.401–407; Bosshard G et al (2006) Intentionally Hastening Death by Withholding or Withdrawing Treatment. *Wiener Klinische Wochenschrift* (118:11–12): S.322–326. Dahmen BM et al (2017): Limiting Treatment and Shortening of Life: Data from a Cross-Sectional Survey in Germany on Frequencies, Determinants and Patients' Involvement. *BMC Palliative Care* 16/1 (2017), o. S.

4 Demut statt Kontrollwahn?¹⁸

Freiverantwortliche Todeswünsche und ihre Umsetzung sind menschheitsgeschichtlich eine Ausnahmeerscheinung. Wenn Menschen durch Hungersnöte, Krankheiten, Unfälle oder Krieg mitten aus dem Leben gerissen werden, kämen sie und alle Nahe- wie Außenstehenden gar nicht auf die Idee, einen solchen Tod willkommen zu heißen oder kontrollieren zu wollen. Das durch Hungersnöte, Krankheiten, Unfälle oder Krieg deutlich zu früh eintretende Ende des Lebens war sehr lange Zeit die Regel und ist es noch heute in vielen Teilen der Welt. Hierfür hat sich der intuitiv einleuchtende Begriff *vorzeitiger Tod* (*premature death*) eingebürgert; und international wird in der Verhinderung solcher vorzeitiger Tode, soweit sie krankheitsbedingt sind, ausdrücklich eines der Kernziele der Medizin gesehen.¹⁹ Vor diesem Hintergrund mag der Wunsch nach einem künstlichen, kontrollierten Tod befremdlich und anmaßend erscheinen.

Doch nun muss man wohl endlich auch einen Blick darauf werfen, inwiefern sich heutige Sterbeumstände von früheren unterscheiden können. In unseren Zeiten sind es vor allem vier Konstellationen, in die wir moderne Menschen viel häufiger geraten als unsere Vorfahren und in denen manche von uns, alles in allem betrachtend, irgendwann freiverantwortlich ihren Tod herbeiwünschen – und dies zunehmend auch antizipieren. Alle vier Konstellationen gehören zu den Schattenseiten (u.a.) der modernen High-Tech-Medizin mit ihren ansonsten enormen Segenspotentialen.

Die *erste* Konstellation besteht in anhaltendem Siechtum oder dauerhaften körperlichen Einschränkungen, wie sie etwa nach Unfällen, nach schweren Schlaganfällen oder bei unheilbaren degenerativen Erkrankungen eintreten können, die unsere Urgroßeltern oft erst gar nicht überlebt hätten. Hier sind es heutzutage, nach allen verfügbaren empirischen Befunden, nicht etwa Schmerzen, sondern das

¹⁸ Die Formulierungen des nachfolgenden Abschnitts sind teilweise deckungsgleich mit denen eines Beitrags zu einem Ausstellungs-Begleitband des Landschaftsverbands Westfalen-Lippe (LWL), der unter dem Titel *Abschied nehmen – Sterben, Tod und Trauer* erscheinen soll.

¹⁹ Vgl. Hastings Center (1996): *The Goals of Medicine. Setting New Priorities. The Hastings Center Report* (26:6): S.1-27.

subjektive Empfinden von Autonomie-, Partizipations- und Würdeverlusten, die manchen (aber beileibe nicht allen) Betroffenen trotz bester medizinischer Betreuung das Leben nicht mehr lebenswert erscheinen lassen können.

Die *zweite* Konstellation besteht in sogenannten terminalen Krankheiten, die in Tagen, Wochen oder Monaten zum Tode führen und jeweils gegenwärtig oder absehbar keine subjektiv erträgliche Lebensqualität mehr ermöglichen. Für die Häufigkeit solcher Situationen sind die partiell lebensverlängernden Möglichkeiten der modernen Medizin ebenso mitursächlich wie die heutzutage hohe Sicherheit im Stellen statistischer Unheilbarkeits-Prognosen. Wo unsere Urgroßeltern noch auf medizinische Wunder hoffen konnten, werden wir mit datengestützter Aufklärung durch Ärzte oder durch das Internet eines anderen belehrt.

Die *dritte* Konstellation besteht in der erfolgten Diagnose einer Demenz, deren weiterem Fortschreiten in schwere Stadien manche Menschen durch das Beenden ihres Lebens zuvorkommen möchten. Zur steigenden Häufigkeit dieser Motivation tragen das zunehmende Auftreten und das immer erfahrungsgesättigtere Wissen um die Details dieser Erkrankung bei, die sich ja zumeist altersabhängig einstellt und insofern eine Folge hoher Lebenserwartung ist.

Die *vierte* Konstellation schließlich besteht in fragiler Hochaltrigkeit, die für die Betroffenen aus verschiedenen Gründen zum entscheidenden Problem werden kann: Weil schon das gegenwärtige und erst recht das künftige Leben zur überwiegenden ständigen Anstrengung wird; weil die Liebsten und Freunde gestorben oder schwerstkrank sind; weil die einsetzenden Funktionsverluste des Gedächtnisses, der Konzentrations-, Seh- oder Gehfähigkeiten die Eigenständigkeit im Alltagsleben subjektiv allzu stark beschränken.

So sehr nun diese Hintergründe subjektiv für einen Sterbewunsch ausschlaggebend werden können, stellt doch keiner von ihnen eine *objektive* Rechtfertigung hierfür dar. Vielmehr bestehen hier offenkundig auch vollkommen andere Einstellungen: Wer meint oder hofft, die Umstände des menschlichen Lebens und Sterbens seien, mehr oder weniger, von einem allmächtigen Gott oder einer weisen Natur eingerichtet,

mag sich mit einer gewissen Demut in sein Schicksal ergeben. Andere verdrängen allzu detaillierte Vorausgedanken über ihr Lebensende und überlassen anstehende Behandlungsentscheidungen ihren Angehörigen. In diesen Fragen gibt es im persönlichen Ergebnis kein objektives Richtig oder Falsch (wohl aber unplausible Argumente und ethisch problematische Verbote). Das ist der Kern eines liberalen Gesellschaftsverständnisses, wie es sich für das Sterben in der *konsentierten* Medizinethik allerdings erst langsam durchsetzt.

Im Übrigen finden sich die besagten vier Konstellationen zwar unter modernen Umständen sehr viel häufiger realisiert als früher – aber in der Sache sind sie alle Manifestationen eines allzu *morsch* gewordenen Lebens-*Hauses*. Und dieses dürfe man, das befanden schon die Stoiker mit eben diesem Bild, am Ende auch verlassen, bevor es einbricht.²⁰

5 Suizidhilfe-Ausblicke

Wie häufig freiverantwortliche Selbsttötungs-Wünsche am Lebensende in der Wirklichkeit tatsächlich gebildet, geäußert und umgesetzt werden, hängt natürlich auch davon ab, ob dabei auf Verständnis und Unterstützung gerechnet werden kann – und somit davon, was rechtlich gilt, gesellschaftlich gebilligt und von Ärzten akzeptiert wird. Und umgekehrt. Aus dieser wechselseitigen Bedingtheit werden in der Debatte gegenläufige normative Konsequenzen gezogen: Die einen warnen an dieser Stelle vor Nachmacher-Effekten und Suizid-Normalisierung – mit der meist unausgesprochenen Unterstellung, dadurch werde der Authentizität solcher Entscheidungen Abbruch getan. Die anderen argumentieren mit einer durch ein restriktives Klima bedingten hohen Dunkelziffer freiverantwortlicher, aber erfolgloser Suizidwünsche, die zu einer massiven Unterschätzung des Problems führe. Fakt ist, dass die Gesamtzahl aller registrierten Suizide in Deutschland für 2020 bei gut 9.000 lag (knapp 1% aller Todesfälle),²¹ von denen nach Expertenmeinung generell mindestens 90% als nicht-freiverantwortlich einzuschätzen sind. Also

²⁰ Vgl. Brandt H (2010): Am Ende des Lebens. Alter, Tod und Suizid in der Antike. Beck Verlag: Kap.3.

²¹ Vgl.: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/suizide.html> (Zugriff Juli 2022).

jährlich 1.000 Fälle zumindest potenziell legitimierter Suizidassistenten? Für die suizidhilfe-permissive Schweiz hingegen wurde für 2018 (neuere Daten liegen noch nicht vor) eine 1,5%ige Todesrate durch allein vollzogenen Suizid angegeben *plus* – getrennt erfasst – 1,8% aller Todesfälle durch assistierten Suizid (übrigens eine anteilmäßige Verdreifachung innerhalb von 8 Jahren).²² Umgerechnet auf deutsche Einwohner- und Sterbezahlen wären das etwa 15.000 jährliche Fälle von assistierter Selbsttötung. Ist dies ein Hinweis auf den Missbrauch eines Notausgangs in der Schweiz? Oder ist es umgekehrt ein Indiz für das Fehlen eines dringend benötigten Notausgangs in Deutschland? Meine Antwort: Es wird an den Randbedingungen der Freiverantwortlichkeit hängen. Sich dafür gesellschaftlich ins Zeug zu legen, ist eine lohnende Aufgabe für uns alle.

Das Fazit all dieser mäandernden Überlegungen läuft auf zwei Thesen hinaus, nämlich dass (i) Natürlichkeits-Argumente in der Sterbehilfe-Debatte keine plausible ethische Orientierung liefern. Und dass (ii) Fragen der Kontrolle oder ‚Demut‘ beim eigenen Sterben außerordentlich wichtige Aspekte privater Lebensführung sind oder zumindest sein können.

6 Ist (Medizin-)Ethik überhaupt eine Wissenschaft?

Eine kurze Abschlussüberlegung, das habe ich anfangs in Aussicht gestellt, soll sich auf den Wissenschaftlichkeits-Status von Ethik und also auch von Medizinethik richten. Hier kommt sie: Teile dessen, was Ethiker betreiben, hat fraglos den Charakter von Forschung, die möglichst *systematische* Wissensbestände generieren soll (Reverenz vor dem anwesenden Kollegenfreund Paul Hoyningen-Huene). Das gilt fraglos für die Erarbeitung ethischer Positionen-und Argumenten-Historiographie, für die Erhebung moralischer Präferenzen in bestimmten Kontexten oder für realistische Folgekalküle. Etwas anders steht es allerdings um das normative Argumentieren und Begründen *selbst*. Auch hier gibt es deutliche Aspekte von Wissenschaftlichkeit – dort nämlich, wo es um die Präzisierung ethischer Argumente

²² Vgl.: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/dienstleistungen/fuer-medienschaffende.assetdetail.15084042.html> (Zugriff Juli 2022).

und das Ausleuchten ihrer Kohärenz geht – also um Überlegungen zu ihren Implikationen sowie zu ihrer Tragweite, ihrer Erklärungstiefe und ihrer Vernetzung mit anderen Überzeugungen. Und doch ist, wie ich meine, die reale Handlungsorientierung an moralischen Werten – am Befördern insbesondere von Wohlergehen, Freiheit und Gerechtigkeit – als solche nicht wissenschaftlich zu begründen, sondern bedarf der Prämissen eines moralischen Standpunkts: der Bereitschaft zur Uneigennützigkeit, der Verantwortungsübernahme für andere. In *dieser* Hinsicht ist Ethik, da stimme ich vielen anderen Kollegen und hier der Formulierung Philip Kitchers zu, eine „soziale Erfindung, die eine Reaktion auf die Schwierigkeiten menschlichen Zusammenlebens darstellt“²³, ohne dass dabei moralische Fakten oder Wahrheit im herkömmlichen Sinne im Spiel wären. Gleichwohl, auch hierin stimme ich etwa dem Vorgenannten ausdrücklich zu, lässt sich – Prämissen-relativ und gemäß dem Ziel der Problemlösung – sinnvoll von moralischem Fortschritt sprechen. Auch die genauere Bestimmung des Fortschrittbegriffs ist dabei durchaus der Wissenschaft zuzurechnen.²⁴ Ich würde also an dieser Stelle das Mini-Fazit ziehen, dass Ethik in Teilen „Konfliktwissenschaft“²⁵ ist, um einen Begriff von Wilhelm Vossenkuhl zu borgen,²⁵ in Teilen aber auch „Werbung“ im Dienst einer (vermeintlich) besseren Welt. In erstgenannter Hinsicht fungiert sie besonders dann, wenn es um Ideengeschichte und um Begriffs-, Argument-, Folgen- und Kohärenz-Analysen geht. In letztgenannter Hinsicht soll Ethik anstecken und zum visionären Nachdenken und Handeln motivieren. Ohne diese Seite würden wir, nicht nur in der Biomedizin, ethische Fortschritte drangeben, die wir doch so dringend benötigen.

²³ Kitcher P (2016): Über den Fortschritt. Deutsche Zeitsch. Phil. (64:2): S165-192: S. 178.

²⁴ Vgl. Kitcher P aaO und Ders. (2011): The Ethical Project. Cambridge University Press: Kap. 5-8.

²⁵ Vossenkuhl W (2021): Ethik und ihre Grenzen. Felix Meiner Verlag: S. 97ff.

Bielefelder Wissenschaftspreis 2020

Claudia Wiesemann, Laudatio auf Bettina Schöne-Seifert

Anfang der 90er Jahre des letzten Jahrhunderts – ich war soeben zur wissenschaftlichen Assistentin an der Universität Erlangen-Nürnberg ernannt worden – fuhr ich Walther Zimmerli in meinem uralten Golf von Erlangen nach Bamberg. Zimmerli, Wissenschaftsphilosoph und Hochschulreformer, hatte damals eine Professur für Philosophie in beiden fränkischen Universitätsstädten. Wir Erlanger Mediziner hatten ihn eingeladen, weil er unserer noch ganz jungen Initiative, das Fach der Medizinethik in Erlangen aufzubauen, Schwung verleihen sollte. Denn als origineller Technikphilosoph hatte sich Zimmerli bundesweit einen Namen gemacht. Nun muss man wissen, dass damals von einem Fach namens Medizinethik nur wenige gehört hatten. Es gab keine Lehrstühle, keine Lehrbücher, keine Studiengänge. Schon das Wort ‚Medizinethik‘ musste ich oft auf ungläubiges Nachfragen hin buchstabieren. (Heute hingegen fragen mich sogar die Taxifahrer: Womit beschäftigen sie sich denn aktuell: Impfpflicht oder Sterbehilfe?) Zimmerli allerdings war natürlich im Bilde, war auch schon vor nun mehr als 30 Jahren mit den Aufgaben solcher Brückenfächer zwischen Naturwissenschaft und Geisteswissenschaft vertraut und skizzierte mir Anfängerin, während ich auf dem Frankenschnellweg dahinbrauste, rasch eben einmal die Zukunft eines solchen Faches: Es brauche, so Zimmerli, Menschen, die mit beiden Denkrichtungen, mit Medizin und Ethik vertraut seien. Praktische Philosophie setze eben gute Kenntnisse des Praktischen voraus. Er habe gerade eine Person kennengelernt, die zeige, wie das gehe: Ausgebildete Ärztin, studierte Philosophin, befähigt, beide Disziplinen kritisch zusammenzudenken, sensibel für die ethischen Fragen ärztlichen Handelns, klug im Hinterfragen des Selbstverständlichen. Solche Menschen würden die Zukunft des Faches prägen. Seine Begeisterung brachte meinen alten Golf zum Leuchten. Er sprach von Bettina Schöne-Seifert.

Und er sollte Recht behalten. Niemand in Deutschland hat das Fach intellektuell so geprägt wie sie. Wer Bettina Schöne-Seifert kennt, weiß, dass Zimmerli keine

prophetische Gabe benötigte: Bettina zieht jeden Menschen, der sie trifft, sofort in Bann. Überwältigende Herzlichkeit, gepaart mit einem brillanten Intellekt – das ist gleich der erste (und bleibende) Eindruck, den man in der Begegnung mit ihr gewinnt. Davon konnte ich mir bald selbst ein Bild machen. Zimmerlis hellsichtige Prognose beherzigend, lud ich Bettina als Referentin zu einem Medizinethik-Seminar auf die Vogelsburg bei Würzburg ein. Bei schönstem Sonnenschein, klirrender Kälte und einem traumhaften Blick auf die Mainschleife versuchte sie, uns die Grundlagen analytischen Denkens und einer liberalen Ethik zu vermitteln. Liebe Bettina, Du hattest schon Studienaufenthalte am berühmten Kennedy Institute of Ethics der Georgetown University in Washington D.C. hinter Dir. Fragen der Selbstbestimmung von Patienten in komplexen medizinischen Entscheidungssituationen hatten es Dir angetan. Abends besuchte ich Dich auf Deinem Zimmer – erschöpft von so vielen für mich neuen Ideen. Doch Du warst sichtlich immer noch energiegeladener, arbeitetest an einem Manuskript, dabei in guter Philosophenmanier in der kleinen Kammer hin und her ambulierend und – ein Pfeifchen rauchend. Ich war begeistert! So wollte ich auch werden.

Bettina Schöne-Seifert stammt aus Göttingen. Wenn sich eine junge Frau in Göttingen anschickt, eine akademische Karriere einzuschlagen, dann bleibt, noch dazu, wenn man wie Bettina Tochter eines höchst angesehenen Göttinger Germanistik-Professors ist, *ein* Vergleich nicht aus: mit Dorothea Schlözer, berühmtester Göttinger Promovendin, der überhaupt erst zweiten Frau in Deutschland, die einen Dokortitel erwerben durfte. Das war 1787, anlässlich des 50. Jubiläums der Universitätsgründung. Als Frau war es Dorothea Schlözer allerdings nicht einmal erlaubt, an ihrer eigenen Ernennungsfeier teilzunehmen. So sehr jungen Studentinnen heutzutage diese Pionierin als Lichtgestalt vor Augen geführt wird, so sehr erweist sie sich bei näherem Betrachten auch als *Nightmare on Wilhelmsplatz*. Denn wenngleich die Leistung dieser jungen Frau bewundernswert ist, so ist ihre Bildungsgeschichte doch das Produkt eines männlichen Plans, ihres Vaters August Ludwig Schlözer, eines Historikers und Bildungstheoretikers. Und schlimmer noch: Handelte es sich doch um eine Wette von Schlözer mit seinem Konkurrenten und

intellektuellen Gegenspieler, dem Pädagogen Johann Bernhard Basedow. Mit der Erziehung ihrer jeweiligen Erstgeborenen – Töchter hin oder her – wollten sie die Überlegenheit ihrer jeweiligen Bildungstheorie beweisen. Und so wird diese Geschichte auch heute noch erzählt: Als Fußnote des Jahrhunderts der Aufklärung, als Projekt zweier ehrgeiziger Männer, ja letztlich als Bildungs-Farce, in der die gebildete Frau Trophäe ist.

Wenn aber Bildung tatsächlich die Chance zum Ausgang aus selbstverschuldeter Unmündigkeit bieten soll, dann nur als selbstbestimmtes Projekt. Nicht als Gelehrsamkeits-Übung noch so wohlmeinender Dritter, sondern als eigener, selbstbestimmter Aufbruch ins Ungewisse. Das, liebe Bettina, ist Deine Bildungsgeschichte. Nach Deinem Studium der Medizin in Freiburg, Wien und Göttingen und ersten Schritten als Ärztin in der Göttinger Universitäts-Pädiatrie ignorierst Du die schöne Aussicht auf ein behäbiges Berufsleben und ein ökonomisch abgesichertes Dasein und wendest Dich der Philosophie zu, in der festen Überzeugung, die Medizin könne von der Philosophie noch Wesentliches lernen. Es ist ein Sprung ins kalte Wasser – aus der Überzeugung, dass da noch etwas Wichtiges fehlt.

Die Medizin dieser Zeit – wir sind in den 80er Jahren des letzten Jahrhunderts – ist in einem dramatischen Umbruch. Ihre Autorität in allen Lebensfragen wird nicht mehr selbstverständlich hingenommen. Denn die technischen Errungenschaften, vor allem in der Intensiv- und Notfallmedizin, scheinen ein gefährliches Eigenleben entwickelt zu haben. Die Maschinen zur Lebenserhaltung haben keinen Algorithmus, der ihnen sagt, wann es genug ist, wann ein Abschalten besser wäre. Die behandelnden Ärzte sehen sich – wohl zu ihrer eigenen Überraschung – zu Erfüllungsgehilfen eines in die Technik eingeschriebenen Imperativs degradiert. Eine solche Haltung kann man auch den Patienten nicht mehr als ärztliche Autorität plausibel machen.

Es wundert nicht, dass Bettina Schöne-Seiferts erstes großes Thema das Selbstbestimmungsrecht von Patienten ist und dessen beunruhigender Gegenspieler, der ärztliche Paternalismus, vor allen Dingen bei Entscheidungen am Lebensende.

Die Probleme brennen auf den Nägeln und sind nicht mehr zu ignorieren. Es wird eines ihrer Lebensthemen werden und auch das erste Feld, in dem sie mit dogmatisch-konservativen Positionen konfrontiert wird, die ihren Intellekt herausfordern. Noch leisten ihr wenige dabei Schützenhilfe. Ein paar Kreise bilden sich, die diese fundamentalen Fragen guten Lebens nicht mehr dem Zufall bei der technologischen Entwicklung, den Theologen oder den kontingenten Entscheidungen überforderter Praktiker überlassen wollen. Einer dieser Kreise bildet sich in Göttingen. Es ist eine Gruppe von Medizinern, Medizinhistorikern, Medizinrechtlern und Psychiatern, die solchen Fragen eigenen wissenschaftlichen Rang verleihen wollen. Sie gründen 1986 in Göttingen die Akademie für Ethik in der Medizin als Gesellschaft zur Förderung des wissenschaftlichen Austauschs und der interdisziplinären Kommunikation. Es ist einer der zentralen historischen Momente, die der Medizinethik dazu verhelfen werden, sich zu einer eigenen wissenschaftlichen Disziplin zu entwickeln. Unter den 17 namhaften Gründungsmitgliedern finden sich überhaupt nur zwei Frauen, eine ist die damals 30-jährige Kinderärztin und noch nebenberufliche Philosophin Bettina Schöne-Seifert.

Zu dieser Zeit studiert sie in Göttingen Philosophie, wird später wissenschaftliche Assistentin am Philosophischen Seminar sein und sich dort für Philosophie habilitieren. Wenn man also über Bettina Schöne-Seiferts Pionierrolle bei der Etablierung der Medizinethik in Deutschland spricht, dann darf man ihren wohl wichtigsten akademischen Mentor nicht vergessen: den Göttinger Philosophen und Ethiker Günther Patzig. Patzig hatte sich einer rationalen „Ethik ohne Metaphysik“ verschrieben und der analytischen Methode in der Philosophie in Deutschland Respekt verschafft. Auch er erkennt die Bedeutung medizinethischer Fragestellungen, publiziert selbst wissenschaftliche Erörterungen zur Ethik des Menschenversuchs, der Genomanalyse und der künstlichen Befruchtung und fördert die Auseinandersetzung mit diesen Themen. Bettina Schöne-Seifert entwickelt die analytische Methode in der Medizinethik zur Perfektion. Ihr Anliegen ist es, zu einer humanen und philosophisch selbstaufgeklärten Medizin beizutragen. Ihren Vorträgen zuzuhören ist eine Lehrstunde in komplexem, aber klarem, präzise und

verständlichem Denken. Es ist nicht nur diese großartige Fähigkeit zur rationalen Analyse von Problemen, die mitreißt, sondern auch die kommunikative Ernsthaftigkeit, mit der sie sich der Auseinandersetzung stellt, die sie von Anfang an als ideales Mitglied jener Gremien auszeichnet, die im Laufe der neunziger des letzten und nuller Jahre des neuen Jahrtausends gegründet werden – zur Lösung so unterschiedlicher praktischer Probleme wie die der Gentechnologie, Fortpflanzungsmedizin, Organtransplantation oder Sterbehilfe. 1995 schon wird sie Mitglied des Ethikbeirats beim Bundesgesundheitsministerium, 2001 in den von Bundeskanzler Schröder weitsichtig gegründeten Nationalen Ethikrat, 2008 in den von Parlament und Regierung eingesetzten Deutschen Ethikrat berufen. Sie ist nun auch Mitglied der Kommissionen Wissenschaftsethik und Wissenschaft im Gesundheitssystem der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina. (Glauben Sie nicht, dass ich damit schon alle Gremien genannt habe – ich darf nur nicht länger als 20 Minuten reden.)

Man mag vielleicht lächeln über die Vielzahl der Ethikkommissionen, die an allen Ecken und Enden der Republik eingerichtet werden und nur dem Zweck zu dienen scheinen, ein brisantes Thema durch Zerreden zu erledigen, nach dem Motto: Es ist schon alles gesagt, aber noch nicht von jedem. Meine sehr verehrten Damen und Herren: Das täuscht! Denn tatsächlich kann das richtige ethische Handeln nicht aus dem Ideenhimmel auf uns herabregnen. In der offenen Gesellschaft können wir uns nicht mehr auf unverbrüchliche historische Wahrheiten oder überzeitliche philosophische Erkenntnisse berufen. Wir müssen uns vielmehr über unsere Vorstellungen des Guten verständigen und wie wir unsere so unterschiedlichen Überzeugungen miteinander in Einklang bringen können. In der angewandten Ethik braucht es Verständigung auch über die so wichtigen praktischen Bedingungen des Handelns und ihre normativen Voraussetzungen, Auseinandersetzungen darüber, was unsere normativen Begründungen konsistent und kohärent werden lässt. Fragen, die man in einer pluralen demokratischen Gesellschaft nur diskursiv und interdisziplinär erhellen kann.

Als Episode der Fernsehgeschichte vielleicht vergessen, aber legendär unter Medizinethikerinnen und Medizinethikern ist die 2002 zur besten Sendezeit übertragene Diskussion von Bettina Schöne-Seifert mit dem ehemaligen SPD-Parteivorsitzenden und engagierten Katholiken Hans-Jochen Vogel, beide damals Mitglied des Nationalen Ethikrats. Thema ist der angemessene Schutz menschlicher Embryonen, Anlass die im Ethikrat kritisch diskutierte Präimplantationsdiagnostik. Da streiten also zwei mit Überzeugung, Verve und Eleganz über das richtige Verständnis vom Menschen, über liberale Ethik und die Rolle des Staates, und das mündet – nicht überraschend bei einem Politiker vom Format eines Hans-Jochen Vogel – in eine Auseinandersetzung über die Möglichkeiten der offenen Gesellschaft, solche fundamentalen Konflikte zu lösen.

Die Medizinethik als ernsthafte Gesprächspartnerin auf höchstem politischem Parkett so aufgewertet und in Gestalt von Bettina so brillant vertreten zu sehen, beflügelte uns damals ungemein. Bettinas leidenschaftliches Plädoyer ist mir noch im Ohr: anzuerkennen, dass Andersdenkende ebenfalls gute moralische Argumente für ihre Haltung vorbringen können und die demokratische Gesellschaft angesichts dieser Pluralität der Überzeugungen einen Spielraum für individuelles Handeln, für private Entscheidungen lassen müsse – und dies auch bei so grundsätzlichen Fragen wie dem Umgang mit dem menschlichen Embryo. Ich habe sie für diese sie so kennzeichnende Grundüberzeugung oft werben hören und bin froh über diese Stimme, die ein Grundanliegen demokratischer Gesellschaften verteidigt. „Bioethischer Konsens trotz inkompatibler ethischer Grundpositionen?“ – dieser sprechende Titel einer ihrer Publikationen benennt ein Lebensthema von Bettina Schöne-Seifert. In Münster, wo sie seit 2004 den Lehrstuhl für Medizinethik innehat, wirbt sie deshalb zusammen mit Kollegen aus Philosophie, Recht und Politikwissenschaften 2010 die DFG-Kollegforschergruppe „Normenbegründung in Medizinethik und Biopolitik“ ein.

Meine Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen, liebe Bettina-Verehrer: Man hat mir diese Rolle einer Laudatorin zugedacht, weil ich das Glück hatte, den größeren Teil der wissenschaftlichen Karriere von Bettina Schöne-Seifert als

Augenzeugin zu erleben. Ich bin allerdings von Haus aus nicht nur Medizinethikerin, sondern auch Medizinhistorikerin, und als solche muss ich hier festhalten: Man hat nur selten die Chance, in so kurzer Zeit ein ganz neues Fach in der Medizin entstehen, sich behaupten und sogar öffentliche Diskursmacht erringen zu sehen. Du, liebe Bettina, warst eine der wichtigsten Protagonistinnen dieser Geschichte. Du hast mit Deiner philosophischen Kompetenz, Deinen liberalen Überzeugungen und Deiner argumentativen Eleganz das Niveau der Debatte bestimmt und Maßstäbe gesetzt.

Vielleicht begreift man heute, mit dem Übel der Pandemie vor Augen, die globale Bedeutung, ja Unentbehrlichkeit einer normativen Reflexion in Gesundheitsfragen. Dank Dir sind wir dafür gut gerüstet. Und es ist sicher kein Zufall, dass die Vorsitzende des Ethikrats Alena Buyx, die uns zu den Hauptnachrichten die Grundlagen von Selbstbestimmung und Solidarität in Pandemie-Zeiten erklärt, Deine Schülerin ist, liebe Bettina. Deine Anliegen sind es, zu einer humanen und philosophisch selbstaufgeklärten Medizin beizutragen, dogmatische Positionen zu kritisieren, aber wissenschaftsskeptischen Positionen im Gesundheitswesen ebenso energisch entgegenzutreten. Wir haben Dir so vieles zu verdanken! Liebe Bettina, nimm diesen Preis – aber hör‘ nicht damit auf!