

**Aus dem Universitätsklinikum Münster  
Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin  
Direktorin: Univ.-Prof. Dr. Bettina Schöne-Seifert**

**Ärztliche Gewissensvorbehalte gegen die  
Therapiebegrenzung am Lebensende**

**INAUGURAL - DISSERTATION**

**zur**

**Erlangung des doctor medicinae**

**der medizinischen Fakultät**

**der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster**

**vorgelegt von Pulte, Nicola Maria**

**aus Bochum**

**2019**

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-  
Universität Münster

Dekan: Univ.-Prof. Dr. med. Mathias Herrmann

1. Berichterstatter: Univ.-Prof. Dr. Bettina Schöne-Seifert

2. Berichterstatter: Prof. Dr. Alfred Simon

Tag der mündlichen Prüfung: 9. Dezember 2019

## ZUSAMMENFASSUNG

Ärztliche Gewissensvorbehalte gegen die Therapiebegrenzung am Lebensende

Pulte, Nicola Maria

Im Zentrum dieser Arbeit steht der Umgang mit ärztlichen Gewissensvorbehalten (engl. *Conscientious Objections*, COs) im Kontext von Therapielimitierungen am Lebensende. Präziser formuliert, geht es um Ärzte, die sich auf der Grundlage von moralischen Beweggründen weigern, lebenserhaltende Therapien zu reduzieren, abzubrechen oder gar nicht erst zu beginnen, obwohl dies dem aktuellen, vorausverfügten oder mutmaßlichen Patientenwillen entspricht. Einerseits wäre eine solche ‚passive‘ Sterbehilfe strafrechtlich sowie berufsethisch eindeutig zulässig; ihre Verweigerung verstieße gegen ein anerkanntes Abwehrrecht des Patienten. Andererseits berufen sich betroffene Ärzte auf individuelle Gewissensgründe und ihre subjektive Normativität, die nicht zu befolgen einer Verletzung ihrer moralischen Integrität gleichkäme. Eine differenzierte und trennscharfe Untersuchung ‚echter‘ Gewissensvorbehalte gegenüber ‚COs im Irrtum‘ aufgrund juristischer Missverständnisse und terminologischer Unsicherheiten sowie emotionaler, psychologisch erklärbarer Bedenken ist diesbezüglich notwendig und zielführend.

Offensichtlich fehlen bislang groß angelegte Studien, die empirische Evidenzen zur Thematik liefern könnten. Fokussiert man auf die wenigen konkreten Studienergebnisse, ergibt sich zumindest Folgendes: Es besteht eine große Zustimmung zu einer Kompromisslösung im Falle von COs. Zwar äußern befragte Ärzte deutlich den Anspruch, eigene ethische Überzeugungen gegenüber professionellen Pflichten in ihrer Tätigkeit geltend machen zu dürfen, doch sehen sie sich andererseits dazu verpflichtet, Patienten an andere Kollegen zu überweisen und die wunschgemäße Behandlung so zu ermöglichen.

Für den normativen Diskurs über einen angemessenen Umgang mit den Gewissensvorbehalten in der klinischen Praxis ist zunächst die gängige Differenzierung zwischen einem starken negativen Abwehr- und einem schwächeren positiven Anspruchsrecht des Patienten erforderlich. Der hohe normative Status des im Selbstbestimmungsrecht begründeten Abwehrrechts impliziert nämlich die Pflicht des Arztes, keine Behandlung gegen den Patientenwillen vorzunehmen. Die normative Asymmetrie der Patientenrechte bedeutet, dass der Arzt den Wunsch des Patienten nach ‚passiver‘ Sterbehilfe erfüllen *muss* und dass COs in diesem Rahmen *keine* uneingeschränkte Praxisrelevanz haben dürfen. So stellt sich die entscheidende Frage, wie sich ein Arzt in der Praxis verhalten soll, der moralische Bedenken gegen eine Behandlungslimitierung am Lebensende hat, wenn es zugleich verboten ist, diesen Patientenwunsch zu missachten. Diesbezüglich gibt es drei grundsätzliche Positionen: Die ‚Inkompatibilitätsthese‘, die COs vor dem Hintergrund unbedingter professioneller Pflichten des Arztes und mit dem Ziel einer gerechten sowie qualitativ guten Patientenversorgung verbietet, den ‚Gewissensabsolutismus‘, der dem Handeln des Arztes gemäß seinem Gewissen keine Grenzen setzt und handlungsleitende sowie praxisentscheidende COs uneingeschränkt zulässt, und zuletzt den ‚konventionellen Kompromissvorschlag‘, dem der ‚Spagat‘ zwischen den widerstreitenden Interessen von Arzt und Patient näherungsweise gelingt und der u.a. mit der Transferpflicht von Patienten und prospektiven Regelungen der COs einen praktikablen Lösungsansatz liefern könnte.

Tag der mündlichen Prüfung: 09.12.2019

## Erklärung

Ich gebe hiermit die Erklärung ab, dass ich die Dissertation mit dem Titel:

„Ärztliche Gewissensvorbehalte gegen die Therapiebegrenzung am Lebensende“

im Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin

unter der Anleitung von Univ.-Prof. Dr. Bettina Schöne-Seifert

1. selbstständig angefertigt,
2. nur unter Benutzung der im Literaturverzeichnis angegebenen Arbeiten angefertigt und sonst kein anderes gedrucktes oder ungedrucktes Material verwendet,
3. keine unerlaubte fremde Hilfe in Anspruch genommen,
4. sie weder in der gegenwärtigen noch in einer anderen Fassung einer in- oder ausländischen Fakultät als Dissertation, Semesterarbeit, Prüfungsarbeit, oder zur Erlangung eines akademischen Grades, vorgelegt habe.

Münster, den 12. September 2018



Nicola Maria Pulte

<b>1. Einleitung</b>	<b>7</b>
<b>2. Konzeptionelle Vorüberlegungen: Begriffsklärungen und Problemexposition der <i>Conscientious Objections</i></b>	<b>15</b>
2.1 Zur Definition von Gewissensvorbehalten in der Medizinethik	16
2.1.1 Zum Begriff der <i>Conscientious Objections</i>	16
2.1.2 Gewissen und moralische Integrität	21
2.1.3 Der Interessenkonflikt: <i>Conscientious Objections</i> im Widerstreit zwischen Patientenautonomie und moralischer Integrität des Arztes	35
2.2 Über die Notwendigkeit und den Versuch der Abgrenzung von <i>Conscientious Objections</i> gegenüber Vorbehalten anderer Art	40
2.2.1 ‚ <i>Conscientious Objections</i> im Irrtum‘	42
2.2.2 Psychologisch zu begründende Vorbehalte	46
2.2.3 ‚Echte‘ Gewissensvorbehalte	52
<b>3. Terminologischer und rechtlicher Rahmen der Sterbehilfe</b>	<b>61</b>
3.1 Zur Terminologie der Sterbehilfe	63
3.2 Juristischer Hintergrund der Behandlungsbegrenzung am Lebensende	67
3.2.1 Über strafrechtliche Regelungen zur Sterbehilfe	67
3.2.2 Berufsethischer und -rechtlicher Rahmen der Sterbehilfe	70
3.3 BGH-Entscheidungen zur Sterbehilfe	75
3.3.1 BGH-Entscheidung von 2010	75
3.3.2 BGH-Entscheidung von 2014	80
3.4 Zusammenfassung der juristischen Bewertung verschiedener Formen von Sterbehilfe	84
<b>4. Empirische Evidenzen für Art und Ausmaß ärztlicher Bedenken gegen die Therapiebegrenzung am Lebensende</b>	<b>87</b>
4.1 Methodische Vorgehensweise bei der Literaturrecherche	87
4.2 Inhalte und Ergebnisse der empirischen Untersuchungen zu ärztlichen Bedenken gegen die Therapiebegrenzung am Lebensende von Patienten	91
4.2.1 Studien zur Rolle des ärztlichen Gewissens und zu <i>Conscientious Objections</i> in der Medizin	91
4.2.2 Überblick über Studienergebnisse zu ärztlichen Bedenken verschiedener Natur gegen die ‚passive‘ Sterbehilfe	100
4.3 Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse im Hinblick auf die ärztlichen <i>Conscientious Objections</i>	106
4.4 Schwierigkeiten bei der Literaturrecherche und Limitationen der Arbeit	109
<b>5. Ethischer Diskurs über den Umgang mit ärztlichen <i>Conscientious Objections</i></b>	<b>113</b>
5.1 Über die Pflichten und Rechte von Patient und Arzt im Zusammenhang mit der ‚passiven‘ Sterbehilfe	114
5.2 Normativer Diskurs über den Umgang mit ärztlichen <i>Conscientious Objections</i>	118

5.2.1 Die Inkompatibilitäts-Position	120
5.2.2 Die Position des Gewissensabsolutismus	124
5.2.3 Die Kompromiss-Position	129
5.2.4 Beispielhafter Umgang mit ärztlichen <i>Conscientious Objections</i> : die ATS-Leitlinie	137
<b>6. Zusammenfassung und Ausblick</b>	<b>140</b>
<b>7. Literaturverzeichnis</b>	<b>147</b>
<b>8. Abkürzungsverzeichnis</b>	<b>156</b>
<b>9. Danksagung</b>	<b>157</b>
<b>10. Lebenslauf</b>	<b>158</b>
<b>11. Anhang</b>	<b>i</b>

## 1. Einleitung

Zahlreich sind die Aufsätze und Studien, die sich mit dem kontrovers und emotional diskutierten Thema des ärztlichen Behandlungsabbruchs am Lebensende eines Patienten auseinandersetzen. Das Thema dieser Arbeit soll einen kleinen, aber doch bedeutsamen Aspekt der vielen Fragestellungen und Probleme, die die nach früherer Terminologie ‚passive‘ Sterbehilfe<sup>1</sup> betreffen, näher beleuchten: Es geht um die von der Ärzteschaft empfundenen Bedenken moralischer Natur gegen die explizit legale Therapiebegrenzung am Lebensende eines Patienten in der klinischen Praxis, also um ethische Vorbehalte gegen den Verzicht auf oder den Abbruch von lebenserhaltenden Maßnahmen, und die damit verbundenen Gefahren der ärztlichen Behandlung gegen den autonomen Patientenwillen und der „futility“ bzw. des „over-treatment[s]“ ([1], S. 67) am Lebensende. Es sollen also die sogenannten *Conscientious Objections* (im Folgenden abgekürzt als COs) im Widerstreit zwischen der zur Frage stehenden ärztlichen Gewissensfreiheit einerseits und der Patientenautonomie andererseits unter medizinethischen Gesichtspunkten eingehend analysiert werden. Die Arbeit soll v.a. helfen, die Frage zu beantworten, wie mit solchen Gewissensvorbehalten des Arztes ethisch angemessen umgegangen werden kann. Hierbei muss auch die Perspektive der Patienten einbezogen und es muss untersucht werden, welche Rechte diese gegenüber dem Arzt geltend machen können, zu welcher medizinischen Vorgehensweise der Arzt im Umkehrschluss also, ggf. entgegen bestehenden COs, verpflichtet ist. Zusammengefasst, stehen „Entscheidungen an den Grenzen des Lebens“ ([87], S. 512) zwischen professionellen Pflichten und Gewissensfreiheit zur Debatte.

„Der Arzt fragt und die Gesellschaft schweigt, weil sie sich in vielerlei Hinsicht als unfähig erweist, den ethischen Dialog mit der Wissenschaft und Medizin zu führen.“ ([58], S. 62) Dieses Zitat des Philosophen Jürgen Mittelstraß bringt zweierlei zum Ausdruck: Zum einen ist die Haltung des den Sterbenden betreuenden Arztes häufig zu charakteri-

---

<sup>1</sup> Im Folgenden wird von ‚passiver‘ Sterbehilfe in einfachen Anführungszeichen gesprochen, im Bewusstsein darüber, aber ohne jedes Mal explizit anzumerken, dass es sich um einen eigentlich nicht mehr zeitgemäßen Begriff handelt. Die ‚passive‘ Sterbehilfe umfasst sowohl den Verzicht, als auch das Beenden lebenserhaltender Maßnahmen (s. Kapitel 3.1). Während sich in der juristischen Literatur in den letzten Jahren die Begriffe ‚Behandlungsabbruch‘ bzw. ‚Behandlungsbegrenzung‘ durchgesetzt haben, findet der Begriff der ‚passiven‘ Sterbehilfe in der ethischen Debatte immer noch Anwendung.

sieren als die eines Fragenden. Seine Situation ist oft geprägt von rechtlicher Unsicherheit und Fragen nach terminologischer Differenzierung in der klinischen Praxis. Es treten Probleme bei der Gewichtung von medizinischer Indikation sowie Selbstbestimmung des Patienten am Lebensende auf. Psychologisches oder emotionales Unvermögen bei der Sterbehilfe im konkreten Einzelfall spielen eine Rolle sowie letztlich auch ‚echte‘ Gewissensvorbehalte moralischer Natur. Letztere ‚Barrieren‘ sind es, die im Rahmen dieser Arbeit ausführlicher untersucht werden sollen, nicht aber ohne auch den Bezug und den Versuch der Abgrenzung zu den anderen erwähnten ‚Hindernissen‘ herzustellen. Zum anderen ‚schweigt‘ die Gesellschaft, nicht in dem Sinne, dass es keine von heterogenen Teilnehmern – politische Gremien, gesellschaftliche Organe, Kirchenvertreter, Ärzte, Juristen, Philosophen, Medizinethiker, Popularwissenschaftler eingeschlossen – geführte Diskussion in der Öffentlichkeit gäbe. Doch in der tatsächlichen Entscheidungssituation am Lebensende eines Patienten steht der Arzt häufig ohne konkrete Antworten da. Er muss bzw. darf, um es positiv zu formulieren, auf eigenes medizinisches Wissen und die eigene moralische Urteilskraft zurückgreifen.

Hier nun, in dieser offensichtlich durch Unsicherheiten zahlreicher Art geprägten Situation, ist der Raum sogenannter COs des Arztes gegeben. Diese werden verstanden als Ablehnung eines rechtlich legalen medizinischen Handelns aufgrund von eigenen moralischen Überzeugungen. In der praktischen Umsetzung können die COs zu einer persönlichen Verweigerung des Arztes und damit zu einer Zurückweisung der Anliegen des Patienten sowie möglicherweise sogar zu einer Verletzung seiner Rechte führen. So bringt das Zitat von Mittelstraß die Notwendigkeit eines klärenden Dialogs zum Ausdruck, in dem gleichsam die Medizin, die Wissenschaft und die Ethik, bestenfalls in einer gemeinsamen und transparenten Sprache, zu Worte kommen müssen. Dessen mögliche Inhalte sollen im Rahmen dieser Arbeit zumindest in Ansätzen und konzentriert auf die zentrale Frage nach einem ethisch angemessenen Umgang mit den ärztlichen Gewissensvorbehalten gegen die ‚passive‘ Sterbehilfe angesprochen werden.

Gewiss handelt es sich bei der Frage nach der medizinischen Hilfe *beim* und *zum* Sterben um eine emotionale Diskussion, berührt sie doch ganz existentielle Fragen am Lebensende, v.a. solche über die (Un-)Verfügbarkeit menschlichen Lebens und Sterbens sowie die Selbstbestimmung über den eigenen Tod. In Anbetracht der Tatsache, dass in

modernen Gesellschaften, u.a. dank neuer medizinisch-technischer Errungenschaften und intensivmedizinischer Möglichkeiten am Lebensende, Menschen ein höheres durchschnittliches Lebensalter erreichen können, nehmen Fragen nach einem würdevollen Sterben zu. Dass die Diskussion über die Sterbehilfe von hochaktueller Brisanz ist, zeigt ebenfalls die jüngste Debatte im Deutschen Bundestag über die Änderungen der Regelung zum assistierten Suizid (Winter 2015 / 2016). Die Kommunikation über den Tod und über den Umgang mit Sterbenden ist seitens der Ärzte wohl dennoch mit Berührungängsten verknüpft. So fundamental und existentiell die Problematik bezüglich eines angemessenen Umgangs mit der Sterbehilfe auch sein mag, so wenig offen, ehrlich und zielführend ist doch die konkrete Erörterung bestehender Schwierigkeiten und die Suche nach entsprechenden Lösungsansätzen in der Praxis. Dies hat auch zur Folge, dass die empirischen Evidenzen für das Vorhandensein von ärztlichen COs gegen die ‚passive‘ Sterbehilfe in der klinischen Praxis durchaus nicht einfach zugänglich sowie wenig konkret sind. Große Bedeutsamkeit messen Philosophen und Medizinethiker jedenfalls der Förderung einer aufrichtigen, transparenten und respektvollen Diskussion bei, um den in der Praxis offensichtlich bestehenden Bedenken der Ärzte bezüglich der Limitierung lebenserhaltender Maßnahmen beim sterbenden Patienten konstruktiv begegnen zu können und die allgemeine Verunsicherung zu reduzieren. In diesem Sinne können etwa Ethikkonsile und -richtlinien den Reflexionsprozess im Entscheidungskonflikt des Arztes am Lebensende eines Patienten anhand normativer Kriterien begleiten, auf institutioneller Ebene strukturieren und damit möglicherweise unterstützen. Sie dürfen aber sicher nicht im Sinne einer Reduktion der Wichtigkeit der moralischen Urteilskraft des verantwortlichen Arztes verstanden werden.

Das Hauptaugenmerk dieser Arbeit soll aber, um dies nach der kurzen Einordnung in den großen Kontext der Diskussion über die Sterbehilfe einschließlich damit einhergehenden Schwierigkeiten noch einmal auf den Punkt zu bringen, der ärztlichen Verweigerung von rechtlich erlaubter ‚passiver‘ Sterbehilfe gelten. Es werden von Ärzten COs zum Ausdruck gebracht, die in einer ‚stark‘ praktizierten Form konsequenterweise dazu führen, dass die Sterbehilfe gegen den autonomen Willen des selbstbestimmten Patienten nicht geleistet wird und er also gegen seinen Wunsch durch (intensiv-)medizinische Maßnahmen am Leben gehalten wird. So stellt sich die Konfliktsituation wie folgt dar:

Der praktizierende Arzt hat subjektive innere moralische Überzeugungen – sei ihr Ursprung religiöser Art oder bedingt durch seine Erziehung oder Folge rationaler Erwägungen –, die für sein eigenes Handeln letztlich einen normativ prüfenden und weisen Charakter haben. Dem fraglichen Recht, diese Gewissensgründe im ärztlichen Tun oder Unterlassen gegenüber dem Patienten wirksam zu machen, steht aber das unbedingte Recht des Patienten auf seine körperliche Selbstbestimmung als ein allgemeingültiges moralisches Prinzip entgegen. Dabei muss in Recht und Ethik unbedingt zwischen einem starken Abwehr- oder Verweigerungsrecht und einem schwächeren Anspruchsrecht des Patienten unterschieden werden. In Anbetracht dessen wird die Sonderrolle der ‚passiven‘ Sterbehilfe hinsichtlich ihres rechtlichen Status ersichtlich. Es ist ein wesentliches Anliegen dieser Arbeit, zu erklären, wieso die ärztlichen COs, aus juristischer wie aus ethischer Perspektive, keinesfalls zu einer Verletzung des Verweigerungsrechts des Patienten gegen ungewollte Behandlungen führen dürfen.

Der hier geschilderte Interessenkonflikt stellt jedenfalls ein Problem dar, das auf dem Gewissen des Arztes als Quelle subjektiver Normativität basiert. Hieraus lassen sich folgende Fragen entwickeln: Kann die Berufung auf subjektive Gewissensgründe handlungsentscheidend für den verantwortlichen Arzt und praxisrelevant für den Patienten sein – im Einzelfall sowie allgemein? Wie kann in der klinischen Praxis mit den COs konstruktiv umgegangen werden, sodass grundlegende Rechte des Patienten geschützt werden, aber der moralischen Integrität des Arztes ebenfalls ein angemessener Raum gegeben wird? Und wie kann sich ein Arzt in der Praxis angemessen verhalten, der COs gegen den Therapieabbruch am Lebensende eines Patienten hat, dem es aber ethisch und rechtlich verboten ist, diesen Patientenwunsch zu übergehen?

Da diesen Fragestellungen ein systematisches ethisches Problem zugrunde liegt, darf sich die Herangehensweise in dieser Arbeit nicht auf eine Auswertung empirischer Befunde zu ärztlichen Gewissensvorbehalten gegen die Sterbehilfe beschränken. Sie erfordert vielmehr zunächst eine differenzierte Begriffsklärung der COs einschließlich der Klärung grundsätzlicher philosophischer Theorien zu dieser Thematik. Außerdem muss der juristische Rahmen der Sterbehilfe miteinbezogen werden, bestimmt er doch die Beschaffenheit der COs in wesentlichem Maße und stellt zunächst den objektiven Rahmen für den Geltungsanspruch der widerstreitenden Rechte dar. So sind der Darlegung

und Auswertung der Studienergebnisse zur Fragestellung dieser Arbeit erst einmal konzeptionelle Vorüberlegungen vorangestellt, deren Anwendbarkeit in der Praxis später anhand der Studien kritisch überprüft werden muss.

Konkret erscheint folgender Aufbau der Arbeit sinnvoll: Im nächsten, *zweiten* Kapitel wird das Thema der Gewissensvorbehalte von Ärzten in der Ethik systematisch aufgearbeitet. Das Ziel ist es, die den „true conscientious objector“ ([88], S. 154) kennzeichnenden Eigenschaften zu explizieren. Dazu wird eine eigene theoretische Differenzierung verschiedener Bedenken des in der Entscheidungssituation befindlichen Arztes vorgestellt (Kapitel 2.2), die in Bezug auf die Sterbehilfe kontextualisiert und deren Anwendbarkeit in der Praxis dann im weiteren Verlauf der Arbeit nachgewiesen werden soll. Das Wesen ‚echter‘, d.h. auf aufgeklärter Überzeugung beruhender Gewissensvorbehalte des Arztes soll genauer bestimmt werden und von den ‚COs im Irrtum‘ aufgrund rechtlicher oder terminologischer Unsicherheiten sowie von psychologisch zu begründenden Bedenken möglichst trennscharf abgegrenzt werden. Im Zuge dieses Kapitels zur Problemexposition müssen auch der Begriff des ‚Gewissens‘ als Ursprung der COs und der der ‚moralischen Integrität‘ als ein starkes Argument auf Seiten der COs näher bestimmt werden (Kapitel 2.1). Verschiedene Ansätze und Perspektiven sollen hier vorgestellt werden, um angemessene Definitionen der zentralen Begrifflichkeiten zu entwickeln, die der weiteren Diskussion als Grundlage dienen. Insbesondere die Vorstellung des Gewissens als Bindeglied zwischen inneren moralischen Überzeugungen und äußerem Handeln sowie, gleichsam im Umkehrschluss, die Vorstellung der COs als eine Art ‚Störfaktor‘ dieser kohärenten Verbindung, verhelfen diesbezüglich zu einem besseren Verständnis der Problemlage (vgl. [90], S. 4).

Im darauffolgenden *dritten* Kapitel wird der juristische Hintergrund der ‚passiven‘ Sterbehilfe, v.a. ihre rechtliche Legitimität, dargestellt. Dazu ist die aktuelle Terminologie zur Sterbehilfe in Deutschland zunächst kurz zu erklären (Kapitel 3.1), um eine einheitliche und gemeinsame Sprache für die weitere Auseinandersetzung festzulegen. Zwar geht es im Rahmen der Arbeit nicht um die Frage nach der Erlaubtheit der verschiedenen Sterbehilfeformen im Allgemeinen, doch ist auch ihre rechtliche Beantwortung letztlich notwendig, um die eigentliche Fragestellung nach der Legitimität von ärztlichen COs im Anwendungskontext der ‚passiven‘ Sterbehilfe beleuchten zu können. Der juristische Rahmen der Sterbehilfe wird im dritten Kapitel, nach einer Darlegung der

Terminologie, jedenfalls anhand strafrechtlicher und berufsethischer Bezüge eingehend erläutert (Kapitel 3.2) und dann durch zwei aktuelle Entscheidungen des BGH veranschaulicht (Kapitel 3.3).

Das *vierte* Kapitel widmet sich sodann den empirischen Evidenzen für die Art und das Ausmaß ärztlicher Bedenken gegen die ‚passive‘ Sterbehilfe, für den Einfluss des Gewissens auf ärztliche Therapieentscheidungen und konkret für den Umgang mit ärztlichen COs in der klinischen Praxis. Dies geschieht in Form eines auf einer selektiven Literaturrecherche beruhenden *Narrative Reviews*. Zunächst wird kurz das methodische Vorgehen und die Suchstrategie in der bibliographischen Datenbank *Medline* vorgestellt (Kapitel 4.1). Dann werden die wenigen Arbeiten, die sich explizit mit der Rolle des ärztlichen Gewissens in Therapieentscheidungen am Lebensende beschäftigen, sowie die Arbeiten, die den Umgang mit ‚echten‘ COs in der Praxis thematisieren, jeweils einzeln deskriptiv dargestellt (Kapitel 4.2.1). Es folgt eine zusammenfassende Übersicht über den Großteil der Arbeiten, die sich mit Zweifeln und Bedenken unterschiedlichster Natur auseinandersetzen und anhand derer die Differenzierung ‚echter‘ Gewissensvorbehalte gegenüber ‚COs im Irrtum‘ sowie psychisch-emotionalen Bedenken in der Praxis nachgewiesen werden soll (Kapitel 4.2.2). Sämtliche Studien, deren Ergebnisse aufgegriffen werden, sind in einer der Arbeit als Anhang beigefügten Übersichtstabelle resümiert. Nach einem Überblick über die wichtigsten Resultate im Hinblick auf die Frage nach ärztlichen COs gegen die ‚passive‘ Sterbehilfe (Kapitel 4.3) werden die Limitationen des *Narrative Reviews* verdeutlicht und es wird gezeigt, wie wenig ergiebig die Datenlage zur konkreten Thematik letztlich ist (Kapitel 4.4).

Im Sinne einer Interpretation der Befunde geht es dann im *fünften* Kapitel darum, den aktuellen medizinethischen Diskurs über die COs des Arztes aufzuzeigen. Diese Diskussion erfolgt in zwei Unterkapiteln: Zunächst wird der Rahmen, den die Lösungsvorschläge für den Umgang mit ärztlichen COs erfüllen müssen, definiert. Um zu klären, ob Gewissensvorbehalte von Ärzten im Kontext der Therapiebegrenzung am Lebensende überhaupt praxisrelevant sein dürfen, erweist sich eine Auseinandersetzung mit den Rechten und Pflichten von Patient und Arzt als zielführend (Kapitel 5.1). Der Geltungsanspruch ärztlicher COs erfährt vor dem Hintergrund des starken negativen Abwehrrechts des Patienten nämlich eine deutliche Einschränkung (vgl. [41], S. 69). Als Gegengewicht zur Argumentation des zweiten Kapitels wird den vielen positiven Merkma-

len von Gewissen und moralischer Integrität dann der hohe normative Stellenwert des Selbstbestimmungsrechts, primär eben verstanden als Abwehrrecht des Patienten, gegenübergestellt. Danach sollen wesentliche Standpunkte in der medizinethischen Debatte über einen angemessenen Umgang mit COs, v.a. die Positionen der angloamerikanischen Medizinethiker Wicclair, Savulescu, Wear, Wilkinson und Magellens, herausgearbeitet und die jeweiligen Thesen auf Plausibilität geprüft werden (Kapitel 5.2). In Abgrenzung zum ‚Gewissensabsolutismus‘ und zur ‚Inkompatibilitätsthese‘ als extremen Sichtweisen steht der ‚konventionelle Kompromissvorschlag‘ im Zentrum (vgl. [14], S. 187). Dieser sieht u.a. eine Transferpflicht des behandelnden Arztes im Falle von Gewissensvorbehalten vor und begründet wesentliche Limitationen der Gewissensausübung in der klinischen Praxis ethisch anhand grundsätzlicher professioneller ärztlicher Pflichten, ohne aber die Berücksichtigung von COs generell zu verbieten.

Aus der Zusammenschau terminologischer und theoretischer Vorüberlegungen, der Klärung des juristischen Hintergrunds, der Darlegung und Auswertung empirischer Evidenzen und der Vorstellung grundsätzlicher Standpunkte des normativen Diskurses können dann im abschließenden *sechsten* Kapitel wesentliche Erkenntnisse über die ärztlichen COs gegen die ‚passive‘ Sterbehilfe zusammengetragen werden. Außerdem ist dies der Ort, um die Aktualität und Relevanz der Thematik mit Blick auf Kontextfaktoren wie den medizinisch-technischen Fortschritt und die zunehmende kulturelle wie moralische Pluralität zu diskutieren. Ferner soll ausblickend und in Ergänzung zum konventionellen Kompromissvorschlag Mara Buchbinders „relational perspective“ ([15], S. 23) des Gewissensbegriffs wenigstens noch thematisiert werden: Eine auf gegenseitiger moralischer und persönlicher Wertschätzung beruhende Arzt-Patienten-Beziehung ermöglicht eine Deutung der COs als „positive force“ ([15], S. 24 und S. 22) in der medizinischen Praxis.

Nachdem der Aufbau der Arbeit in seinen Grundzügen nun skizziert worden ist, soll noch dargelegt werden, auf welche Fragestellungen dieses umfangreichen Themas *nicht* Bezug genommen werden soll: Die Arbeit setzt sich z.B. eindeutig nicht mit der aktuellen Debatte über die Sterbehilfe in Deutschland auseinander, die sich ja v.a. der Frage nach der Zulässigkeit des assistierten Suizids widmet und mit der Rolle von Sterbehilfeorganisationen wie ‚Dignitas‘ oder ‚Sterbehilfe Deutschland‘ beschäftigt. So werden

auch die Dambruchargumente, wie sie in derartigen Debatten häufig Anwendung finden, in ihrer Struktur und ihren Kernaussagen medizinethisch nicht näher betrachtet. Einzig im Zuge des dritten Kapitels wird ein kurzer Bezug zu den aktuellen rechtspolitischen Änderungen hergestellt. Auch die ärztlichen Bedenken gegen die juristisch verbotene ‚aktive‘ Sterbehilfe sollen hier nicht behandelt werden, sind sie doch auch ethisch völlig anders einzuordnen als jene gegen die legale Therapiebegrenzung. Ausgenommen ist ebenfalls die Diskussion über den ärztlichen Handlungsmodus bei der Sterbehilfe einschließlich seiner normativen Bewertung im Sinne einer allgemeinen medizinethischen Auseinandersetzung mit den Begriffen des Tuns und Unterlassens. Dies kann nur dann angesprochen werden, wenn es um das unterschiedliche Ausmaß der ärztlichen Vorbehalte gegen die eine oder andere Form der Sterbehilfe und entsprechende Erklärungen dieses Sachverhalts geht. Auch würde es den Rahmen der Arbeit sprengen, den Begriff des autonomen Patientenwillens in der Ethik, obgleich er im mit den COs eingehenden Interessenkonflikt den Gegenpart zum ärztlichen Gewissen bzw. zur moralischen Integrität darstellt und somit von Wichtigkeit ist, näher zu untersuchen. Ebenso verhält es sich mit dem kontrovers diskutierten Begriff des ärztlichen ‚Berufsethos‘. Auf beide zentralen Begriffe kann in dieser Arbeit nur am Rande, nicht aber medizinethisch systematisch und detailliert eingegangen werden. Die Thematik ärztlicher COs zu Allokationsfragen und zum Problem der Verteilungsgerechtigkeit in Zeiten begrenzter medizinischer Ressourcen wird letztlich auch nur kurz, soweit es für die Gesamtargumentation notwendig erscheint, angerissen.

## 2. Konzeptionelle Vorüberlegungen: Begriffsklärungen und Problemexposition der *Conscientious Objections*

Es soll nun zunächst darum gehen, das Problem der ärztlichen Verweigerung von bestimmten medizinischen Handlungen, die vom Patienten u.U. explizit gewünscht werden, die der Arzt aber aus moralischen Gründen ablehnt, zu identifizieren. Davon ausgehend, soll der Begriff der COs in der Medizinethik strukturiert dargestellt werden. Den Widerstreit von Gewissensfreiheit auf Seiten des Arztes und Selbstbestimmungsrecht auf Seiten des Patienten gilt es also näher darzustellen und die diesem Konflikt zugrundeliegenden entgegenstehenden Interessen beider Parteien zu thematisieren. Dazu werden auch die Begriffe von ‚Gewissen‘ und ‚moralischer Integrität‘ ganz allgemein analysiert, wobei verschiedene Definitionen unterschiedlicher Autoren zu Rate gezogen werden, um für den Rahmen dieser Arbeit angemessene Begriffsklärungen zu ermöglichen. Die Überlegungen zu den *Conscientious Objections*, die gewiss in vielerlei Bereichen ethisch untersucht werden könnten, werden hier eindeutig auf jene beschränkt, die im Rahmen der ärztlichen Tätigkeit und Verantwortlichkeit gegenüber dem Patienten auftreten können. Dabei geht es erst allgemein um die durch eigene moralische Bedenken begründete Weigerung eines Arztes einem Patientenwunsch nachzukommen, bevor im späteren Verlauf die ärztlichen COs gegen Therapieabbruch (Withdrawing, im Folgenden WD) und Therapieverzicht (Withholding, im Folgenden WH) im Vordergrund stehen. Eindeutig betrifft dieser Fall das Abwehrrecht des Patienten. Bei der Darstellung der begrifflichen und inhaltlichen Grundlagen zu den Gewissensvorbehalten wird vorrangig auf die Arbeiten von Mark R. Wicclair verwiesen. Der bioethische Forschungsschwerpunkt dieses amerikanischen Philosophie- und Medizinprofessors betrifft nämlich insbesondere das Gewissen des Arztes bzw. ärztliche COs sowie Entscheidungen am Lebensende. Zu diesen Themen publizierte er zahlreiche Artikel sowie ein Buch, dessen Inhalte als eine der hauptsächlichen Literaturgrundlagen dieses Einleitungskapitels dienen [92].<sup>2</sup>

Der erste Teil dieses einleitenden Kapitels setzt sich mit den Definitionen der COs, des Gewissens und der moralischen Integrität allgemein auseinander und skizziert die zugrundeliegende Konfliktsituation (Kapitel 2.1). Im zweiten Teil erfolgt dann, aufbauend

---

<sup>2</sup> Homepage der University of Pittsburgh. Center for Bioethics and Health Law. Fassung von Januar 2018. <http://bioethics.pitt.edu/people/mark-r-wicclair-phd> [102]

auf diesen theoretischen Grundlagen, die nicht triviale Abgrenzung der ‚echten‘ Gewissensvorbehalte gegenüber ärztlichen Bedenken anderer Natur (Kapitel 2.2). Denn letztlich sind die COs als eines von vielen Hindernissen zu betrachten, die der ärztlichen Entscheidung zur Therapielimitierung bei einem sterbenden Patienten im Wege stehen und in ihrer praktischen Umsetzung die Sterbehilfe verhindern können.

Diese konzeptionellen Überlegungen zur Begriffsklärung zu Beginn der Arbeit sind jedenfalls vordringlich, um das systematische ethische Problem, das der Fragestellung zum Umgang mit ärztlichen COs zugrunde liegt, adäquat angehen zu können. Am Ende dieses zweiten Kapitels sollte es dann möglich sein, die Eigenschaften ‚echter‘ Gewissensvorbehalte zu benennen (Kapitel 2.2.3), um ihr Vorhandensein in der medizinischen Praxis differenziert untersuchen und sich Gedanken über mögliche Lösungsansätze hinsichtlich derartiger Bedenken machen zu können.

## 2.1 Zur Definition von Gewissensvorbehalten in der Medizinethik

### 2.1.1 Zum Begriff der *Conscientious Objections*

Um sich dem Begriff der COs anzunähern, erscheint es sinnvoll, ihn zunächst einmal rein wörtlich, in seinen zwei Bestandteilen, darzustellen und verständlich zu machen.

Der erste Wortteil, *conscientious*, lässt sich in seiner sprachlichen Wurzel verstehen als ‚mitwissend‘ und als ein „begleitendes Bewusstsein“ bezüglich des eigenen Verhaltens ([61], Sp. 575). Konkreter und für die Thematik der Gewissensvorbehalte weiterführend, ist das Verständnis von *conscientious* als „persönliches Betroffensein von einem konkreten sittlichen Verhaltensanspruch“ ([61], Sp. 591), wie es im Historischen Wörterbuch der Philosophie erklärt wird. Das ‚begleitende Bewusstsein‘ bzw. das ‚persönliche Betroffensein‘ sind also anzusehen als Ausdruck einer Gewissenshaltung. Sicherlich gibt es eine Vielzahl von Auffassungen und Definitionen zum Begriff des Gewissens. Doch kann *conscientious*, d.h. durch das Gewissen begründet, mit dem Bioethiker Wicclair zunächst ganz allgemein als Folge moralischer, ethischer oder religiöser Überlegungen aufgefasst werden. Er erklärt:

However, for the purposes of an examination of conscientious objection in health care, it suffices to stipulate that an objection is conscience based only if it is based on the health professional's *moral* (i.e., ethical and/or religious) *con-*

*victions*.<sup>3</sup> ([91], S.2)

Es geht also, übertragen auf den medizinischen Anwendungskontext, um persönliche ethische Maßstäbe des einzelnen Arztes, die der gängigen und vorherrschenden normativen Auffassung zu einer bestimmten medizinischen Vorgehensweise oder den individuellen Patientenüberzeugungen und -ansprüchen widersprechen. Buchbinder et al. erklären in Bezugnahme auf Wicclairs Gewissensdefinition:

Mark Wicclair argues that what gives conscience its force is its origination in *personal beliefs* that do not necessarily align with the values of one's community.<sup>4</sup> ([15], S. 23)

So handelt es sich also bei Wicclair um ein stark individuell ausgelegtes Verständnis des Gewissens und der ihm zugrundeliegenden ethischen Maßstäbe. Anders hingegen sieht dies Childress, auf dessen Definition des Gewissens im Folgenden noch ausführlicher eingegangen wird. Er versteht dieses nämlich als einen „active process of moral discernment, as opposed to the application of fixed principles or beliefs“ ([15], S. 23). Hier spielt die Auseinandersetzung mit äußeren, vorgegebenen moralischen Strukturen für die Entstehung von COs ebenfalls eine gewichtige Rolle.

COs als Gewissensbedenken spiegeln jedenfalls, so lässt sich nach diesen einführenden Überlegungen zusammenfassen, tiefe innere Überzeugungen ethischer Natur wider. Das Gewissen ist die Quelle der subjektiven Moral und Normativität desjenigen, der Gewissensvorbehalte als Beweggrund für sein Entscheiden sowie als handlungsleitend angibt.

Der Begriff der *Objection* kann als praktisches Resultat oder Ausübung dieser Gewissensgründe aufgefasst werden: Jemand weigert sich, eine konkrete Tätigkeit durchzuführen oder eine Handlung zu unterlassen, weil sie nicht mit den eigenen ethischen Vorstellungen in Übereinstimmung zu bringen ist. Chavkin et al. definieren:

Conscientious objection is the *refusal to participate* in an activity that an individual considers incompatible with his/her religious, moral, philosophical, or ethical beliefs.<sup>5</sup> ([19], S. 41)

In Ergänzung dessen unterscheidet Wilkinson das „Conscientious Treatment“ und das „Conscientious Non-treatment“ vor dem Hintergrund von „positive“ and „negative claims of conscience“ ([94], S. 4 und 1). Auf diese Weise legt sie fest, dass die ärztli-

---

<sup>3</sup> Hervorhebung durch Autor.

<sup>4</sup> Hervorhebung NP.

<sup>5</sup> Hervorhebung NP.

chen COs im medizinischen Kontext als Verweigerung von *Behandlungen* oder *Behandlungsbegrenzungen* auftreten können: Der Arzt weigere sich, eine Therapie entweder durchzuführen oder aber zu unterlassen bzw. abzubrechen ([93], S. 132).

Wicclair weitet die Weigerung des Betroffenen *selbst*, eine bestimmte Handlung *auszuführen*, *aus*: Die COs würden umfassen, auch die Ermöglichung oder Unterstützung sowie selbst das Informieren über die Maßnahme abzulehnen. Er beschreibt mit „A health professional’s refusal to provide, assist in providing, and/or offer information about a healthcare service“ ([91], S. 2) ein starkes und weitgreifendes Verständnis des Begriffs der *Objection* und begründet diese Idee letztlich mit der „*moral complicity*“<sup>6</sup> ([92], S. 36). Ob es also ‚nur‘ darum geht, der eingeforderten Handlung oder Unterlassung selbst nicht nachzukommen oder aber, eine Teilhabe an der Behandlung gänzlich zu vermeiden, sie generell zu verhindern und sie gegenüber dem Patienten erst gar nicht als mögliche Option aufzuzeigen, wird später anhand des Begriffs der „referral inconsistency“ ([27], S. 83) näher untersucht. Dabei muss der Frage nachgegangen werden, wie die ‚Kausalkette‘ ([54], S. 19) oder ‚moralische Mittäterschaft‘ ([92], S. 36) beim Patiententransfer bewertet werden kann: Stellt nicht auch die Überweisung des Patienten zwecks Durchführung der eigentlich mit moralischen Bedenken behafteten Behandlung ein Zuwiderhandeln des Arztes gegen seine eigenen ethischen Überzeugungen dar?

Nach diesen einleitenden Gedanken zu den COs in ihrer wörtlichen Bedeutung lässt sich Folgendes festhalten: Es handelt sich um Bedenken, die aus tiefgreifenden inneren moralischen Überzeugungen erwachsen und in praktizierter Form dazu führen, dass eine bestimmte, abgelehnte Vorgehensweise vom *Conscientious Objector* persönlich nicht vollzogen oder sogar gänzlich verhindert, d.h. in letzter Konsequenz nicht ausgeführt wird.

Ursprünglich und historisch ist der Begriff der *Conscientious Objection* dem ethischen Diskurs über die Kriegsdienstverweigerung zuzuordnen, bezieht sich also auf moralische Vorbehalte gegen die Tätigkeit als Soldat im Krieg. Der US-amerikanische Medizinethiker Wicclair nennt insbesondere den Hintergrund der beiden Weltkriege (vgl. [92], S. 9). Auch in der neueren *deutschen* Debatte der Kriegsdienstverweigerung ist der

---

<sup>6</sup> Hervorhebung durch Autor.

Begriff der ‚Gewissensgründe‘ fest verankert.<sup>7</sup>

Hinweise auf den Gebrauch des Ausdrucks der ‚Gewissensvorbehalte‘ im *medizinethischen* Kontext, so Wicclair, gäbe es ab den 1960er Jahren und eine Auseinandersetzung mit ärztlichen COs in der Literatur, insbesondere zunächst im Zusammenhang mit Schwangerschaftsabbrüchen, datiere zurück in die 1970er Jahre (vgl. [92], S. 13-15). Im Jahr 1973 wurde die erste „US federal conscience law clause (legislation that protects health care professionals who refuse to provide a good or service for ethical or religious reason)“ in Form des ‚Church Amendments‘ veröffentlicht ([92], S. 15), wobei diese Gewissensklauseln nach wie vor eine Besonderheit im US-amerikanischen Recht seien. Die heutige Diskussion über Gewissensvorbehalte in der Medizin betrifft u.a. die Teilnahme des Arztes an Abtreibungen, am Verabreichen der ‚Pille danach‘, an einer In-Vitro-Fertilisation, an der Stammzell-Forschung, an palliativer Sedierung usw. Der Anwendungsbezug der ärztlichen COs im Rahmen dieser Arbeit ist jedoch einzig die ‚passive‘ Sterbehilfe. So ist der Arzt in diesem Falle Träger der COs bzw. das ärztliche Gewissen ihre Quelle und der Behandlungsverzicht oder -abbruch am Lebensende ihr Objekt.

Zurückkommend auf die anfängliche Definition der COs, muss noch eine wichtige Ergänzung angeführt werden: Wicclair verweist überzeugend darauf, dass es sich bei der ärztlichen Verweigerung um das Ablehnen von „assist in providing, and/or offer information about a healthcare service“ handle, sofern diese Weigerung „conscience based“ sei und sich gegen eine „legally permitted“<sup>8</sup> Maßnahme richte ([91], S. 2). Damit legt er fest, dass sich COs per definitionem gegen rechtlich erlaubte medizinische Vorgehensweisen richten. Dem entspricht später der Fokus der vorliegenden Analyse auf den Kontext der rechtlich eindeutig zulässigen ‚passiven‘ Sterbehilfe. Dass es für die Einordnung und Bewertung der COs wichtig ist, die Rahmenbedingung rechtlicher Legalität festzulegen, geht auch aus den Ausführungen von Childress hervor, wenn er zwischen solchen Handlungen unterscheidet, die „translegal appeals (e.g., to conscience, a higher law, or public morality) against a valid law“ darstellen und solchen, die ein bestehendes

---

<sup>7</sup> So heißt es etwa in § 25 des Wehrpflichtgesetzes von 1956 (vgl. [96]):

„Wer sich aus *Gewissensgründen* der Beteiligung an jeder Waffenanwendung zwischen den Staaten widersetzt und deshalb den Kriegsdienst mit der Waffe verweigert, hat statt des Wehrdienstes einen zivilen Ersatzdienst außerhalb der Bundeswehr zu leisten [...]“ (Hervorhebung durch Autor)

<sup>8</sup> Hervorhebung NP.

Gesetz als „invalid or unconstitutional“ aufdecken sollen (vgl. [20], S. 66-67). Während es bei den COs vornehmlich darum geht, eine persönliche Verweigerung im Einzelfall zu rechtfertigen, vor seinem eigenen Gewissen Zeugnis abzulegen und seine moralische Integrität bewahren zu können, steht demgegenüber hinter der „Civil Disobediance“ ([20], S. 66-67, im Folgenden CD) die Intention, mit öffentlichem Protest im weitesten Sinne eine rechtliche oder soziale Änderung zu bewirken, weil Zweifel an der Rechtmäßigkeit oder der Allgemeingültigkeit eines Gesetzes besteht. Im Kontext der ‚passiven‘ Sterbehilfe wäre dies jene Regelung, die den Therapieabbruch durch den Arzt unter bestimmten Umständen erlaubt und fordert. Per Definition beinhaltet die CD im Gegensatz zur CO jedenfalls immer auch ein protestierendes Handeln gegen das bestehende Gesetz aufgrund von politisch-moralischen Überzeugungen – das hebt auch Wicclair hervor (vgl. [92], S. 11-12).

Hinsichtlich des Kontexts der ‚passiven‘ Sterbehilfe sei schon hier angemerkt, dass sich die anfänglich umrissene Konfliktsituation durch diese Ergänzungen komplexer darstellt: Nicht ‚nur‘ mit dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten, sondern ggf. auch mit den juristischen Regelungen können die Gewissensfreiheit des Arztes und die aus seinem Gewissen erwachsenden COs in Widerstreit geraten. Jedoch ist als wichtige Eigenschaft der COs festgelegt worden, dass sie sich nicht primär gegen rechtliche Vorschriften richten und ihre Absicht keine Änderung allgemeingültiger Regeln ist, sondern dass sie eine individuelle Weigerung aufgrund normativer Überzeugungen darstellen.

Sowohl bei dem Problem der Kausalkette im Falle einer Überweisung von Patienten und einer Verantwortungsweitergabe des sich wegen moralischer Bedenken verweigernden Arztes als auch bei der Erwägung des Zusammenhangs zwischen der Rechtsgrundlage und den COs, kommen folgende Fragen auf: Haben Gewissensgründe ‚nur‘ subjektiv-moralische Geltung für den individuellen Arzt oder auch eine Außenwirkung jenseits dieses persönlichen Rahmens? Können sie sogar eine normative Funktion auf gesellschaftlicher Ebene einnehmen? Müsste ein Arzt, dessen moralische Prinzipien ihm eine gewisse medizinische Praktik untersagen, nicht dafür sorgen, dass diese Tat gänzlich verhindert wird oder kann er, im Sinne eines moderaten Lösungsansatzes, tolerant gegenüber anderen ethischen Überzeugungen sein? Und müssten starke Gewissensvorbehalte, die sich gegen eine allgemeingültige Vorgabe richten, nicht auch zum

Ziele haben, jene zugunsten eigener moralischer Maßstäbe zu ändern?

### 2.1.2 Gewissen und moralische Integrität

Zunächst soll der Begriff des Gewissens als Quelle der COs und als Ausgangspunkt der persönlichen Verweigerung des Arztes dem Patienten gegenüber definiert werden. Weiter erscheint es sinnvoll, die Bedeutung der moralischen Integrität als ein starkes Argument zugunsten der COs des Arztes zu untersuchen. Diese Begriffsklärungen sind vorrangig, um wesentliche Merkmale von COs verstehen zu können und sie dann später im Rahmen der Therapielimitierung zu kontextualisieren.

#### 2.1.2.1 Grundlagen zum Begriff des Gewissens

Die ursprüngliche Bedeutung des aus dem Lateinischen stammenden Begriffs ‚conscientia‘ lässt sich durch ‚mit Wissen‘ übersetzen und trug lange Zeit eher die Konnotation von ‚Bewusstsein‘ oder ‚wissend‘, als die spezifisch moralische Bedeutung, die hier Gegenstand der Diskussion ist (vgl. [90], S. 1)<sup>9</sup>. Das auf das eigene Handeln bezogene ‚Mitwissen‘ sei zu verstehen als ein „begleitendes Bewusstsein“ und weiterführend auch als ein „persönliches Betroffensein von einem konkreten sittlichen Verhaltensanspruch“ ([61], Sp. 575) sowie die dieses Bewusstsein und Empfinden erst ermöglichende „Anlage“ ([61], Sp. 591) des Menschen, heißt es im Historischen Wörterbuch der Philosophie. Hier wird also zum Ausdruck gebracht, dass die Grundlage des Gewissens bestimmte normative Ansprüche an die eigene Person seien und dass dem Menschen diese Art des Selbstverständnisses, d. h. die Fähigkeit, Gewissensgründe zu besitzen, wahrzunehmen und umzusetzen oder zu missachten, gegeben sei. So findet, im Sinne einer Introspektion und eines wertenden Bewusstseins, eine Anwendung der Gewissensgründe auf das eigene Handeln statt.

Gewiss gibt es eine Vielzahl unterschiedlicher Aspekte des Gewissensbegriffs, die in ihrer Bedeutung für das Verständnis der COs kurz darzustellen sind. Dabei ist es hilfreich, zunächst mit Hill drei gemeinsame Merkmale herauszustellen, die den meisten Gewissensdefinitionen gemeinsam sind: Das Gewissen ermögliche es *erstens*, zu beur-

---

<sup>9</sup> Vgl. auch Definition von *conscientious* (s. S. 16)

teilen, ob eine Handlung moralisch rechtens oder falsch sei, es nehme *zweitens* Einfluss auf das Entscheiden des Individuums und *drittens* folge aus seiner Nichtbeachtung für denjenigen, der dem Gewissen zuwiderhandle, Unbehagen sowie der Verlust des Selbstrespekts ([38], S. 14). Es geht also um ein moralisches Urteilen aufgrund eigener normativer Ansprüche, d.h. um eine Beeinflussung des eigenen Tuns durch ethische Überzeugungen. Die Funktionen des Gewissens bzw. des zugehörigen Betroffenseins seien die „Verhaltens-Weisung“ und die „Verhaltens-Kontrolle“. Die erste Aufgabe meine ein Prüfen des moralischen Anspruchs auf Bestehen oder Nicht-Bestehen und die zweite ein Prüfen auf Erfüllung oder Nicht-Erfüllung dieses Anspruchs in der konkreten Situation ([61], Sp. 591). Weiterhin könne differenziert werden zwischen einem „autonomen Gewissen“, dessen Rolle das persönliche Urteilen und Stellungbeziehen sei, sowie einem „autoritären Gewissen“ ([61], S. 591). Wichtig für die Untersuchung von COs ist insbesondere das autonome Gewissen und der Sachverhalt, dass die „autonome Begründung des Gewissensanspruchs“ sowohl „von der Vernunft (ratio) geleitet“ als auch „vom eigenen Gefühl bestimmt“ sein kann ([61], Sp. 591). Sulmasy spricht diesbezüglich von „cognitive, conative, and emotional aspects of the moral life by a commitment to integrity or moral wholeness“ ([80], S. 138). Das Befolgen von Gewissensgründen gewährleistet somit moralische Integrität und Ganzheit. Es umfasst sowohl Aspekte von Erkenntnis und Kognition als auch von Willen und Gefühlen.

COs lassen sich nach dieser ganz grundlegenden Gewissensdefinition jedenfalls auffassen als ein Widerspruch zwischen persönlichen normativen Ansprüchen und dem aus anderen Gründen Gebotenen in einer konkreten Situation. Wird die Weisung des Gewissens umgesetzt und auf diese Weise das eigene Verhalten durch das Gewissen kontrolliert, sei es auf emotionaler oder auf rationaler Ebene, erfolgt als Resultat praktizierter Gewissensvorbehalte eine Verweigerung von bestimmten Vorgehensweisen durch den *Conscientious Objector*.

Dabei sei die Ausrichtung des Gewissens sowohl auf vergangene Handlungen wie auch auf zukünftige Taten möglich, erklärt der US-amerikanische Medizinethiker Wicclair ([90], S. 2-3). Im Historischen Wörterbuch der Philosophie wird die Kontrollfunktion des Gewissens ebenfalls als „rückschauend auf vergangenes eigenes Verhalten“ sowie als „vorschauend auf zukünftiges, noch zu vollziehendes Verhalten“ festgelegt ([61],

Sp. 591). Dieser Gedanke taucht auch in Form der Differenzierung zwischen einer „conscientia antecedens“ und einer „conscientia consequens“ bei Lidmann und Strandberg auf: Bei der ‚conscientia consequens‘ gehe es um ein retrospektives Beurteilen einer bereits geschehenen Handlung und um eine Suche nach moralischer Bestätigung für eine schon vollzogene Tat mit der Folge, ‚ein gutes oder schlechtes Gewissen zu haben‘, wie es umgangssprachlich genannt wird. Bei der ‚conscientia antecedens‘ stehe dagegen eine Erwägung im Vorhinein, eine restriktive oder treibende Kraft und ein vorausschauendes moralisches Urteilen über ein bestimmtes Verhalten im Mittelpunkt (vgl. [29], S. 307-308). Aus Sicht des ‚rückschauenden Gewissens‘ bedeutet ‚ein schlechtes Gewissen zu haben‘, es als Strafe oder Qual zu empfinden, dem bestehenden sittlichen Anspruch in der Vergangenheit nicht genügt zu haben. Aus Sicht des ‚vorausschauenden Gewissens‘ meint dies, dass sich im Planen einer zukünftigen Tat ein Zuwiderhandeln gegen bestehende sittliche Ansprüche abzeichnet ([61], Sp. 591). Sulmasy verdeutlicht den Unterschied, indem er dem retrospektiven Gewissen eine „judicial“, dem prospektiven dagegen eine „legislative“ Funktion zuschreibt ([80], S. 136). Insbesondere die ‚conscientia antecedens‘ scheint für die Auseinandersetzung mit COs relevant zu sein. Denn hier geht es, gemäß der vorgestellten Definition, vornehmlich darum, zu erwägen, ob die erforderte Vorgehensweise in Einklang mit den persönlichen moralischen Überzeugungen gebracht werden kann, um sie daraufhin möglicherweise aus Gewissensgründen abzulehnen. In diesem Zusammenhang sei die „perception of conscience“, also das Wahrnehmen aus dem Gewissen erwachsender moralischer Beweggründe, eine wichtige Einflussgröße auf das Handeln im Vorhinein ([34], S. 394). Ein persönliches ‚Betroffensein‘ aufgrund des möglichen oder wahrscheinlichen Nichterfüllens eines eigenen normativen Anspruchs in der nahen Zukunft kann also als COs aufgefasst werden.

Um nun die Definition des Gewissensbegriffs über seine zeitlichen Komponenten hinaus weiter zu spezifizieren, muss mit Wicclair betont werden: Eine Ausrichtung des eigenen Handelns an konventionellen moralischen Regeln, „based on purely external standards“ ([90], S. 2), ohne diese persönlich als ethisch verbindlich anzuerkennen, stellt *kein* Handeln gemäß dem Gewissen dar. Nicht ein Respektieren externer Regeln, sondern eine innere Überzeugtheit von moralischen Prinzipien ist mit gewissenskon-

formem Handeln gemeint. Auch das Freudsche Verständnis vom Gewissen als ‚Über-Ich‘, welches durch die Internalisierung externer moralischer Standards v.a. in Folge der Erziehung zustande komme, ist nicht zielführend für das Verständnis der COs. Denn wesentliche Merkmale der Gewissensbedenken sind der sittliche Anspruch an sich selbst sowie zugrundeliegende innere ethische Überzeugungen.

Dieses Merkmal ‚echter‘ COs muss bei der Thematisierung der Situationsbedingtheit, d.h. auch der institutionellen und sozialen Einflussfaktoren auf Gewissensvorbehalte, erwogen werden. Denn richtet ein Arzt seine Tätigkeit beispielsweise nach der vorgegebenen strikten ‚Moral‘ oder ‚Mission‘ eines Krankenhauses aus, vertritt selbst aber andere normative Prinzipien als die in jener Institution praktizierten und geforderten, so handelt er nicht nach seinem Gewissen.

Wie bereits angesprochen, kann differenziert werden zwischen einem „autoritären (moralischen)“ und einem „autonomen (humanistischen, ethischen)“ Gewissen (vgl. [61], Sp. 591), zwischen einem prospektiv und retrospektiv ausgerichteten Gewissen sowie zwischen der Orientierung an externen Regeln gegenüber der Ausrichtung an inneren moralischen Werten. Für die nähere Betrachtung der COs scheint insbesondere die Auffassung des Gewissens als innere ethische Überzeugungen eines autonomen Menschen zielführend zu sein. Eine Handlung zu unterlassen, um sittlichen Ansprüchen und normativen Anforderungen an sich selbst nicht zuwiderzuhandeln, kann als CO bezeichnet werden. Somit können praktizierte COs dabei helfen, die eigene moralische Integrität zu bewahren. Als restriktive Kraft können die Gewissensvorbehalte auf das eigene Handeln jedenfalls insofern Einfluss nehmen, als sie zur Unterlassung bestimmter Vorgehensweisen führen, die aus ‚externen‘ Gründen gefordert werden. Festhalten lässt sich am Ende dieser einführenden Überlegungen, dass das Gewissen, über die Auffassung des ‚begleitenden Bewusstseins‘ hinaus, verstanden werden kann als eine v.a. prospektiv orientierte handlungsweisende und -kontrollierende normative Instanz, die auf den inneren ethischen Überzeugungen des autonomen Individuums beruht.

#### **2.1.2.2 Definitionen des Gewissens mit ihrer Bedeutung für das Verständnis von *Conscientious Objections***

Es soll nun noch präziser herausgearbeitet werden, welches Konzept des ‚Gewissens‘

für die Auseinandersetzung mit COs adäquat ist und dementsprechend für den weiteren Verlauf der Arbeit vorausgesetzt werden kann. Wicclair fordert bezüglich des medizinischen Diskurses über Gewissensvorbehalte, alle komplexen ontologischen und epistemologischen Fragen zum Begriff des ‚Gewissens‘ möglichst zu vermeiden und sich stattdessen auf die Gemeinsamkeiten vieler Konzepte zu konzentrieren. Dabei handle es sich um ein individuelles Fundament grundsätzlicher moralischer Überzeugungen, dem die Gewissensgründe erwachsen (vgl. [92], S. 3). Dennoch sollen einige mögliche Definitionen des Gewissensbegriffs differenzierter betrachtet werden, um das Verständnis von COs zu vertiefen.

Butler bezeichnet das Gewissen als „mental faculty“ mit der dualen Funktion, moralische Urteile zu fällen und das eigene Handeln zu steuern, schreibt dem Gewissen also ebenfalls eine weisende und eine kontrollierende Funktion zu. Er äußert: „The principle in man by which he approves or disapproves his heart, temper, and actions is conscience.“ ([18], S. 30) Bei dieser Definition ist das Gewissen ausschließlich auf den Träger selbst ausgerichtet, *sein* ethisches Urteil und *seine* Handlungen stehen im Vordergrund (vgl. [90], S. 6-7). Das Gewissen bleibt demnach die Quelle ausschließlich subjektiver Normativität, d.h. Handlungsweisung und -kontrolle als Funktionen des Gewissens beziehen sich nur auf dessen Besitzer selbst. Dem zufolge wäre die Praxis des Überweisens durch den verweigernden Arzt an einen Kollegen durchaus denkbar: Bei bestehenden COs gegen gewisse medizinische Vorgehensweisen könnte der betroffene Arzt den Patienten an einen anderen Kollegen überweisen, sodass der Patient wunschgemäß versorgt würde. Denn sobald der *Conscientious Objector* die Praktik, gegen die sich seine Bedenken richten, nicht selbst ausführen und verantworten müsste, wäre sein ‚Problem‘ für ihn zufriedenstellend gelöst. So sind COs im Rahmen dieser Auffassung in einem rein persönlich-individuellen Rahmen zu sehen und können keinen Anspruch auf allgemeine Gültigkeit erheben. Auffällig ist auch, dass die Wahl der Begriffe *Heart* und *Temper* emotional konnotiert sind, einer rationalen Hinterfragung daher kaum standhalten könnten.

Eine etwas andere Auffassung des Gewissens als ‚innerer Gerichtshof‘ findet sich bei Kant. Er beschreibt moralische Urteile nicht als Funktion des Gewissens, sondern primär als Ergebnisse praktischer Vernunft. Das Gewissen ist bei Kant eine Art der Selbs-

trefflexion darüber, ob die vergangene Handlung in Übereinstimmung mit den durch die Vernunft bestimmten Pflichten zu bringen sei. Als Kläger, Anwalt und Richter zugleich, um der Metapher des ‚inneren Gerichtshofs‘ zu folgen, muss sich der Mensch also vor den eigenen moralischen Maßstäben, seinem inneren Gesetz, verantworten, diesem Folge leisten und so seinen sittlichen Ansprüchen genügen (vgl. [90], S. 3). Das Gewissen stelle demnach „die Applikation unserer Handlungen auf dieses Gesetz“ dar ([61], Sp. 586). Ein Gewissen könne man sich nicht anschaffen, sondern „jeder Mensch, als sittliches Wesen“ sei in Besitz eines Gewissens ([61], Sp. 586). Dieser Vorstellung gemäß entsteht ethisch verantwortliches Handeln durch das Anwenden der gegebenen Disposition: Die Stimme des Gewissens muss aufmerksam gehört werden und das eigene Verhalten auf das Erfüllen des ‚inneren Gesetzes‘ geprüft werden. Es stellt sich die Frage, ob die prospektiv ausgerichteten, also auf zukünftige Handlungen bezogenen COs nach dieser Definition, die ein retrospektives Reflektieren über das eigene Tun und seine Prüfung auf Kompatibilität mit durch Vernunft begründeten Pflichten als Aufgabe des Gewissens sieht, überhaupt sinnvoll erklärbar wären. Sie wären dann nicht als Bedenken gegen ein gefordertes Vorgehen im Voraus zu verstehen, sondern vielmehr als ein nachträgliches Feststellen der Diskrepanz zwischen der geforderten Handlung und eigenen normativen Pflichten. Im letzten Abschnitt ist aber schon angesprochen worden, dass ein prospektives Verständnis des Gewissens für die Auseinandersetzung mit COs zielführender ist.

Eine wieder andere Definition des Gewissens, die für den Begriff der COs fruchtbar erscheint, stammt von Childress. Er sieht moralische Urteile nicht als Funktion des Gewissens an, sondern eher als verbindendes Glied zwischen persönlichen ethischen Überzeugungen und Handlungen: „Conscience follows rather than authorizes moral judgment.“<sup>10</sup> Die Funktion des Gewissens sei es, die Konsequenz, Folgerichtigkeit und Harmonie zwischen der moralischen Überzeugung und der Handlung herzustellen und somit Integrität zu ermöglichen (vgl. [90], S. 4). Das Gewissen bzw. die Anwendung desselben spielt dieser Definition gemäß eher *nach* dem Fällen eines moralischen Urteils eine Rolle. Wicclair beschreibt das Gewissen aus dieser Perspektive als „liaison between a person’s ethical convictions and actions“ ([90], S. 4). So könnten COs dem-

---

<sup>10</sup> Childress J.F.: Appeals to Conscience. Ethics. S. 315-335. The University of Chicago Press. 89/1979. In [90], S 4.

entsprechend als eine Art Störfaktor in dieser Verbindung aufgefasst werden. Diese Definition scheint hinsichtlich des Entstehungsmechanismus und der Ursachen von COs sowie ihrer Kontextualisierung im praktischen Tun des Arztes, teils in Ergänzung, teils in Abgrenzung zu den vorangegangenen Definitionen, am geeignetsten zu sein. Denn sie berücksichtigt die innere Überzeugtheit von normativen Ansprüchen als wesentliches Merkmal der COs, stellt den direkten Bezug zwischen den ethischen Wertvorstellungen und dem äußeren Handeln als praktisches Resultat umgesetzter Gewissensgründe dar und benennt die Bewahrung moralischer Integrität als relevante Eigenschaft. Deswegen soll diese Definition für den weiteren Verlauf der Arbeit als Arbeitshypothese vorausgesetzt werden. Eine generell fehlende Verbindung oder auch eine nur temporäre Unterbrechung zwischen den sittlichen Ansprüchen an sich selbst und dem eigenen äußeren Tun, ob vorausschauend kontrollierend oder retrospektiv beurteilend, stellt nach dieser Auffassung die Grundlage für Gewissensvorbehalte und damit für die persönliche Verweigerung des *Conscientious Objectors* dar. Als ‚begleitendes Bewusstsein‘ des eigenen Tuns, wie es zu Beginn dieses Kapitels formuliert worden ist, bringt das Gewissen die COs im Falle der fehlenden *Liaison* zwischen inneren ethischen Überzeugungen und äußerer Handlung hervor.

Auf folgender Grundlage soll also die weiterführende Auseinandersetzung mit den Gewissensbedenken erfolgen: Die COs beruhen auf „core moral beliefs“ und die Störung der „liaison between a person’s ethical convictions and actions“ resultiert in einer persönlichen Weigerung des *Conscientious Objectors*, eine von ihm geforderte Handlung auszuführen.

### **2.1.2.3 Aspekte zu einer Ausrichtung des Handelns an Gewissensgründen**

Es stellt sich die Frage, welchen Einfluss das Gewissen und die aus ihm hervorgehenden COs letztlich auf das Handeln haben können. Diesbezüglich ist folgende grundsätzliche Unterscheidung zu treffen: Vorausgesetzt, es handelt sich um ‚echte‘, d.h. überzeugende COs, so können diese für den *Conscientious Objector* handlungsleitend sein oder aber er lässt sein eigenes Handeln nicht durch Gewissensgründe bestimmen.

Wicclair stellt die Frage nach dem Gewissen als möglichem „reliable ethical guide“ ([90], S. 6) und erwägt, ob man seinem Gewissen folgen sollte und ob die freie Gewissensausübung erstrebens- und schützenswert sei. Bevor die moralische Integrität als *das*

entscheidende Merkmal des gewissenkonformen Handelns im nächsten Abschnitt näher thematisiert wird, soll auf die Probleme der Anerkennung von Gewissensgründen für das ärztliche Tun in der Praxis eingegangen und außerdem hinterfragt werden, welche Hindernisse einem Handeln nach Gewissensmaßstäben im Wege stehen können. Denn auch schon theoretisch, und nicht erst im konkreten Anwendungsbezug ärztlicher Sterbehilfe, scheinen mit der Beantwortung dieser Frage viele Schwierigkeiten verknüpft zu sein, wie sich im Folgenden zeigen wird.

Sieht man das Gewissen im weitesten Sinne als Ursprung verlässlicher ethischer Maßstäbe an, die das Handeln lenken könnten, so stellt sich trotzdem die Frage, ob das Handeln nach Gewissensgründen gerechtfertigt ist. Zum einen müsse, so etwa Wicclair, beachtet werden, dass „bias, social norms, self-interest and misinformation“ durch eine Berufung auf Gewissensgründe verschleiert werden könnten ([90], S. 7). Dieser Einwand ist für die Überlegungen zu ärztlichen COs höchst relevant. Wie kann verlässlich nachgewiesen werden, dass das Verhalten des *Conscientious Objectors* tatsächlich aus Gewissensgründen erfolgt und nicht die Konsequenz einer Orientierung an sozialen Normen, an Selbstinteressen verschiedener Art oder möglicherweise Resultat einer Fehlinformation oder eines rechtlichen bzw. begrifflichen Missverständnisses ist? Auch bei der Analyse der empirischen Erhebungen zu ärztlichen COs gegen die Behandlungsbegrenzung am Lebensende kann ein unehrliches Antwortverhalten der Ärzte und ein Verschweigen der eigentlich *nicht* normativen Beweggründe ihrer Entscheidungen letztlich nicht sicher ausgeschlossen werden (vgl. Kapitel 4.4). Schüklenk stellt in diesem Sinne die Begriffe „genuine“ und „matter of convenience“ einander gegenüber: Statt sich an Kriterien wie Nutzen, Vorteil und Zweckmäßigkeit zu orientieren, müssten COs eigentlich authentisch, ernsthaft und aufrichtig sein, um als handlungsleitend akzeptiert werden zu können ([72], S. 3).

Zum anderen ist zu bedenken, dass die Inhalte von Gewissensvorbehalten keinesfalls als a priori und absolut moralisch *gut* angesehen werden dürfen, sondern auch auf schlechter Moralität beruhen können (vgl. [90], S. 8). Auch Sulmasy äußert diesbezüglich kritisch: „Moral error is still possible through ignorance of important facts, or of the proper moral rules, or of one’s most fundamental self-identifying moral commitments.“ ([80], S. 140) In ethisch schwierigen Entscheidungssituationen können individuelle

Gewissensgründe, einschließlich COs, demnach *keine* letztgültige moralische Sicherheit geben. Außerdem müsse man anerkennen, dass es neben dem Gewissen auch andere, nicht minder wichtige *Moral Guides* gäbe – etwa eine Orientierung des Handelns an Maßstäben wie Loyalität, Sympathie oder Mitleid (vgl. [90], S. 6).

Diese Einwände verdeutlichen, dass die Rechtfertigung eines Handelns gemäß eigenen Gewissensgründen und dementsprechend auch das Zugeständnis zur Praxis der COs durchaus nicht unumstritten sind. Denn eine ‚gute‘ und anderen Maßstäben übergeordnete Rolle des Gewissens kann ebenso wenig angenommen werden, wie eine aufrichtige und ehrliche Haltung der Betroffenen.

Der Ausrichtung des Handelns nach Gewissensgründen, lässt man die genannten Einwände und Bedingungen einmal unbeachtet, stehen nach Wicclair auch andere Hindernisse im Weg. Unter der Annahme, dass eine Befolgung des Gewissens bedeute, dass „decisions and actions based on a person’s deeply held moral beliefs“ ([90], S. 9), ließen sich zum einen intrinsische und zum anderen extrinsische Faktoren aufzeigen, die dem gewissenskonformen Handeln entgegenstehen könnten. Bei den folgenden von Wicclair genannten Aspekten handelt es sich um Argumente gegen das Befolgen ethischer Regeln im Allgemeinen, nicht nur gegen die Befolgung eigener Gewissensgründe: Persönliches Interesse und eine Ausrichtung des Handelns an Maßstäben wie Reichtum, Status, Anerkennung und Macht könnten als ‚interne Hindernisse‘ bezeichnet werden (vgl. [90], S. 9). Ferner sind insbesondere im Kontext der Sterbehilfe auch psychologisch-emotionale Motive sowie rechtliche Unsicherheiten oder Missverständnisse zu nennen (vgl. Kapitel 2.2.1 und 2.2.2).

Neben diesen der Gewissensausübung im Wege stehenden „internal barriers“ lassen sich auch sogenannte „external barriers“ aufzeigen ([90], S. 9). Darunter fallen insbesondere übergeordnete Regeln von staatlicher Seite im Sinne von Gesetzen, Maßgaben der Arbeitgeber sowie des Berufsstands als solchem. An diesen Gedanken knüpfen sich die folgenden Fragen: Kann die eigene Berufswahl voraussetzen, dass man keine moralischen Vorbehalte gegen im Beruf häufig verlangte Praktiken aufweist bzw. bestehende COs den beruflichen Anforderungen gemäß überwindet, wie z.B. im Falle von Bedenken gegen den Verzicht auf oder den Abbruch von lebenserhaltender Maßnahmen auf einer intensivmedizinischen Station (vgl. Kapitel 5.2.1)? Dabei geht es um das Verhält-

nis der Rolle des Arztes als „professional“ und der als „*moral agent[s]*“<sup>11</sup> ([92], S. 44). Und wie ist es um eine ‚institutionelle Moral‘ im Verhältnis zu den persönlichen ethischen Überzeugungen des Individuums bestellt? Beide genannten Aspekte stellen externe Faktoren dar, die ein Ausrichten ärztlichen Handelns an persönlichen sittlichen Maßstäben im Wege stehen und auch bei der Diskussion über den Umgang mit ihren COs gegen die ‚passive‘ Sterbehilfe sicherlich gewichtige Rollen spielen könnten.

Wicclair unterstreicht in seinem Artikel dennoch deutlich, dass eine Befolgung von Gewissensentscheidungen trotz der Gefahren des *Bias* sowie der Verschleierung anderer Interessen und entgegen ‚inneren und äußeren Barrieren‘ gegen ein gewissenkonformes Handeln absolut schützens- und wünschenswert sei. Mit Blick auf diesen – Wicclairs ersten und stärksten – Grund, ist es unabdingbar, sich mit dem zentralen Begriff der moralischen Integrität auseinanderzusetzen. Diese wird sich später (vgl. Kapitel 5.2.1) auch als das wesentliche Argument der Vertreter eines ‚Gewissensabsolutismus‘ herausstellen, der für die kompromisslose Zulassung von COs in der Praxis einsteht.

#### 2.1.2.4 Über die moralische Integrität

Wenn nach eigenen Gewissensgründen gehandelt wird, ist moralische Integrität gewährleistet. Es handelt sich um einen persönlichen Wert, der dann vorliegt, wenn normative Überzeugungen konsequent im eigenen Handeln befolgt werden. Für Wicclair trägt die Integrität einen intrinsischen Wert und einen absoluten Charakter, zunächst einmal völlig unabhängig von den Folgen des Handelns: „Nevertheless, similar to courage and honesty, admiration and respect for moral integrity is at least partially *independent* of an assessment of ends and consequences.“<sup>12</sup> ([92], S. 9) Selbst dann also, wenn ein Verhalten negative Konsequenzen nach sich zieht, könnte dieses dennoch wünschens- und erstrebenswert sein, sofern es aus einer Orientierung an Gewissensgründen erfolge. Diese Festlegung kann als deontologischer Gedankengang bezeichnet werden, da nach dem Wert der Integrität unabhängig von den Folgen der aus ihr erwachsenden Handlung, wie dies ein konsequentialistischer Ansatz verfolgen würde, gefragt wird. Auch Scherkose bezeichnet die Integrität als grundsätzlich gute Dispositi-

---

<sup>11</sup> Hervorhebung durch Autor.

<sup>12</sup> Hervorhebung NP.

on des Individuums, der man mit Respekt begegnen solle. Hinsichtlich der von ihm dargestellten verschiedenen Definitionen kommentiert er aber: „few are uncontroversial, none are uncontested“ ([68], S. 29) und deutet damit die Komplexität sowie kontroverse Natur des Begriffs der ‚moralischen Integrität‘ an. Dieser soll nun genauer in den Blick genommen werden.

Als ersten wichtigen Aspekt nennt Scherkose die Eigenschaft des „sticking to one’s convictions“ insbesondere in Situationen des Streits, der Herausforderung und der Versuchung. Dies lässt sich auch auf Grenzsituationen im ärztlichen Handeln beziehen, können diese doch, v.a. wenn folgenschwere Entscheidungen am Lebensanfang oder -ende eines Patienten getroffen werden müssen, große ethische Probleme für den in der Verantwortung stehenden Arzt darstellen. Seine persönlichen normativen Überzeugungen in einer solch herausfordernden Situation nicht aufzugeben, sondern vielmehr aktiv in die Tat umzusetzen – und dementsprechend eine Handlung möglicherweise als Konsequenz zu verweigern – wäre also ein Akt der moralischen Integrität.

Als einen weiteren Punkt nennt der Autor die „integrity-within-reason“ ([68], S. 29), also eine Kohärenz und Vernunftbegründetheit von Integrität. Diese Idee wird später als Eigenschaft des „true conscientious objectors“ ([88], S. 154) konkretisiert: Um glaubwürdig und überzeugend zu sein, müssten Gewissensvorbehalte kausal erklärt werden, plausibel sein und einer Hinterfragung standhalten können (vgl. Kapitel 2.2.3).

Scherkose verknüpft den Integritätsbegriff ferner mit positiven Eigenschaften wie Ehrlichkeit, Aufrichtigkeit sowie Fairness und nimmt auf diese Weise den Einwand vorweg, dass das gewissenkonforme Handeln, d.h. das Gewährleisten von moralischer Integrität nicht obligat und *a priori* gut sei, wie dies auch von Wicclair und Sulmasy zu bedenken gegeben worden ist. Ferner fügt er später noch die „moral sanity condition“ ([68], S. 29) hinzu, um einer missverständlichen Überbewertung oder einem Missbrauch der moralischen Integrität als Rechtfertigungsgrund entgegenzuwirken. Nur mit der Voraussetzung einer ‚gesunden‘ Moral und einer durch Ehrlichkeit sowie Aufrichtigkeit bestimmten Haltung sei Integrität als gute Eigenschaft anzusehen.

V.a. nennt Scherkose noch explizit die Kohärenz zwischen ethischen Überzeugungen und eigenem Tun als Kriterium eines integren Verhaltens. Diese Äußerung lässt sich in Einklang bringen mit der Definition des Gewissens als „liaison between person’s ethical convictions and actions“ ([90], S. 4). Es ist gerade diese Sichtweise, die ein besonders

gutes Verständnis für das Zustandekommen von COs liefern kann, deren Merkmal demzufolge als Bewahrung der moralischen Integrität verstanden werden kann. Eine ‚fehlende Verbindung‘ zwischen sittlichen Ansprüchen und Handlungen stellt einen Gewissensvorbehalt dar, der das Empfinden von Kohärenz und Sinnhaftigkeit des eigenen Tuns verhindert. Gemäß eigenen Gewissensgründen zu handeln und moralische Integrität zu wahren, bedeutet nach den diesbezüglich übereinstimmenden Erklärungen von Childress und Scherkose also, eine Verbindung zwischen inneren ethischen Grundhaltungen und äußerem Handeln zu etablieren.

Besonders bedeutsam ist die Forderung, dass Integrität nicht ausschließlich im individuellen Kontext und auf das eigene Handeln bezogen sei, sondern vielmehr auch auf einer gesellschaftlichen Ebene betrachtet werden müsse. Dieser Aspekt sei zu bedenken, wenn die Problematik der „referral inconsistency“ ([27], S. 83) thematisiert wird. Dabei geht es um den fraglichen Widerspruch im Verhalten eines sich aus Gewissensgründen verweigernden Arztes, der aber die Überweisung des Patienten an einen Kollegen und auf diese Weise dessen wunschgemäße Behandlung organisiert. Nach Scherkose wäre ein solches Vorgehen mit der Integrität und Glaubwürdigkeit dieses Arztes nicht vereinbar. Denn bliebe die Integrität auf einen nur persönlichen Kontext beschränkt, also der Verweigerung des Arztes, so wären seine moralischen Beweggründe ohne ‚äußere‘ gesellschaftliche Wirkung. Ein sich verweigernder Arzt mit starken und ‚echten‘ COs müsste den Patiententransfer demnach aber als ethisch unbefriedigende Praxis empfinden: Er könnte auf diese Weise im eigentlichen Sinne keine moralische Integrität bewahren, sondern nur Verantwortung übertragen und sich dem normativen Konflikt entziehen, ohne ihn tatsächlich zu lösen. Dies verweist abermals auf die Frage nach der ‚Reichweite‘ von Gewissensgründen, die ja zunächst als subjektive Normativität des *Conscientious Objectors* zu deuten sind.

In Scherkoses Artikel kommen darüber hinaus verschiedene Definitionen der Integrität zur Sprache, u.a. Integrität als „wholeness“ ([68], S. 30), also als Ganzheit der Person, und Integrität als Gegenteil von Ambivalenz oder Gleichgültigkeit sowie Integrität als fundamentaler Aspekt der Identität, wie sie auch bei Wicclair thematisiert wurde. Doch insbesondere die Idee, dass sich Integrität durch sogenannte „bottom-line‘ principles“ ([68], S. 32) bestimmen lässt, könnte Aufschluss über die Beschaffenheit von ‚echten‘

COs geben: Es gäbe manche Prinzipien, Werte und Beziehungen, die man unter gar keinen erdenklichen Umständen aufgeben, verletzen oder verraten dürfe bzw. könnte. Sie seien existentiell wichtig und würden die eigene Persönlichkeit definieren. Würde man sie dennoch aufgeben, „there is nothing left that we may even in spite refer to as I.“<sup>13</sup> ([56], S. 12) Diese „'bottom-line' principles“ charakterisieren ausdrücklich die Position des „true conscientious objectors“ ([88], S. 154). Vor dem Hintergrund der moralischen Integrität als wichtigem Bestandteil der eigenen Identität, die durch ein Spektrum an persönlich unverletzlichen Prinzipien konstituiert wird, wird ersichtlich, wieso die Unterbindung ‚echter‘ COs tatsächlich einen Schaden anrichten könnte: Die Persönlichkeit desjenigen, der COs äußert, würde grundsätzlich in Frage gestellt und verletzt. Ein moralisch integriertes Verhalten mit der Umsetzung normativer Überzeugungen scheint also, wie es die Beschreibung der „'bottom-line' principles“ impliziert, alternativ- und kompromisslos zu sein.

Die Verknüpfung von Gewissen und Moralität mit der Integrität wird angesehen als „commitment“ ([68], u.a. S. 35): Die Voraussetzung dafür, Integrität als Eigenschaft zu besitzen, sei das Einstehen für moralische Werte und normative Prinzipien. Nur so könne die Wichtigkeit oder Achtungswürdigkeit verstanden werden, im Sinne einer „*normative adequacy*“ der Integrität<sup>14</sup> ([68], S. 37).

Neben der moralischen Integrität als dem wohl gewichtigsten Grund, ein Handeln nach dem Gewissen zu schützen und zu fördern, ist für Wicclair außerdem der Respekt vor einer Person äquivalent zum Respekt vor jeweils persönlichen Gewissensentscheidungen. Beauchamp und Childress formulieren dazu: „To respect an autonomous agent is, at a minimum, to acknowledge that person’s right to hold views, to make choices and to take actions based on their *personal values and beliefs*.“<sup>15</sup> ([90], S. 10) An dieser Stelle wird die große Bedeutung der Reflexion über COs und der Frage nach ihrer Zulässigkeit ersichtlich, berührt sie doch offensichtlich ganz fundamentale Persönlichkeitsrechte. Über die weiteren Gründe, die für den Schutz von gewissensgelenkter Handlung und somit zugunsten handlungsleitender sowie möglicherweise praxisrelevanter COs spre-

---

<sup>13</sup> Hervorhebung durch Autor.

<sup>14</sup> Hervorhebung NP.

<sup>15</sup> Beauchamp T.L., Childress J.F.: Principles of Biomedical Ethics. Fifth Edition. Oxford. University Press. 2001. In [90]. Hervorhebung NP.

chen – u.a. auch Aspekte der moralischen Diversität in einer modernen demokratisch-pluralistischen Gesellschaft (Wear) und der Förderung der gesellschaftlich-rechtlichen Ordnung und des Gehorsams (Wicclair) – wird aber erst abschließend im fünften Kapitel eingegangen. Zweifelsohne kann mit Wicclair und als ein starkes Argument auf Seiten der COs nun festgehalten werden, dass sehr gute Gründe existieren „that the exercise of conscience is valuable and worth protecting“ ([90], S. 11), nämlich insbesondere mit Blick auf den Schutz moralischer Integrität. Jedoch müssen diesen Gründen eindeutig auch „ethical limitations on the exercise of conscience“ ([92], S. 88) entgegengestellt werden. Diese Grenzen von Gewissensfreiheit und Toleranz aufzuzeigen und der Rolle des ärztlichen Gewissens dennoch einen wichtigen Stellenwert in der medizinischen Praxis einzuräumen, ist ein wesentliches Anliegen des Diskussionsteils dieser Arbeit (vgl. Kapitel 5.2.2).

Zum Abschluss der Ausführungen dieses Unterkapitels, das zum Ziele hatte, die Begrifflichkeiten des Gewissens und der moralischen Integrität in der Medizinethik für die weitere Beschäftigung mit den COs angemessen zu bestimmen, lassen sich folgende Kernaussagen resümieren: Das Gewissen wird aufgefasst als Quelle subjektiver Normativität, die das Urteilen des autonomen Individuums sowohl mit prospektiv weisendem als auch mit retrospektiv beurteilendem Charakter beeinflussen kann. Es geht dabei um die Kohärenz zwischen inneren moralischen Überzeugungen und äußerem Handeln. Eine Ausrichtung des eigenen Verhaltens nach Gewissensgründen umfasst dabei mehr als eine Orientierung an externen Regeln, vielmehr geht es um ein inneres Überzeugtsein von der Richtigkeit eigener sittlicher Maßstäbe. Obgleich eine Förderung des Gewissens als prüfende und weisende moralische Instanz mit verschiedenen Schwierigkeiten verbunden sein kann und Missverständnisse sowie ein gewisses ‚Missbrauchspotential‘ nicht ausgeschlossen werden können, ist der Schutz des Gewissens dennoch erstrebenswert. Denn der auf diese Weise verwirklichte moralischen Integrität wohnt, so eine von allen referierten Autoren geteilte Ansicht, ein intrinsischer Wert inne. Der Schutz dieser Integrität erfordert eine unbedingte Beachtung bestimmter grundlegender Prinzipien, die für die eigene Persönlichkeit fundamental wichtig sind, und eine kohärente Argumentationsstruktur der ethischen Beweggründe des eigenen Verhaltens.

### 2.1.3 Der Interessenkonflikt: *Conscientious Objections* im Widerstreit zwischen Patientenautonomie und moralischer Integrität des Arztes

Nach der Bestimmung dessen, was mit COs grundsätzlich gemeint ist, ihres Rahmens, nämlich der rechtlichen Legalität der zur Frage stehenden Therapie, ersten Überlegungen zu ihrem Entstehen und ihrer Erörterung im Kontext von Gewissen und moralischer Integrität, bedarf die weitere Auseinandersetzung mit COs nun der Bezugnahme auf einen Interessenkonflikt, der für die weitere Diskussion wesentlich ist: Auf der einen Seite steht das Recht des Patienten auf den Zugang zu einer humanen individualisierten Medizin auf hohem Standard. Hierzu zählt insbesondere sein Recht auf körperliche Selbstbestimmung im weitesten Sinne. Dabei handelt es sich zum einen um sein Anspruchsrecht auf bestimmte medizinische Maßnahmen und zum anderen um sein Abwehrrecht gegen gewisse medizinische Behandlungen. Ein Zuwiderhandeln gegen letzteres, so viel sei an dieser Stelle schon vorweggenommen, kommt einer Verletzung der Rechtspflicht des Arztes gleich und stellt strafrechtlich den Tatbestand der Körperverletzung des Patienten dar (vgl. Kapitel 3.2.1 und 5.1). Auf der anderen Seite steht das hier zu diskutierende Recht des Arztes auf die praktische Umsetzung seiner COs in der klinischen Praxis. Es steht also ein Recht zur Debatte, Gewissensgründe ungestraft zu befolgen, das Handeln nach eigenen ethischen Überzeugungen auszurichten und somit letztlich die eigene moralische Integrität zu wahren.

Insbesondere in medizinethischen Grenzsituationen, welche den Beginn und das Ende menschlichen Lebens betreffen, kann es zu Konflikten zwischen diesen Interessen sowie Rechten von Patient und Arzt kommen. Chavkin et al. sprechen diesbezüglich von der Situation des Arztes als „dual commitments toward their own conscience and their obligations to patients' health and rights“ ([19], S. 41). Der Arzt trägt eine professionelle Verpflichtung dem Wohl und Willen seines Patienten sowie eine normative Verpflichtung seinem Gewissen gegenüber. Dies wird auch in Wicclairs Differenzierung der Rollen des Arztes als „professional“ und als „*moral agent*[s]“<sup>16</sup> ([92], S. 44) deutlich. White spricht diesbezüglich von der „external“ gegenüber der „internal integrity“ des Arztes ([89], S. 1804). Beiden Ansprüchen zu genügen, ist nicht immer möglich – wie eben im Falle des Auftretens von COs, die einer vom Patienten geforderten legalen

---

<sup>16</sup> Hervorhebung durch Autor.

medizinischen Vorgehensweise gegenüberstehen. Es verbergen sich nämlich folgende zwei Gefahren in dieser Konfliktsituation: Zum einen, dass die Verpflichtung des Arztes gegenüber Wohl und Autonomie des Patienten, möglicherweise sogar in Bezug auf sein starkes Abwehrrecht, zugunsten einer Befolgung eigener normativer Beweggründe nicht erfüllt wird. Zum anderen, dass der Arzt zwar den Patienten gemäß dessen Wünschen behandelt, dabei jedoch seine eigene moralische Integrität verletzt. Wicclair äußert dazu „that providers with conscience-based objections have legitimate *integrity interests* and patients have legitimate *access interests*.“<sup>17</sup> ([91], S. 11) Er betont so die dilemmatische Struktur des Konflikts, nämlich, dass es sich zunächst um legitime Interessen beider Parteien handelt und dementsprechend eine einfache Lösung nicht existiert. Dies führt zu der Annahme, dass für den adäquaten Umgang mit ärztlichen COs häufig eine Kompromisslösung gefunden werden muss, die grundsätzliche Rechte des Patienten schützt, seinen Ansprüchen aber ggf. auch Grenzen setzt und die die Gewissensausübung des Arztes zwar erlaubt, dieser aber deutliche Limitationen auferlegt (Kapitel 5.2.2). Später ist näher zu erläutern, welches Verhältnis zwischen Anspruchs- und Abwehrrechten des Patienten und dem zur Diskussion stehenden ärztlichen Recht auf Gewissensausübung besteht, im ethischen sowie im rechtlichen Kontext. Es sei aber noch einmal vorweggenommen, dass eine ärztliche Zuwiderhandlung gegen das Abwehr- oder Widerspruchsrecht des Patienten sowohl als juristisch unzulässig wie auch als moralisch nicht vertretbar qualifiziert werden muss, weil es gegen das fundamentale Selbstbestimmungsrecht verstößt (vgl. Kapitel 5.1).

Für Combs et al. stellen sich aus der Überlegung zu den im ungünstigsten Falle widerstreitenden Interessen beider Parteien die Fragen nach der Möglichkeit ihrer Vereinbarkeit und andernfalls der Notwendigkeit der Priorisierung von Interessen:

These debates take place within and are informed by broader disagreements over how to *balance* and *prioritize* different ethical principles and concerns in the practice of medicine. Physicians' freedom to refuse medical interventions for reasons of conscience has been defended on the grounds that medicine as a moral practice depends on physicians doing that which they in good faith believe is in the patient's interest, and also that physicians have a right to protect their integrity by acting according their values. Yet, critics argue that such refusals violate patient autonomy and unjustly make patients' access to

---

<sup>17</sup> Hervorhebung NP.

healthcare services dependent on the personal values of individual physicians.  
<sup>18</sup> ([21], S. 398)

Hier kommt die Befürchtung zum Ausdruck, dass die Behandlung von Patienten und ihr Zugang zu medizinischer Versorgung abhängig sein könnte von den individuellen Werten des Arztes, die er in der Ausübung seiner Gewissensfreiheit geltend macht und die zu einer Gefährdung der Autonomierechte des Patienten führen. Der Verstoß gegen grundsätzliche medizinethische Prinzipien könnte also das Resultat uneingeschränkt zugelassener COs sein.

Chavkin et al. finden nun hinsichtlich der Fragen nach den widerstreitenden Interessen und nach der Notwendigkeit der Priorisierung von Prinzipien, wie sie Combs et al. gestellt haben, eine klare Antwort, derzufolge ärztliche Vorbehalte nur *sekundär* im Verhältnis zu ihrer Pflicht dem Patienten gegenüber sein dürfen und die Autonomie des Patienten oberste Handlungsmaxime des Arztes sein müsse (vgl. [19], S. 42).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Uneinigkeit über die Gewichtung von Interessen des Arztes und Rechten des Patienten im Zentrum der Diskussion zur Rolle von COs in der klinischen Praxis steht.

An die Erwägung der widerstreitenden Interessen knüpft sich die Frage, welche Rolle persönliche Wertevorstellungen im praktischen Handeln des Arztes generell spielen können oder dürfen. Es liegt auf der Hand, dass die Problematik der COs auch abhängig vom Verständnis der Arzt-Patienten-Beziehung ist. Savulescu verdeutlicht diesen Zusammenhang: Er kritisiert, dass den Wertvorstellungen des Arztes in der Praxis stets eine übergeordnete Rolle zugeordnet werde: früher im Sinne eines starken Paternalismus, der eine Entscheidung nach ärztlichem Ermessen im Interesse des Patienten, aber letztlich doch allein nach den eigenen Überzeugungen des Arztes beinhaltete, und heute, in Zeiten einer zunehmenden Stärkung der Autonomierechte des Patienten und des größeren Respekts vor seiner Selbstbestimmung, in Form von COs (vgl. [66], S. 294). ‚Weicher‘ oder ‚schwacher‘ Paternalismus, wie er in Fällen nicht autonom entscheidungs- und einwilligungsfähiger Patienten erforderlich sein kann, spielen in der CO-Debatte überwiegend keine Rolle. Vielmehr setzen Befürworter wie Kritiker der ethischen Relevanz von COs in aller Regel voraus, dass sich die COs gegen die Befolgung eines auto-

---

<sup>18</sup> Hervorhebung NP.

nomen Patientenwillens richten. Savulescu fasst die Zulassung von Gewissensvorbehalten als das Handeln bestimmende Beweggründe jedenfalls generell als Ausdruck einer zu starken Gewichtung der persönlichen Werte des verantwortlichen Arztes auf.

Offensichtlich spielen die Gewichtung und das Verhältnis der (moralischen) Überzeugungen von Arzt und Patient für die Auseinandersetzung mit den COs und dem ihnen zugrundeliegenden Interessenkonflikt gewichtige Rollen. Magelssen hält es für wichtig, klarzustellen, dass es bei den COs *nicht* um eine Überordnung der Vorstellungen, Ansprüche und Überzeugungen des Arztes und die gleichzeitige Ablehnung der Werte des Patienten handle: „A sense of moral disapproval of the patient's choices or lifestyle“ ([54], S. 20) nennt er nämlich als eine der möglichen negativen Folgen oder Gefahren, die für den Patienten aus der persönlichen Verweigerung des Arztes resultieren könnten. Es gehe vielmehr um Vorbehalte des Arztes gegen eine medizinische Vorgehensweise aufgrund eigener normativer Ansprüche, aber nicht um die Ablehnung des Patienten aufgrund dessen moralischer Überzeugungen. Das Objekt der COs sollte demnach als eine Handlung oder Unterlassung in einer bestimmten Situation, nicht aber als Haltung gegenüber einem Patienten mitsamt seinen ethischen Wertvorstellungen definiert werden. Dieser Bezugspunkt, d.h. die Ausrichtung der COs auf eine Vorgehensweise innerhalb von bestimmten Rahmenbedingungen, nicht aber auf eine Person, sollte in der Exposition der Konfliktsituation der COs also ebenfalls Berücksichtigung finden. Ob es möglich ist, ärztliche Wertvorstellungen in eine Arzt-Patienten-Beziehung nach dem Modell des *Informed Consent*, d.h. mit dem Bild eines aufgeklärten und selbstbestimmten Patienten, zu integrieren, also Gewissensvorbehalte gegenüber dem Patienten offen anzusprechen und über normative Überzeugungen frei zu reden, bleibt später zu diskutieren (Kapitel 5.2.2).

Eine andere Sichtweise auf den Einfluss von persönlichen ärztlichen Wertvorstellungen auf medizinische Entscheidungen als die von Magelssen vorgebrachte, formuliert Savulescu: Er befürwortet im Allgemeinen einen Einfluss von Werten in der Frage danach, welche medizinischen Vorgehensweisen ein Gesundheitssystem generell anbieten solle und dürfe, sieht aber eine Einflussnahme der *persönlichen* moralischen Werte des *einzelnen Arztes* in der Entscheidung über sein Angebot an den *individuellen Patienten* kritisch (vgl. [66], S. 296). Um diesem Kritikpunkt zu begegnen, müsste man voraussetzen können, dass unter den Verantwortlichen ein Konsens über Wertvorstellungen in

der klinischen Praxis bestünde, sodass diese in Einklang mit der Auswahl des medizinischen Angebots im Allgemeinen gebracht werden könnten. Hieran schließt sich die Frage, inwiefern die auf ärztlichen Wertvorstellungen beruhenden COs bloß in einem individuell-situativen Kontext zu betrachten oder aber auch in größerem Rahmen, bezogen auf die Gesamtheit der Ärzte, zu untersuchen sind. Gewiss existieren ganz persönliche Vorbehalte, die sich einer Verallgemeinerung entziehen, doch ggf. lassen sich auch interindividuelle ärztliche Bedenken normativer Art aufdecken, die vielleicht Einfluss auf das Angebot medizinischer Maßnahmen im Allgemeinen nehmen könnten.

Eine kurze Zusammenfassung soll dieses Unterkapitel abschließen: Das Gewissen als Quelle normativer Überzeugungen und sittlicher Ansprüche spielt, den bisherigen Überlegungen gemäß, eine gewichtige Rolle in der moralischen Urteilsbildung. Inwiefern dies in der tatsächlichen Entscheidungssituation des Arztes am Lebensende eines Patienten als alleiniger Erklärungsansatz für seine persönliche Verweigerung von bestimmten medizinischen Vorgehensweisen zum Tragen kommen darf, bleibt zu untersuchen. Die Verweigerung wird mit individuellen ethischen Überzeugungen begründet, die im Sinne einer antizipierenden Abwehrhaltung gegenüber der geforderten Vorgehensweise als solcher oder ihrer Ablehnung unter bestimmten Umständen verstanden werden können. Die COs umfassen aber auch ein retrospektives Reflektieren über die Kongruenz und Stimmigkeit zwischen innerer ethischer Haltung und äußerer Handlung. Ob über den im individuellen Rahmen weisenden und orientierenden Charakter des Gewissens hinaus ein Anspruch auf eine Außenwirksamkeit ärztlicher COs bestehen kann, bleibt offen für die weitere Diskussion. Die COs der Ärzte stehen jedenfalls im Konflikt widerstreitender Interessen: einerseits die identitätsbestimmende, aber rechtlich nicht einklagbare moralische Integrität des Arztes und andererseits das Patientenrecht auf Selbstbestimmung. Diesen Aspekten liegt v.a. die Auffassung des Gewissens als prüfendes Bindeglied zwischen innerer ethischer Haltung und äußerer Handlung sowie die der moralischen Integrität als auf festen moralischen Prinzipien und Schlüssigkeit fußendem Handlungsmaßstab zugrunde. Gewissensvorbehalte sind dann zu verstehen als eine Art ‚Störfaktor‘ bezüglich der Kohärenz, Folgerichtigkeit und Harmonie von sittlichen Ansprüchen und dem Handeln oder Unterlassen.

Dass es neben den ärztlichen COs, wie sie nun v.a. durch die Arbeiten von Wicclair,

Childress und Scherkose näher bestimmt wurden, auch Vorbehalte anderer Natur geben könnte, geht aus den Überlegungen des nachfolgenden Kapitelabschnitts hervor. In ihm wird der Versuch unternommen, die Gewissensvorbehalte systematisch gegen Bedenken anderer Art abzugrenzen und weitere begriffliche Klärungen vorzunehmen.

## 2.2 Über die Notwendigkeit und den Versuch der Abgrenzung von *Conscientious Objections* gegenüber Vorbehalten anderer Art

Die Gewissensvorbehalte von Ärzten gegenüber dem Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen sind als eine von vielen ‚Bürden‘ anzusehen, die der Durchführung dieser rechtlich eindeutig zulässigen Form der Sterbehilfe letztlich im Wege stehen können. Ziel dieses Unterkapitels ist es daher, die Eigenschaften der COs als *eine* der möglichen ‚inneren Barrieren‘ gegen das Handeln gemäß dem Patientenwunsch oder wider die allgemein als legal und richtig angesehene Praxis der ‚passiven‘ Sterbehilfe von anderen Motiven der ärztlichen Verweigerung abzugrenzen und auf diese Weise genauer herauszuarbeiten. Möglicherweise sind die COs dasjenige Hindernis, welchem man am schwierigsten ‚etwas entgegensetzen‘ kann, liegt ihm doch eine tiefe innere moralische Überzeugung zugrunde, die letztlich für die Integrität sowie Identität des Arztes von entscheidender Relevanz ist. Ein Versuch der inhaltlichen Differenzierung verschiedener Arten ärztlicher Vorbehalte sowie der Abgrenzung von COs gegenüber Bedenken, die nicht primär aus Gewissensgründen zu erklären sind, erscheint daher sinnvoll. So kann letztlich der von dem US-amerikanischen Bioethiker Wear als „true conscientious objector“ ([88], S. 154) bezeichnete Arzt identifiziert und charakterisiert werden. Diese enge Definition ‚echter‘ COs, deren Festlegung das hauptsächliche Anliegen dieses Kapitels ist, soll fortan und v.a. auch bei der Selektion und Untersuchung empirischer Evidenzen vorausgesetzt sein und angewendet werden.

Es gibt in der Literatur durchaus Hinweise darauf, dass eine Abgrenzung der COs gegenüber anderen Beweggründen für die persönliche Verweigerung vorgenommen wird, doch lässt sich die im Folgenden vorgestellte Einteilung so eindeutig nirgends finden. Ob es sich um eine angemessene Strukturierung handelt, wird sich bei der Analyse der Studien zu COs gegen die Sterbehilfe unter praktizierenden Ärzten zeigen (vgl. Kapitel 4.2.2).

Wir folgen hier einer Forderung von Wicclair: „Hence, conceptual clarity requires *carefully distinguishing* between refusals that are, and are not, conscience based“<sup>19</sup> ([91], S. 3). Diese Forderung unterstützt das Ziel dieses Kapitels, eine begründete Unterscheidung unterschiedlicher Arten der Bedenken vorzunehmen. Auch von Chavkin et al., die sich nicht auf das hier zur Debatte stehende Thema der COs im Rahmen der Sterbehilfe beziehen, sondern diese im Zusammenhang mit Schwangerschaftsabbrüchen thematisieren, wird dieses Ziel artikuliert:

However, it is difficult to disentangle the impact of conscientious objection when it is one of many barriers to reproductive healthcare. It is conceptually and pragmatically complicated to sort the contribution to constrained access to reproductive care attributable to conscientious objectors from that due to limited resources, restrictive laws, or other barriers. ([19], S. 42)

V.a. aber bringen der US-amerikanische Bioethiker Wear und seine Kollegen die Notwendigkeit einer Abgrenzung der *Conscientious Refusals* von ärztlichen Bedenken anderer Natur zum Ausdruck und legen die Hypothese nahe, dass diese anderen Vorbehalte möglicherweise ausgeräumt werden könnten:

Legal and emotional barriers also obtain, as well as the difficulty of going against the grain of what is seen as ordinary or traditional practice. The problem of the presence of such autonomy diminishing behaviors in hospitals may thus be substantially diminished by attempting to address their legal, psychological and emotional roots. ([88], S. 154)

Im Gegensatz zu rechtlichen, psychologischen oder emotionalen Barrieren, deren ‚Wurzel‘ erfassbar und entsprechender Beratung eher zugänglich ist, ist der Ursprung der COs, nämlich das Gewissen selbst, aber nicht einfach ‚umzustimmen‘. Der Äußerung, dass sich das die Patientenautonomie gefährdende Verhalten von Ärzten zum Teil durch entsprechende Aufklärung und Beratung beseitigen ließe, schließen sie dann die höchst relevante Frage an:

But what of the *true conscientious objector* here, the clinician who is not just legally nervous about such withdrawals, slow to accept that his patient may not make it, or just finds such withdrawals to be distasteful or discomforting?<sup>20</sup> ([88], S. 154)

Um dieser Frage nachgehen zu können, soll nun eine eigene Differenzierung ‚echter‘ ärztlicher Gewissensvorbehalte gegenüber Bedenken anderer Natur versucht werden: In empirischen Studien und wissenschaftlichen Artikeln finden sich zum einen Hinweise

---

<sup>19</sup> Hervorhebung NP.

<sup>20</sup> Hervorhebung NP.

auf ärztliche Verweigerungen, die sich mit psychologischem Widerwillen und emotionalem Unvermögen erklären lassen (Kapitel 2.2.2). Zum anderen lassen sich Bedenken ausmachen, die im Folgenden als ‚COs im Irrtum‘ bezeichnet werden. Diese würden nicht existieren, wenn keine terminologischen Probleme hinsichtlich der Begriffe des Therapieabbruchs und -verzichts sowie der ‚passiven‘ Sterbehilfe im Allgemeinen und keine rechtliche Unsicherheit bezüglich legaler gegenüber juristisch verbotener Maßnahmen am Lebensende eines Patienten bestehen würden (Kapitel 2.2.1). Unabhängig davon, dass sich der Arzt bei der Ablehnung einer illegalen medizinischen Vorgehensweise zu seiner Rechtfertigung nicht auf COs berufen ‚muss‘, sondern mit dem Gesetzestext argumentieren kann, sind die Gewissensvorbehalte gegen die ‚passive‘ auch von anderer inhaltlich-moralischer Qualität als solche gegen die ‚aktive‘ Sterbehilfe. Im Zentrum dieser Arbeit stehen jedoch ausdrücklich nur jene ärztlichen Vorbehalte, die sich gegen die strafrechtlich und berufsethisch legitime ‚passive‘ Sterbehilfe wenden. Von beiden also sind die ‚echten‘ COs abzugrenzen, welche auf tiefen inneren moralischen Überzeugungen beruhen und eine normative Qualität haben (Kapitel 2.2.3). Hier lassen sich die vorgestellten Aspekte zum Gewissen erneut veranschaulichen und die anfänglich erarbeiteten Definitionen von Gewissen und moralischer Integrität prüfen.

### 2.2.1 ‚Conscientious Objections im Irrtum‘

Zunächst also sollen die ‚COs im Irrtum‘ betrachtet werden, beginnend mit solchen, die sich anhand rechtlicher Verunsicherung in der Ärzteschaft erklären lassen. Deutlich sei hervorgehoben, dass es sich dabei nicht um ‚echte‘ COs handelt und dass diese Art von Bedenken daher im Weiteren von der Reflexion über die Beschaffenheit ‚echter‘ Gewissensvorbehalte ausgeschlossen werden wird. Nichtsdestoweniger sollen sie, um die ‚echten‘ COs näher bestimmen und entsprechende Unterschiede aufzeigen zu können, an dieser Stelle zur Sprache kommen.

Ob sich seit den wegweisenden BGH-Entscheidungen von 1994, 2010 sowie 2014 an der Verunsicherung der Ärzte bezüglich legaler Maßnahmen am Lebensende eines Patienten etwas geändert hat oder, ob sie fortbesteht, ist mangels aktuellerer Erhebungen schwierig nachzuweisen (vgl. Kapitel 4.4). Jenen gerichtlichen Entscheidungen wird jedenfalls eine richtungsweisende und für mehr Rechtssicherheit in der Ärzteschaft sor-

gende Funktion hinsichtlich der Regelungen zur Sterbehilfe zugeschrieben (vgl. Kapitel 3.3).

Festzuhalten ist aber zunächst, dass Bedenken gegen irrtümlicherweise als illegal angesehene Maßnahmen und die damit verbundene Angst vor strafrechtlichen Konsequenzen deutlich von solchen Vorbehalten abzugrenzen sind, die *im* Wissen oder besser *trotz* des Wissens über die Legalität der zur Verweigerung stehenden Maßnahme bestehen. Savulescu erklärt:

Such wide variation in practice around late termination is due both to practitioners' differing values but also to legitimate *uncertainty about the legal status* of late termination for ‚milder‘ conditions. I have argued elsewhere that we urgently need to clarify the law in this area. In the absence of such clarification, practitioners have a legitimate right to refuse to provide a service which they believe to be illegal.<sup>21</sup> ([66], S. 296)

Hier wird also der Mangel an rechtlicher Klarheit beklagt und kritisiert. Er kann neben den wertebasierten Beweggründen und ‚echten‘ COs, ebenfalls einen Erklärungsansatz für die ärztliche Verweigerung darstellen. Ohne eine Klärung der genauen Regelung und damit im Zustand der ärztlichen Verwirrung oder Unsicherheit sei die Ablehnung nachvollziehbar und gerechtfertigt, merkt Savulescu diesbezüglich an.

Ein Vorbehalt gegen eine irrtümlich als illegal eingeschätzte Maßnahme bedarf jedenfalls einer völlig anderen ethischen Bewertung als ein solcher, der im Wissen über die Legitimität der Handlung besteht. Das Motiv, mit dem jemand eine Maßnahme unterlässt, die er als illegal einstuft, ist vielleicht sein Pflichtbewusstsein als Staatsbürger, seine darauf beruhende Anerkennung der rechtlichen Ordnung und nicht zuletzt seine Sorge, dass sein vermeintliches Fehlverhalten strafrechtliche Konsequenzen nach sich ziehen könnte. Verweigert ein Arzt aus den genannten Gründen (fälschlicherweise) die ‚passive‘ Sterbehilfe, so kann und darf er sich in seiner Rechtfertigung nicht auf COs im Sinne tiefer innerer moralischer Überzeugungen berufen. Die Zweifel hinsichtlich *tatsächlich* juristisch verbotener Maßnahmen oder Unsicherheiten bezüglich des rechtlichen Status bestimmter Praktiken bezeichnet Savulescu dagegen als legitime Vorbehalte. Es sei ein Recht des Arztes, sie zu äußern, und diese Situation bedürfe zunächst einmal rechtlicher Klärung. Jedoch muss bedacht werden, dass eine Orientierung an externen Regeln per se kein gewissenskonformes Handeln darstellt. Denn nicht das ‚autoritäre‘, sondern das ‚autonome‘ Gewissen ist für das Wesen der COs schließlich entschei-

---

<sup>21</sup> Hervorhebung NP.

dend. Auch Beck et al. differenzieren zwischen „consider a *justifiable* option on the one hand, and what they consider *legal* on the other“<sup>22</sup> ([6], S. 13). Diese Formulierung deutet ebenfalls an, dass es einen relevanten Unterschied darstellt, sich über die ethische Vertretbarkeit oder aber über die rechtliche Erlaubtheit einer Handlung oder Unterlassung Gedanken zu machen. Wird ersteres anhand des Gewissens, also persönlicher moralischer Wertvorstellungen und normativer Überzeugungen, ermessen, ist der Maßstab des letzteren die Gesetzgebung, d.h. eine äußere Regel. Aus einer Zuwiderhandlung gegen diese externe Regel würde dementsprechend nicht primär ein Schaden an der Integrität und Identität des Betroffenen resultieren. Gerade diese fundamentale Bedeutung der praktischen Umsetzung der COs für die eigene Persönlichkeit ist aber eine Eigenschaft, die dem „true conscientious objector“ ([88], S. 154) ausdrücklich zugeschrieben werden kann.

Deutlich muss an dieser Stelle jedoch abermals auf die rechtlich eindeutige Erlaubtheit der ‚passiven‘ Sterbehilfe verwiesen werden, sodass eine ärztliche Verweigerung des Therapieabbruchs am Lebensende eines Patienten überhaupt nicht anhand von rechtlichen Regelungen begründet werden kann, sofern der Wunsch des Patienten zur Sterbehilfe besteht. Van Oorschot und Simon kritisieren in einem Aufsatz, in dem es u.a. um das Begriffsverständnis von Ärzten und Richtern hinsichtlich der ‚passiven‘ Sterbehilfe geht, die fehlende Kenntnis rechtlicher Vorgaben. Damit verbunden seien Missverständnisse und Fehleinschätzungen, die letztlich dazu führen würden, dass legale Maßnahmen, wie eben der Therapieabbruch am Lebensende, in der Praxis überhaupt nicht durchgeführt würden (vgl. [86], S. 45).

Ursachen der ärztlichen ‚COs im Irrtum‘ gegen die ‚passive‘ Sterbehilfe sind Informationsdefizite und Verwirrungen bezüglich rechtlicher Regelungen. Der Maßstab von ‚echten‘ COs sind jedoch sittliche Ansprüche, wenn das Gewissen nach der anfänglichen Definition als Quelle subjektiver Normativität und als prüfendes sowie weisendes Bindeglied zwischen innerer Überzeugung und äußerem Tun verstanden wird.

In diesem Zusammenhang ist der wesentliche Unterschied zwischen der *Civil Disobedience* (CD) und den *Conscientious Objections* (COs) erneut deutlich zu benennen, der sich v.a. im Verhältnis bestehender Bedenken zum Gesetz niederschlägt: Während bei

---

<sup>22</sup> Hervorhebung NP.

den COs die Bewahrung persönlicher fundamentaler moralischer Prinzipien das Ziel der Verweigerung ist, geht es bei der CD per definitionem um die Verletzung des Gesetzes, einen öffentlichen Protest aus politisch-moralischer Überzeugung und v.a. um das Ziel, die Rechtslage zu ändern (vgl. [92], S. 11).

Nicht nur hinsichtlich des rechtlichen Rahmens, sondern auch bezüglich der Begrifflichkeit der ‚passiven‘ Sterbehilfe bestehen Verunsicherungen, Missverständnisse und Informationsdefizite in der Ärzteschaft. Hier finden sich weitere ‚COs im Irrtum‘. Wird eine Handlung oder Unterlassung nicht mit dem Begriff bezeichnet, der ihr nach allgemeinem Verständnis wie auch in der rechtlichen Terminologie zugeordnet ist und besteht eine CO gegen die irrtümlicherweise so bezeichnete Vorgehensweise, so muss auch diese Art des Vorbehalts von den ‚eigentlichen‘ Gewissensbedenken aufgrund innerer ethischer Überzeugungen abgegrenzt werden. Es lassen sich in der Literatur beispielsweise viele Hinweise darauf finden, dass der Therapieabbruch (WD) gegenüber dem Therapieverzicht (WH) bezüglich lebenserhaltender Maßnahmen fälschlicherweise nicht in den Rahmen der legalen Formen der Sterbehilfe eingeordnet wird. Wenn nun ein Arzt eine Therapielimitierung beim terminal kranken Patienten verweigert, weil er irrtümlicherweise denkt, der Abbruch einer lebenserhaltenden Behandlung falle nicht in den Bereich der rechtlich erlaubten ‚passiven‘ Sterbehilfe, dann handelt es sich eben *nicht* um ‚echte‘ COs. Denn seine Verweigerung erfährt keine moralisch-normative Begründung im eigentlichen Sinn. In diesem Fall werden nur *angebliche* COs hervorgebracht, die darauf beruhen, dass nicht bekannt ist, was ‚passive‘ und ‚aktive‘ Sterbehilfe konkret meinen und ausschließen.

In Bezug auf die irreführende Terminologie der Sterbehilfe kann insbesondere kritisiert werden, dass der Begriff der ‚passiven‘ Sterbehilfe, in kontraintuitiver Weise, nicht nur das Unterlassen lebenserhaltender Maßnahmen, sondern eben auch ihren vermeintlich ‚aktiven‘ Abbruch bzw. das vermeintlich ‚aktive‘ Reduzieren von Behandlungsdauer und -intensität umfasst. Auch die palliativmedizinische Bezeichnung ‚Sterbenlassen‘ könnte die weiterhin bestehende ‚aktive‘ Aufgabe des Arztes als Sterbebegleiter missverständlicherweise unterschlagen (vgl. [86], S. 49). In dieser sprachlichen Verunsicherung ist sicherlich Raum gegeben für Zweifel und Vorbehalte der Ärzte. Nach heutiger Terminologie ist der sprachlichen Verunsicherung bezüglich des Begriffs der ‚passiven‘

Sterbehilfe offiziell Abhilfe geschaffen worden, indem der Begriff der Behandlungsbegrenzung das Unterlassen, Reduzieren oder Beenden von Maßnahmen mit lebensverlängernder Intention umfasst und sprachlich *keine* Unterscheidung bezüglich des Handlungsmodus des Arztes getroffen wird. Doch scheint in der Praxis die ‚aktiv-passiv‘-Unterscheidung mitsamt den mit ihr verbundenen sprachlichen Missverständnissen noch immer präsent zu sein. Wenn es um die Beschränkungen dieser Arbeit geht, wird dies erneut zur Sprache kommen (vgl. Kapitel 4.4).

Bei den Erwägungen zum WH und WD lebenserhaltender Maßnahmen durch den Arzt, die beide gleichsam Arten der legalen ‚passiven‘ Sterbehilfe unter den gegebenen Umständen darstellen können, muss jedoch auch Folgendes festgehalten werden: Neben den offensichtlich bestehenden terminologischen Barrieren und juristischen Missverständnissen scheint das WD im subjektiven Empfinden der Ärzteschaft mit größeren Bedenken verbunden zu sein als das WH. Dies ist eine Feststellung, die es im Folgenden auf emotionaler und psychologischer Ebene zu ergründen gilt.

### 2.2.2 Psychologisch zu begründende Vorbehalte

Wie schon im eingangs gewählten Zitat mit „psychological and emotional roots“ (vgl. S. 40. [88], S. 154) akzentuiert, lassen sich einige Bedenken der Ärzteschaft gegen die Therapiebegrenzung am Lebendende sicherlich auch psychologisch erklären. Die ärztliche Entscheidung, die lebenserhaltende Therapie eines Patienten zu beenden oder vorzuenthalten und ihn auf diese Weise sterben zu lassen, kann zweifellos mit einer starken gefühlsmäßigen Aversion und einem Empfinden des Widerwillens oder persönlichen Unvermögens verbunden sein, selbst wenn mit der Durchführung der Sterbehilfe der Patientenwille erfüllt würde. Wear et al. sprechen an dieser Stelle von „‚emotional‘ difficulty“ ([88], S. 153). Solche psychologisch-emotionalen Beweggründe ärztlichen Handelns können jedoch nicht primär als ‚echte‘ Gewissensvorbehalte gelten und müssen ebenso wie die Bedenken aufgrund von rechtlicher oder terminologischer Verwirrung von der Diskussion über ‚echte COs‘ kategorisch ausgeschlossen werden.

Gewiss besteht ein Zusammenhang zwischen psychologisch-emotionaler Abwehrhaltung und ethischer Ablehnung einer medizinischen Handlung. Der CO-Kontext dieser Arbeit sind ja gerade folgenschwere ärztliche Entscheidungen, die letztlich den Tod des

Patienten herbeiführen. Dennoch müssen Vorbehalte, die sich v.a. aus Gefühlen und Neigungen erklären lassen, aus verschiedenen Gründen entschieden von solchen abgegrenzt werden, die sich aus tatsächlichen Gewissensgründen ergeben und plausibel normativ begründet werden können. Dass z.B. eine Berufung auf das Gewissen auch einer Verschleierung eigentlich emotionaler Beweggründe gleichkommen könnte, lässt sich mit dem von Wicclair verwendeten Begriff des *Bias* benennen (vgl. [90], S. 6). Eine nicht ausreichende Eingrenzung der COs würde es zulassen, dass unter ihrem ‚Deckmantel‘ ein Ausrichten der Handlung nach primär persönlichen Interessen verschiedenster Art, so wie auch ein Sich-Leiten-Lassen von Emotionen versteckt und vermeintlich gerechtfertigt wird. Dieser Einwand muss bedacht werden, da schließlich niemand sicher nachweisen kann, ob die persönliche Ablehnung der Sterbehilfe letztlich psychologische Motive hat und Folge emotionaler Einflüsse des Arztes ist oder aber einer Ausrichtung an kohärent begründeten, normativen Überzeugungen sowie moralischen Wertmaßstäben folgt.

Die Erwägung dieser psychologisch-emotionalen Motive für das Urteilen der Ärzte wird, wie schon im vorigen Abschnitt angedeutet, insbesondere bei der Frage nach den Ursachen für die Ungleichbewertung von WH und WD lebenserhaltender Maßnahmen beim sterbenden Patienten im Empfinden der praktizierenden Ärzte deutlich: Rechtlich und ethisch zwar gleichsam als zulässig bewertet, scheint der Therapieabbruch gegenüber dem Therapieverzicht trotzdem mit einer stärkeren Abwehrhaltung in der Ärzteschaft verknüpft zu sein. Der Begriff der ‚passiven‘ Sterbehilfe umfasst nach deutschem Arztrecht eindeutig alle Formen der Therapielimitierung am Lebensende und trifft dabei *keine* Unterscheidung hinsichtlich des ärztlichen Handlungsmodus. Dies geht aus den Grundsätzen der Bundesärztekammer (im Folgenden BÄK) zur ärztlichen Sterbebegleitung aus dem Jahr 2011 hervor (vgl. Kapitel 3.2.2). Der offensichtliche Sterbevorgang solle nicht künstlich in die Länge gezogen werden, und sofern dies dem Willen des Patienten entspräche, solle das Sterben durch „*Unterlassen, Begrenzen oder Beenden* einer begonnenen medizinischen Behandlung“ möglich sein.<sup>23</sup> So kann es bei der erlaubten ‚passiven‘ Sterbehilfe durch den Arzt also um den Abbruch einer bereits begonnenen medizinischen Maßnahme, um die Reduktion von Intensität oder Dauer einer Therapie

---

<sup>23</sup> Grundsätze der BÄK zur ärztlichen Sterbebegleitung. Deutsches Ärzteblatt. Jg.108. Deutscher Ärzte Verlag GmbH. Köln. 2011. S. 346-348, hier S. 346. [97] Hervorhebung NP.

oder auch um den Verzicht auf eine lebenserhaltende oder -verlängernde Maßnahme beim sterbenden Patienten gehen.

Doch zeigen viele Studien, dass beispielsweise die mechanische Beatmung eines terminal kranken Menschen ‚aktiv‘ zu beenden oder die Flüssigkeitssubstitution intravenös oder subkutan abubrechen, bei den behandelnden Ärzten mit einem größeren Ausmaß an Bedenken verbunden zu sein scheint, als die genannten von vornherein zu unterlassen (vgl. [6], S. 11). Empirische Evidenzen für diesen zunächst nur vage theoretisch beschriebenen Sachverhalt sollen noch ausführlich angeführt werden (vgl. Kapitel 4.2.2). Die Erklärung für dieses Phänomen folgt jedenfalls keinem primär ethischen, sondern einem psychologischen Ansatz: Oorschot und Simon benennen die Schwierigkeit der Gleichsetzung von Handlungsmodi, d.h. Tun oder Unterlassen sowie Beginnen oder Abbrechen, und normativen Kategorien. Sie merken an, dass die Täterperspektive im Falle des WD oft mit Schuldgefühlen des verantwortlichen Arztes verknüpft sei und dass sie eine psychische Belastung für ihn darstellen würde ([86], S. 46). Auch Schoberberger et al. sehen in der direkteren Konfrontation mit dem Tod des Patienten als Konsequenz ärztlichen Handelns im Falle des WD die psychologische Ursache für das größere Ausmaß an Vorbehalten gegen diese Form der ‚passiven‘ Sterbehilfe (vgl. [70], S. 806). Die „emotional barriers“ ([88], S. 154), also das Ausmaß an innerem Widerstand des Arztes gegen die Sterbehilfe, sind hinsichtlich des Therapieabbruchs also ganz offensichtlich stärker ausgeprägt. Da dieser Zusammenhang aber nicht plausibel moralisch begründet werden kann, fällt er nicht unter die Kategorie der ‚echten‘ COs und ist somit am ehesten als psychologischer Vorbehalt zu klassifizieren.

Nach den vorausgesetzten Definitionen des Gewissens und der COs, können diese Beweggründe ärztlichen Handelns jedenfalls nicht als normativ bezeichnet werden. Einen Grenzfall stellt dabei die bereits zitierte Gewissensdefinition von Butler dar: „This principle in man by which he approves or disapproves his heart, temper, and actions is conscience.“ ([18], S. 30) Mit den Ausdrücken *Heart* und *Temper* ließe sich durchaus eine rein emotionale Aversion des Arztes gegen eine bestimmte medizinische Handlung erklären, doch der Zusatz „by which he approves or disapproves“ impliziert offenbar, dass jene Neigungen doch von ‚höherer Instanz‘ noch eine rationale Bewertung erfahren würden. Auch im Historischen Wörterbuch der Philosophie findet sich ein Verweis auf die rationalen sowie emotionalen Aspekte des Gewissensbegriffs: „Die autonome Be-

gründung des Gewissensanspruchs kann sich darstellen: als vorwiegend oder ganz von der Vernunft (ratio) geleitet, oder als wesentlich *vom eigenen Gefühl bestimmt (irrational, emotional)*<sup>24</sup> ([61], Sp. 591). Fest steht jedenfalls, dass eine allein aus psychologischen Motiven erfolgende ärztliche Verweigerung von bestimmten medizinischen Vorgehensweisen der an dieser Stelle vorausgesetzten Definition des Gewissens als Bindeglied zwischen der inneren moralischen Überzeugung und dem eigenen äußeren Tun nicht standhalten kann. Dementsprechend sind die psychologisch eruierbaren Bedenken klar von den ‚echten‘ COs abzugrenzen, die das Thema dieser Arbeit sind.

Außerdem sollte ergänzend eine Unterscheidung zwischen dem Begriff der COs und dem des „moral distress“ ([92], S. 9) getroffen werden, der ebenfalls ethische Kriterien und emotionale Motive verknüpft. Wicclair beschreibt *Moral Distress*, ohne dessen Bedeutsamkeit minimieren zu wollen, als psychologische Herausforderung und Belastung des Betroffenen, die aber nicht das Ausmaß von Selbstzerstörung und Selbstbetrug erfülle, wie es Folge einer echten Gewissensverletzung sei (vgl. [92], S. 11). Außerdem sei der moralische *Distress* im Vergleich zu den COs viel alltäglicher und nicht auf medizinethische Problembereiche beschränkt (vgl. [92], S. 9). Die Begründung seien auch nicht prospektive moralische Bedenken gegen zukünftige Handlungen, sondern viel eher eine empfundene Verletzung allgemeiner Normen während des tatsächlichen Ausführens gewisser medizinischer Vorgehensweisen (vgl. [92], S. 10). Im Gegensatz zu COs handelt es sich also nicht um eine handlungsleitende Kraft, sondern um ein Empfinden während der Handlung selbst. Jedenfalls erfüllt *Moral Distress*, der in der Literatur häufig im Zusammenhang mit Burnout aufgegriffen wird, ebenso wenig die Kriterien der ‚echten‘ COs wie die psychologisch begründeten Vorbehalte.

Weiterhin macht es im Kontext psychologischer ärztlicher Bedenken Sinn, auf Haidt und seine Theorie des *Social Intuitionism* Bezug zu nehmen. Das kann hier allerdings nur im Rahmen eines knappen Exkurses geschehen. Im Gegensatz zu Kants Auffassung der Urteilsbildung aus reiner Vernunft werden hier Gefühl und Verstand als zwei Formen der Kognition, die beim moralischen Urteilen eine Rolle spielen, aufgefasst. Der soziale Intuitionismus Haidts beseitigt in den Augen seiner Befürworter die „false dichotomy“ ([2], S. 3) zwischen Emotion und Vernunft. Zunächst komme es beim Fällen

---

<sup>24</sup> Hervorhebung NP.

einer Entscheidung zu einer schnellen, automatischen, ohne Introspektion erfolgenden, emotionalen Bewertung, woraufhin sekundär als „post hoc justification“ ([2], S. 3) und Bestätigung der initial schon formulierten Hypothese der Vernunftgebrauch erfolge. Haidt selbst untermalt die untergeordnete Rolle der moralischen Vernunft mit der Metapher „*the tail wagged by the intuitive dog*“<sup>25</sup> ([37], S. 48), um den primär intuitiven Charakter der moralischen Urteilsbildung zu illustrieren. Damit reduziert die Theorie von Haidt die Rolle der Vernunft in der moralischen Urteilsbildung gegenüber ihrer großen Bedeutung in den Modellen etwa von Piaget und Kohlberg, welche in Anlehnung an Kant die Entwicklung bzw. Genese moralischer Urteilsbildung als kognitiven, vernunftgeleiteten Prozess erklären.

Haidts Theorie des sozialen Intuitionismus für das Zustandekommen moralischer Urteile scheint weder kompatibel zu sein mit der Forderung von Scherkose, der die „integrity-within-reason“ ([68], S. 29) bezüglich des gewissen geleiteten Handelns als wichtige Eigenschaft postuliert, noch mit der Forderung von Childress, der Kohärenz und Stimmigkeit von inneren moralischen Überzeugungen und eigenen äußeren Handlungen als kennzeichnend für die Orientierung an Gewissensgründen sieht. Denn bei Haidt sind die gemäß den bisherigen Erklärungen für das Verständnis des Gewissens so essentiellen normativen Wertmaßstäbe, wenn überhaupt, dann nur in Form von Intuitionen erkenntlich, nicht aber primär als Gegenstände der Reflexion.

Antiel et al. setzen sich theoretisch und empirisch mit Haidts moralpsychologischem Erklärungsansatz auseinander. Sie stellen, teils in Anlehnung und teils in Abgrenzung zu den vier bioethischen Prinzipien nach Beauchamp und Childress, fünf „moral foundations“ vor, die bei der zunächst rein intuitiv-emotionalen Urteilsbildung zum Ausdruck kämen ([2], S. 4). Die Prinzipienethik der beiden amerikanischen Bioethiker spreche sich für die Anerkennung von vier „Prinzipien mittlerer Reichweite“ aus, die sich zwischen allgemeinen und spezifischen Handlungsanweisungen befinden und die in der Begründung von ethischen Urteilen anzuwenden seien: das Autonomie-Prinzip, das Non-Malefizienz-Prinzip (Schadensvermeidung), das Benefizienz-Prinzip (Fürsorge) und das Gerechtigkeitsprinzip (vgl. [71], S. 4). Haidt beschreibt nun Dimensionen der moralischen Intuition, von ihm als *Moral Foundations* bezeichnet, die beim Prozess der Urteilsbildung zum Tragen kommen. Diese stellt er in Gegensatzpaaren dar:

---

<sup>25</sup> Hervorhebung durch Autor.

„care/harm, fairness/cheating [...], loyalty/betrayal, authority/subversion, or sanctity/degradation“<sup>26</sup> ([2], S. 4). Im ersten und letzten Paar lässt sich jeweils eine Parallele zum Prinzip der Benefizienz feststellen, im zweiten das der Gerechtigkeit wiedererkennen. Die verschiedenen Positionen in ethischen Kontroversen erklären die Autoren im Allgemeinen durch eine unterschiedliche Bewertung dieser beschriebenen Dimensionen der moralischen Intuition und beziehen dies auch konkret auf die Frage nach den ärztlichen COs gegen die Sterbehilfe. Tilburt et al. wiederum nehmen darauf Bezug, indem sie von den „deep drivers of moral discord in medicine“ sprechen und ihre Hoffnung zum Ausdruck bringen, dass die Kenntnis über diese (*emotionalen*) Beweggründe in der ärztlichen Urteilsbildung einen konstruktiven Dialog über bestehende Probleme, wie etwa den Umgang mit ‚passiver‘ Sterbehilfe, ermöglichen könnte (vgl. [81], S. 6). Bei der Diskussion von Lösungsansätzen für den Umgang mit COs bzw. auch mit ärztlichen Vorbehalten anderer Natur muss dieser Aspekt bedacht werden (vgl. Kapitel 5.2).

Die skizzierte Debatte um Haidts Theorie des *Social Intuitionism* macht jedenfalls deutlich, dass der psychologische Erklärungsansatz ärztlicher Bedenken nicht nur im Sinne einer widerstrebenden Gefühlsneigung des Arztes gegen die Sterbehilfe eine Rolle spielen könnte, wie zu Beginn dieses Abschnitts erklärt worden ist. Vielmehr könnten, je nach dem zugrunde gelegten Moralverständnis, neben der Vernunft auch Emotionen *genuine* Aspekte für die moralische Entscheidungsfindung sein. Vereinen ließe sich ein solches Verständnis der Urteilsbildung und den damit verbundenen Gewissensvorbehalten möglicherweise mit der vorab genannten Definition: „The principle in man by which he approves or disapproves his heart, temper, and actions is conscience.“ ([18], S. 30) Denn hier spielen auch, wie sich durch die Verwendung von Ausdrücken wie ‚Herz‘ und ‚Gemütsart‘ oder ‚Stimmung‘ zeigt, Emotionen eine wesentliche Rolle. Doch nach der vorausgesetzten Definition des Gewissens als Bindeglied zwischen innerer moralischer Überzeugung und äußerer Handlung können derartige Bedenken nicht als ‚echte‘ COs bezeichnet werden. Sulmasy merkt ergänzend an, dass das Gewissen als Ursprung der COs keinesfalls als eine Art des Intuitionismus angesehen werden dürfe, da Intuitionen viel zu verschieden und ‚offen‘ seien, zu viele Möglichkeiten ließen, als dass sie eine Verpflichtung gegenüber der Moralität darstellen könnten (vgl. [80], S. 137).

---

<sup>26</sup> Hervorhebung durch Autor.

Abschließend ist festzuhalten, dass auch eine psychologisch-emotional erklärte Ablehnung von ‚passiver‘ Sterbehilfe keinen ‚echten‘ Gewissensvorbehalt aufgrund tiefgreifender innerer sittlicher Überzeugungen darstellt. So sind letztlich aus den Überlegungen zu den ärztlichen COs auch jene Fälle auszuschließen, die sich aus Gefühlsgründen nicht dazu in der Lage sehen, die geforderte medizinische Handlung durchzuführen und die sich ggf. intuitiv-emotional gegen den Therapieabbruch im Einzelfall wenden, ohne aber dabei ihr Verhalten kohärent und normativ begründen zu können.

### 2.2.3 ‚Echte‘ Gewissensvorbehalte

Jetzt gilt es herauszufinden, welche Gründe den „true conscientious objector“ ([88], S. 154) in unserem Kontext bewegen. Nach der bisherigen Untersuchung ist ein solcher Arzt dadurch charakterisiert, dass er sich weigert, das Sterben eines dies wünschenden Patienten durch Therapiereduktion, -abbruch oder -verzicht zu ermöglichen – obwohl er sich über die rechtliche Legalität dieser Optionen im Klaren ist, die relevanten terminologischen Differenzierungen richtig versteht und die genannten Optionen nicht aus rein emotionalen oder psychologischen Beweggründen ablehnt. ‚Echte‘ COs beruhen auf aufgeklärter Überzeugung, sind also durch das Fehlen von Ignoranz der Fakten, Missverständnissen und Irrtümern bezüglich der Rechtslage gekennzeichnet. Die Vorbehalte gehen in jedem Fall also über die Motive hinaus, die in den vorangegangenen beiden Unterkapiteln beschrieben worden sind.

Mit Wear et al. kann angenommen werden, dass sich ein solcher Arzt gewiss nicht einfach durch Beratungen, Aufklärungen, Gesprächsangebote und andere Hilfestellungen in seiner Position umstimmen ließe. Tiefe moralische Überzeugungen kennzeichnen seine Abwehrhaltung. Er sieht keine Kompatibilität zwischen seinen Gewissensgründen und der von ihm geforderten medizinischen Handlung – handle es sich dabei um den ausdrücklichen aktuellen, vorausverfügten oder mutmaßlichen Willen des Patienten oder um die institutionell vorgegebenen bzw. allgemein anerkannte Verfahrensweise in einer derartigen Situation. Sein Gewissen ist für ihn die Quelle der Normativität, aus ihm gehen sittliche Ansprüche, ethische Regeln und Maßstäbe für sein eigenes Verhalten hervor, gegen die er nicht verstoßen möchte oder kann. Die moralischen Beweggründe, die ihn davon abhalten, eine medizinische Maßnahme durchzuführen, könnten als „‚bottom-line‘ principles“ ([68], S. 32) betrachtet werden, als Grundsätze, gegen die

er unter keinen Umständen verstoßen möchte. Der Definition des Gewissens als „liaison between person's ethical convictions and actions“<sup>27</sup> ([90], S. 4) folgend, sind diese ‚echten‘ ärztlichen Gewissensvorbehalte eine Art ‚Störfaktor‘ bezüglich der Kohärenz und Folgerichtigkeit zwischen inneren ethischen Überzeugungen und äußerer Handlung. Die empfundene Inkongruenz und Unvereinbarkeit zwischen ethischen ‚bottom-line‘ principles“ und der geforderten Handlung oder Unterlassung resultiert in der Ablehnung von der erfragten medizinischen Handlung, u.U. zu Lasten des Patienten bzw. unter der Inkaufnahme der Verletzung seines Autonomierechts.

Diese aus den bisherigen Erkenntnissen des Unterkapitels hervorgehenden Aspekte charakterisieren also das Wesen der Bedenken sowie das Spannungsfeld, in dem diese ‚echten‘ COs des Arztes auftreten können und noch weiter untersucht werden müssen. Jedenfalls soll diese strenge Definition ‚echter‘ Gewissensvorbehalte, und nicht etwa die in den letzten beiden Unterkapiteln beschriebene Art ärztlicher Bedenken, fortan vorausgesetzt werden, wann immer von ärztlichen COs die Rede ist.

Veranschaulichen lässt sich die Situation des „true conscientious objectors“ ([88], S. 154) mit der von Martin Luther (1483-1546), dem theologischen Urheber der Reformation, und seiner Äußerung „Hier stehe ich. Ich kann nicht anders. Gott helfe mir. Amen.“<sup>28</sup> ([67], S. 115) Nicht, dass es einen inhaltlichen Bezug zwischen der an Gottes Gnadenzusage im Neuen Testament orientierten Lehre des Theologieprofessors Luther und dem Thema dieser Arbeit geben würde. Doch untermalt seine Äußerung, mit der er 1521 den Widerruf seiner Thesen vor dem Kaiser im Reichstag von Worms ablehnte, den Charakter einer Person, die aufgrund tiefer moralischer Überzeugungen und sittlicher Anforderungen an sich selbst handelt und sich nicht darin beirren lässt, das eigene Tun an Gewissensgründen auszurichten. Er bringt mit seiner Äußerung eine Alternativ- und Kompromisslosigkeit seines Vorgehens zum Ausdruck. Der Überlieferung nach, soll der Reformator Luther auch gesagt haben: „Daher kann und will ich nichts widerrufen, weil *wider das Gewissen etwas zu tun weder sicher noch heilsam ist.*“<sup>29</sup> ([67], S. 115) Es lassen sich in diesem historischen Zitat nun zwei der zentralen Punkte zum

---

<sup>27</sup> Childress J.F.: Appeals to Conscience. Ethics. S. 315-335. The University of Chicago Press. 89/1979. In [90], S 4.

<sup>28</sup> von Loewenich H.: Zur Freiheit befreit. Evangelische Kirche und evangelische Erziehung. In [67].

<sup>29</sup> Ebd. Hervorhebung NP.

Gewissensbegriff wiederfinden (vgl. Kapitel 2.1.2): Dass es nicht „sicher“ sei, gegen seine eigenen Gewissensgründe zu handeln, impliziert, dass diese im Umkehrschluss eine sichere Handlungsorientierung geben könnten und es demnach gut sowie erstrebenswert sei, das eigene Tun gemäß entsprechenden ethischen Beweggründen zu gestalten. Der Begriff „heilsam“, der sich auch im nicht spirituellen Sinne auffassen lässt, verweist auf die große Bedeutung des Gewissens für die eigene Identität und Integrität sowie im Gegenzug auf den persönlichen Schaden in Folge der Zuwiderhandlung.

Doch darüber hinaus, erwächst aus der Bezugnahme auf Luther, dessen Ausruf offensichtlich tiefe normative Überzeugungen ausdrückt, die Frage, inwiefern diese COs von moralischer Relevanz jenseits des eigenen Handelns sein und Anspruch auf allgemeine Gültigkeit erheben können. Denn letztlich sind Luthers Thesen ja als ein Anstoß an seinerzeit grundsätzlichen und allgemeinen kirchlich-strukturellen sowie religiös-inhaltlichen Grundlagen zu verstehen, die zu ändern seine Absicht war.

Nach diesem Exkurs zu der „Hier stehe ich!“-Äußerung Luthers sollen nun die Eigenschaften des „true conscientious objectors“ ([88], S. 154) konkretisiert und mögliche Parallelen zu dem Kirchenreformer gezogen werden.

Magelssen formuliert einen Kriterienkatalog zu Gewissensbedenken, die den „true conscientious objector“ näher charakterisieren können. Er beschreibt ‚echte‘ COs zunächst wie folgt: „Providing health care would seriously damage the health professional's moral integrity by constituting a serious violation of a *deeply held conviction*“<sup>30</sup> ([54], S. 19). Es werden also nicht die Vorbehalte als solche direkt definiert, sondern die mögliche Folge ihrer Nichtbeachtung: Würde der Arzt entgegen diesen moralischen Bedenken handeln, also nicht auf sein Gewissen hören, würde seine moralische Integrität schwerstens verletzt und ihm dementsprechend ein enormer persönlicher Schaden zugefügt. Dies setzt die Vorstellung voraus, dass die Gewissensgründe fundamental und existentiell wichtig für sein Selbstverständnis und seine Identität sind. Die moralische Integrität als Eigenschaft mit intrinsischem Wert und als für ein gutes sowie sinnhaftes Leben essentielle Disposition ist ein starkes Argument auf Seiten der COs, wie schon erläutert worden ist. Auch Wicclair erklärt, dass eine Handlung entgegen eigenen Wertmaßstäben einen Verlust an Selbstrespekt bedeuten würde und unterstützt damit

---

<sup>30</sup> Hervorhebung NP.

die Auffassung, dass die Befolgung des Gewissens große Bedeutung für die eigene Persönlichkeit hat (vgl. [91], S. 3).

Das von Scherkose beschriebene „sticking to one’s convictions“ ([68], S. 29), mit dem er die moralische Integrität definiert, lässt sich auf diesen Aspekt ebenfalls übertragen. Dieses Merkmal zeige sich insbesondere dann, wenn die eigenen ethischen Überzeugungen herausgefordert, angezweifelt, auf die Probe gestellt werden, wie es in der Entscheidung des Arztes am Lebensende eines Patienten sicherlich der Fall sein kann. In einer solchen Situation die eigenen normativen Ansprüche nicht aufzugeben – und dementsprechend eine medizinische Vorgehensweise möglicherweise als Konsequenz nicht auszuführen – wäre also ein Akt der moralischen Integrität. Luthers Ausruf „Ich kann nicht anderes!“ reflektiert ebenfalls das starke innere Bedürfnis und die offensichtliche Alternativlosigkeit im Handeln desjenigen, der gemäß eigenen Gewissensgründen und zugunsten seiner moralischen Integrität handelt. Diese zu bewahren, wird von Wicclair und vielen anderen als *das* wesentliche Motiv für das Ausrichten des eigenen Tuns an seinen moralischen Werten genannt, kann also definitiv als Merkmal des „true conscientious objectors“ herausgestellt werden.

Doch auch Magelssens zweites Kriterium ist hinzuziehen: „The objection has a *plausible moral or religious rationale*.“<sup>31</sup> ([54], S. 19) Obgleich sehr abstrakt formuliert, kann dieser Punkt ebenfalls Aufschluss über die ‚echten‘ COs geben. Nach welchen Maßstäben die Plausibilität gemessen werden soll und kann, wird zwar nicht erklärt. Doch wird hier verdeutlicht, dass sicher nicht jeder Vorbehalt überzeugend ist. Die geäußerten Bedenken sollten jeweils in sich schlüssig sein und Hinterfragungen standhalten können. Nur so sei es glaubwürdig, dass eine Durchführung der geforderten medizinischen Vorgehensweise tatsächlich eine tiefe Verletzung der moralischen Integrität des Arztes darstellen würde. Hier wird deutlich, dass diese Definition der COs viel weiter als die des psychologischen Ansatzes reicht, die ja v.a. den intuitiven und situativen Charakter der ärztlichen Vorbehalte in den Vordergrund stellt und Aspekte der Kohärenz sowie Plausibilität bei der Begründung der Verweigerung unbeachtet lässt. Das Merkmal der „integrity-within-reason“ ([68], S. 29), wie Scherkose es an früherer Stelle benennt, unterstreicht dieses Kriterium der ‚echten‘ COs zusätzlich.

---

<sup>31</sup> Hervorhebung NP.

Mit Magelssens Äußerung „When you act, you necessarily embrace the action’s principles or maxims“ ([54], S. 19) wird die geforderte Ernsthaftigkeit der ‚echten‘ COs verdeutlicht und auf den schon mehrmals erwähnten Aspekt der Allgemeingültigkeit der zunächst subjektiven Normativität hingewiesen. Fast erinnert diese Formulierung an Kants Kategorischen Imperativ, der ausdrückt, dass eigene Handlungsmotive immer hinsichtlich ihres allgemeinen Geltungsanspruchs und ihrer Regelmäßigkeit zu hinterfragen seien. Noch einmal bietet es sich an dieser Stelle an, Bezug auf die moralische Urteilsbildung zu nehmen: Fragt sich ein Arzt in der Entscheidungssituation, ob die Beweggründe für seine persönliche Verweigerung als eine allgemeine Regel Gültigkeit besitzen und tragbar sein könnten, so ist dies in Kants Sinne eine vernunftgeleitete Urteilsbildung: „Handle nur nach derjenigen Maxime, durch die du zugleich wollen kannst, dass sie ein allgemeines Gesetz werde.“ ([46], S. 421) Magelssen spricht metaphorisch davon, die der Handlung zugrundeliegenden Prinzipien ‚zu umarmen‘. Ob diese Auffassung ‚echter‘ Gewissensbedenken tatsächlich so weit gefasst ist, dass aus ihr eine Forderung zur Prüfung eigener Handlungsmaßstäbe auf ihre mögliche Allgemeingültigkeit abgeleitet werden könnte, sei dahingestellt. Doch der Bezug auf Kants Kategorischen Imperativ erscheint dennoch sinnvoll, um sich bewusst zu machen, was ein überzeugendes normatives Urteil auszeichnet und welchen Geltungsanspruch es haben sollte. So ist besser verständlich, wie ein „true conscientious objector“ zu seiner Entscheidung gelangen, diese plausibel rechtfertigen und glaubhaft begründen könnte.

Magelssen thematisiert des Weiteren die Idee der Kausalkette im Falle des Patiententransfers durch einen Arzt mit COs. Dies führt in der Suche nach den Charakteristika des Verweigerers und seiner moralischen Handlungsbegründung weiter:

A ‚serious violation‘ always involves participation in the causal chain leading to the disputed treatment. It is often maintained (for instance, by Britain’s General Medical Council) that the conscientious objector has a duty to arrange for referral to another doctor. This alleged duty is problematical in that it arguably demands that the doctor *play a part in the causal chain ultimately leading to the disputed medical procedure*.<sup>32</sup> ([54], S. 19)

Ein ethisch begründeter Vorbehalt verliere also dadurch an Glaubwürdigkeit, dass er in letzter Konsequenz nicht wirksam gemacht werde und auf diese Weise einer kausalen Hinterfragung letztlich nicht standhalten könnte. Denn müsste es nicht das Ziel und ein

---

<sup>32</sup> Hervorhebung NP.

großes inneres Anliegen des verweigernden Arztes sein, die medizinische Vorgehensweise, die er selbst als moralisch unzulässig empfindet, generell verhindern zu wollen? Aus dieser Perspektive muss, im Falle ernsthafter, aufrichtiger und überzeugender normativer Bedenken gegen die vom Patienten eingeforderte medizinische Handlung, dessen Überweisung ebenfalls als ethisch problematisch erachtet werden. Von Wicclair wird eine solche Überweisung als „*moral complicity*“<sup>33</sup> ([92], S. 35) bezeichnet, die sich der Ansatz des „*conscience absolutism*“ ([92], S. 34) in seiner Begründungsstrategie zunutze macht (Kapitel 5.2.1). Eine Überweisung des Patienten bedeutet dieser Auffassung gemäß jedenfalls eine ‚nur oberflächliche‘ Lösung des ethischen Problems durch eine Abgabe von Verantwortung in der konkreten Situation. Wegen der ‚moralischen Mittäterschaft‘ an der medizinischen Handlung ist der Patiententransfer aus Sicht des ‚Gewissensabsolutismus‘ intolerabel und im Umkehrschluss sind praktizierte COs uneingeschränkt zugelassen. Schüklenk äußert zum Kompromissvorschlag eines sich aus Gewissensgründen verweigernden Arztes kritisch und deutlich: „Looked at from a conscientious objector’s perspective, this compromise is anything but a compromise.“ ([72], S. 2) Von Davis wird die Widersprüchlichkeit eines trotz bestehender Gewissensvorbehalte überweisenden Arztes als „*referral inconsistency*“ ([27], S. 83) bezeichnet. ‚Echte‘ COs sind demzufolge unvereinbar mit dem Kompromiss des Patiententransfers. Man müsste diese Art von Bedenken sonst als inkonsequent qualifizieren, da ein Bruch in der Kohärenz und Stimmigkeit zwischen ethischen Überzeugungen und dem eigenen Tun bestünde. Doch bleibt bei all diesen Erwägungen unberücksichtigt, ob der sich aus eigenen moralischen Beweggründen verweigernde Arzt auch *ohne* Absolutheitsanspruch seiner Überzeugungen auftreten und ggf. tolerant gegenüber den ethisch-moralischen Ansichten anderer sein könnte. Eine solche Sichtweise wäre dann durchaus kompatibel mit der Praxis des Überweisens und würde dementsprechend einen moderaten Lösungsvorschlag zulassen, aber wohl nicht alle der anhand Luthers Position veranschaulichten harten Kriterien der ‚echten‘ COs erfüllen können. Die Einstellung des Arztes hinsichtlich der Überweisung an einen Kollegen scheint jedenfalls zum Teil als Prüfstein für die Ernsthaftigkeit und den empfundenen Geltungsanspruch der Gewissensvorbehalte angesehen zu werden und kann somit versuchsweise als Eigenschaft des „*true conscientious objectors*“ aufgenommen werden: Eine *starke* Form der CO würde

---

<sup>33</sup> Hervorhebung durch Autor.

einen Patiententransfer ausschließen. Scherkose unterstützt dies, wenn er über die moralische Integrität im Zusammenhang mit ‚echten‘ COs äußert:

Persons of integrity ‚stand for‘ their convictions, both individually (they do not cave in or backslide from inner weakness) *and socially* (they willing to affirm their convictions before others). Call this resolve in the face of threats and enticements *resoluteness*.<sup>34</sup> ([68], S. 29)

Integrität als Folge eines gewissenkonformen Handelns kann ihm zufolge also nicht in einem individuellen Rahmen verbleiben. Stattdessen sollte sie sich darüber hinaus auf einer gesellschaftlichen Ebene zeigen und demnach ‚eine Wirkung nach außen‘ haben, indem derjenige mit COs für seine moralischen Beweggründe ‚öffentlich‘ eintritt. Dies wiederum würde einen allgemeinen Geltungsanspruch von zunächst subjektiver Normativität und einen Geltungsbereich der Gewissensgründe über einen persönlich-individuellen Kontext hinaus bedeuten.

Wichtig für die Untersuchung von COs im medizinethischen Kontext, auch im Hinblick auf später zu diskutierende ethisch angemessene Umgangsmöglichkeiten, sind nun also folgende Unterscheidungen: ‚Echte‘ COs des Arztes sind dadurch gekennzeichnet, dass sie auf tiefgreifenden normativen „‚bottom-line‘ principles“ beruhen, stimmig sind und Hinterfragungen standhalten können, die Bewahrung moralischer Integrität ermöglichen, kompromisslos sind und dass ein Zuwiderhandeln gegen die Gewissensgründe zu einem enormen persönlichen Schaden des Betroffenen führen würde. Demgegenüber kann dies von den ‚COs im Irrtum‘ und den psychologischen Vorbehalten nicht behauptet werden. ‚Echte‘ COs fußen auf aufgeklärter Überzeugung, also auf Überzeugungen, die trotz des korrekten Verständnisses der Fakten, der Rechtslage und der vorherrschenden Ethikauffassung bestehen. Diese ‚echten‘ ärztlichen Gewissensvorbehalte können nun von ihrem Inhaber respektiert und auf diese Weise *handlungsweisend* werden. So ist das gewissenkonforme Handeln für den „true conscientious objector“ unumgänglich und alternativlos. Jedoch können diese Bedenken auch missachtet werden, sodass sie ohne praktische Auswirkungen für das Tun des Betroffenen bleiben. ‚Echte‘ und *handlungsleitende* COs des Arztes sind schließlich nur dann in letzter Konsequenz auch vollständig *praxisentscheidend*, wenn sie im Endergebnis zu einer Missachtung des Patientenwillens führen. Sie können aber auch eingeschränkt praxisrelevant für den Patienten sein und zwar dann, wenn die ärztliche Gewissensausübung in der Praxis limitiert wird,

---

<sup>34</sup> Hervorhebung NP.

indem der Arzt zum Patiententransfer an einen stellvertretenden Kollegen verpflichtet ist und die Behandlungswünsche des Patienten letztlich doch erfüllt werden.

Abschließend lässt sich feststellen, dass eine tiefgreifende aufgeklärte moralische Überzeugung den Ausgangspunkt der ‚echten‘ COs darstellt. Die ethischen Beweggründe des Handelns werden vom „true conscientious objector“ ggf. als so richtig und kompromisslos erachtet, dass er, im Sinne Kants, den Anspruch auf Allgemeingültigkeit erhebt und sie als Handlungsmaxime formuliert. Möglicherweise kann es sogar als Bringschuld eines Arztes mit ‚echten‘ COs aufgefasst werden, seine Therapieentscheidung so zu begründen, dass sie einen allgemeingültigen Anspruch hat. Seine Position in der konkreten Entscheidungssituation würde auf diese Weise an Glaubwürdigkeit und Überzeugungskraft gewinnen und er könnte seinen Standpunkt kohärent und plausibel begründen.

Abzugrenzen sind diese ‚echten‘ CO, so viel kann am Ende des einleitenden Kapitels zu den Begriffsklärungen und zur Problemexposition nun festgehalten werden, jedenfalls gegenüber den ‚COs im Irrtum‘ v.a. aufgrund von rechtlicher Verunsicherung, und den psychologisch erklärbaren, emotionalen Vorbehalten von Ärzten. Hilfreich für diese Unterscheidung sind insbesondere die Definitionen zu den Begriffen des Gewissens und der Integrität von Wicclair, Childress und Scherkose sowie die Ideen zum Zustandekommen eines normativen Urteils in Anlehnung an Haidt et al. Wie schwierig es aber letztlich ist, die unterschiedlichen herausgearbeiteten Kategorien in der Praxis des ärztlichen Entscheidens deutlich voneinander zu trennen und ihr Vorhandensein empirisch differenziert nachzuweisen, wird im vierten Kapitel ersichtlich. In dieser nun vorausgesetzten engen Definition ‚echter‘ COs liegt jedenfalls auch das Selektionskriterium von Studien zum Thema ärztlicher Gewissensvorbehalte begründet, das bei der Recherche angewendet wurde und das ursächlich für die letztlich kleine Auswahl von Arbeiten unter der Vielzahl an Suchergebnissen ist (vgl. Kapitel 4.2.1).

Das nun folgende Kapitel widmet sich aber zunächst dem juristischen Hintergrund der Sterbehilfe. Zwar geht es in dieser Arbeit grundsätzlich eher um die Frage nach der Vertretbarkeit handlungsleitender und praxisrelevanter COs des Arztes und nicht etwa um die Klärung der Erlaubtheit der einen oder anderen Form der Sterbehilfe. Doch da der

Therapieabbruch durch den Arzt in diesem Fall der Gegenstand seiner COs ist, ist im Rahmen der der Studienanalyse vorangestellten konzeptionellen Vorüberlegungen nun eine Darstellung der juristischen Grundlagen für eine bessere Einordnung und Bewertung erforderlich.

### 3. Terminologischer und rechtlicher Rahmen der Sterbehilfe

Im diesem Kapitel soll ein Abriss zu den rechtlichen Regelungen der Sterbehilfe in Deutschland gegeben werden; zudem sollen die unterschiedlichen ärztlichen Vorgehensweisen am Lebensende eines Patienten begrifflich nach ihrer aktuellen Terminologie und mit ihrer jeweiligen juristischen Bewertung gegeneinander abgegrenzt werden. Auf der Grundlage dieser rechtlichen und terminologischen Klärung, die den verbindlichen Rahmen ärztlichen Handelns abgibt, sollen im Anschluss empirische Evidenzen (Kapitel 4) und v.a. der normative Diskurs über Lösungsansätze bezüglich des Umgangs mit COs gegen die Sterbehilfe (Kapitel 5) behandelt werden.

Die bisherige Untersuchung der ärztlichen COs gegen die Sterbehilfe erfolgte insbesondere aus ethischer (Kapitel 2), nicht jedoch aus juristischer Perspektive. Es soll hier auch um den Zusammenhang von Ethik und Recht gehen und untersucht werden, wie die beschriebenen widerstreitenden Interessen von Arzt und Patient hinsichtlich ihres rechtlichen *und* moralischen Geltungsanspruchs zu deuten sind. Das folgende Zitat spiegelt die u.U. spannungsreiche Beziehung zwischen Recht und Moral wider:

Von der einen Seite werden Gründe geltend gemacht, weshalb eine bestimmte individuelle oder kollektive Handlungsweise aus dem Bereich von Biowissenschaft oder Medizin als moralisch bedenklich oder gar verwerflich zu betrachten ist; von der anderen Seite wird dagegeengehalten, dass diese moralischen Gründe trotz aller etwaigen Korrektheit prinzipiell nicht geeignet sein können, die fragliche Handlungsweise staatlich zu regeln oder gar zu unterbinden. ([41], S. 65)

Hier wird also die Hypothese formuliert, dass nicht jedes moralisch möglicherweise zu rechtfertigende Verhalten rechtlich abgesichert und staatlich geregelt werden kann, wie im Rahmen dieser Arbeit die handlungsleitenden ärztlichen COs. Umso wichtiger erscheint es daher, die sicher feststehenden und explizit niedergeschriebenen Rechte und Pflichten von Patient und Arzt unter juristischen Aspekten zu untersuchen. Es gilt also, sich einen Überblick über den durch „das Gesetz und die Rechtsprechung“ festgelegten „Handlungsrahmen“ ([87], S. 512) des Arztes zu verschaffen. Noch einmal sei dabei betont, dass im Rahmen dieser Arbeit auf ärztliche Vorbehalte gegen rechtlich *legale* medizinische Vorgehensweisen Bezug genommen wird (vgl. Kapitel 2.1.1). Wicclair verdeutlicht diesen Sachverhalt so: „Generally, conscientious objection is limited to

*legally permitted* healthcare practices.“<sup>35</sup> ([91], S. 2) Daher ist es ein wichtiges Anliegen dieses Kapitels, die rechtliche Legalität des ärztlichen Behandlungsabbruchs am Lebensende näher zu erläutern. Obwohl es in dieser Arbeit nicht um die Frage nach der Erlaubtheit ärztlicher Sterbehilfe geht, ist ihre rechtliche Behandlung dennoch zwingend erforderlich, um die eigentliche Fragestellung nach der Legitimität ärztlicher COs in diesem Kontext später beantworten zu können. Nur so wird ersichtlich, wieso die ‚passive‘ Sterbehilfe, die im Folgenden definiert und juristisch eingeordnet wird, angesichts des starken negativen Abwehrrechts des Patienten eine Sonderrolle in ihrer rechtlichen Bewertung und ihrem normativen Geltungsanspruch einnimmt (vgl. Kapitel 5.1).

Zunächst ist es sinnvoll, die „Fallgruppen der Sterbebegleitung und Sterbehilfe“ ([87], S. 501) differenziert darzustellen und definitorisch festzulegen (Kapitel 3.1). Diese terminologische Unterscheidung ist auch deswegen notwendig, um den Gegenstand der späteren Studienanalyse sprachlich präzise zu definieren. Darauf aufbauend, sollen die verschiedenen Arten der Sanktionen, denen das ärztliche Verhalten am Lebensende eines Patienten unterliegt, dargelegt werden. Für diese Darstellung des juristischen und berufsethischen Hintergrunds der Sterbehilfe soll Bezug genommen werden auf die deutsche Rechtsprechung gemäß dem Strafgesetzbuch (Kapitel 3.2.1), aber auch auf die Grundsätze der BÄK zur ärztlichen Sterbebegleitung und die Musterberufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (Kapitel 3.2.2). Im Anschluss soll eine Diskussion zweier wegweisender Entscheidungen des BGH aus den Jahren 2010 und 2014 erfolgen, um die zuvor formal beschriebenen rechtlichen Vorgaben anhand konkreter Beispiele zu veranschaulichen (Kapitel 3.3). Denn aufgrund der wenigen gesetzlichen Regelungen zur Sterbehilfe sind es gerade solche expliziten gerichtlichen Entscheidungen, die in der Praxis eine orientierungsgebende Funktion haben und mehr Rechtssicherheit in die mit vielen Fragen belastete ärztliche Entscheidungsfindung am Lebensende zu bringen vermögen.

Da letztlich nicht die Meinung der Gelehrten, sondern die Auffassung der Gerichte maßgeblich ist und keineswegs alle Fragen geklärt sind, kommt diesen richterlichen Entscheidungen und ihrer Kenntnis entscheidende Bedeutung für die rechtliche Orientierung in der klinischen Praxis zu. ([87], S. 514)

---

<sup>35</sup> Hervorhebung durch Autor.

Geht es in der ersten zu betrachtenden Entscheidung v.a. um die rechtliche Gleichbewertung der Handlungsmodi des Sterbehelfers, also um die nicht erfolgende Differenzierung zwischen der Therapiebegrenzung durch Abbrechen, Reduzieren oder Unterlassen lebenserhaltender Maßnahmen, steht in der zweiten Entscheidung das korrekte Ermitteln des Patientenwillens im Falle seiner Einwilligungsunfähigkeit im Mittelpunkt – zwei Aspekte, die in der Praxis der Sterbehilfe klärender Darstellung bedürfen. Das Ziel des darauffolgenden letzten Kapitelabschnitts ist es, unter Kenntnisnahme der terminologischen Differenzierungen und unter Beachtung der verschiedenen rechtlichen Bewertungsmaßstäbe sowie vor dem Hintergrund der diskutierten aktuellen BGH-Entscheidungen die juristische Bewertung der verschiedenen Sterbehilfeformen zu resümieren (Kapitel 3.4).

### 3.1 Zur Terminologie der Sterbehilfe

Auf das Problem einer terminologischen Verunsicherung in der Ärzteschaft bezüglich der Begrifflichkeiten der Sterbehilfe ist bereits verwiesen worden. Die Bezeichnung ‚COs im Irrtum‘ (vgl. Kapitel 2.2.1) bezieht sich auf diejenigen Ärzte, die eine medizinische Vorgehensweise ablehnen, weil sie diese irrtümlicherweise als rechtlich unzulässig einschätzen. Ursachen der ärztlichen Bedenken gegen den Behandlungsabbruch sind in diesem Fall Informationsdefizite und Begriffsverwirrungen, nicht aber moralische Maßstäbe. Es ist daher wichtig, die unterschiedlichen Formen der Sterbehilfe zu definieren und zu differenzieren.

Was die aktuelle Terminologie in Deutschland anbelangt, hat man sich von der irreführenden und missverständlichen Unterscheidung zwischen der legalen ‚passiven‘ und der rechtlich verbotenen ‚aktiven‘ Form der Sterbehilfe zumindest offiziell verabschiedet, wengleich diese überholte Bezeichnung im Sprachgebrauch von Laien wie auch von Ärzten noch immer präsent ist. Die folgende Thematisierung der verschiedenen Typen der Sterbehilfe beruht auf den übereinstimmenden Darstellungen von Verrel und Schmidt (2012) sowie Simon (2016). Demnach wird heute differenziert zwischen der ‚Tötung auf Verlangen‘, früher als ‚aktive‘ Sterbehilfe bezeichnet, der ‚Behandlungsbegrenzung‘, vormals unter ‚passive‘ Sterbehilfe gefasst, der ‚Leidenslinderung‘ oder ‚Symptomkontrolle‘ sowie dem ‚ärztlich assistierten Suizid‘.

Beginnend mit der Sterbehilfe in Form der ärztlichen ‚Tötung auf Verlangen‘, kann diese u.U. den Tatbestand des Totschlags oder gar des Mords erfüllen. Die vormals ‚aktive‘ Sterbehilfe stellt eine gezielte Tötung des Patienten auf dessen Wunsch hin dar und erfolgt durch einen ärztlichen Eingriff, der weder der Heilung noch der Symptomkontrolle oder der Behandlungsbegrenzung des Patienten dient ([74], S. 2). Diese drei Ziele, die bei der ‚Tötung auf Verlangen‘ *nicht* erfüllt werden, können im Umkehrschluss unter gewissen Voraussetzungen als legitime Absichten des Arztes bei einer anderen Vorgehensweise am Lebensende eines Patienten aufgefasst werden. Als Beispiel für die ärztliche ‚Tötung auf Verlangen‘ gebraucht Simon „die bewusste Überdosierung eines Medikaments“ ([74], S. 2). Diese Art ärztlichen Vorgehens muss bei der Betrachtung von COs im Rahmen dieser Arbeit jedenfalls kategorisch ausgeschlossen werden, weil sie sich außerhalb des rechtlichen Rahmens bewegt.

Bei der ‚Suizidhilfe‘, also der ärztlich assistierten Selbsttötung, steht die „Teilhabe“ des Arztes am Suizid eines Patienten im Fokus ([87], S. 501). Simon formuliert dies in Anlehnung an die Gesetzesbegründung zum neuen § 217 StGB als ein Gewähren, Verschaffen oder Vermitteln der Gelegenheit zur Selbsttötung durch den Arzt und wählt als Beispiel die Bereitstellung von tödlichen Medikamenten oder die konkrete Anleitung des Patienten zur Durchführung des Selbstmords ([74], S. 3). In Analogie zur ‚passiven‘ Sterbehilfe, wird bei der rechtlichen Beurteilung des ärztlichen Vorgehens von manchen *keine* Unterscheidung zwischen Handeln und Unterlassen getroffen: Gemäß der Einschätzung des Strafrechtlers Verrel und des Medizinethikers Schmidt erfüllen sowohl das ‚aktive‘ Bereitstellen von letalen Medikamenten oder das ‚aktive‘ Instruieren des Patienten in die Suizidpraxis, wie auch das ‚passive‘ Zulassen und Nichtverhindern der Selbsttötung seitens des Arztes die Kriterien des ärztlich assistierten Suizids. Nach anderen Auslegungen gehört jedoch die Pflicht des Arztes, einen Selbstmord zu verhindern, nicht zum Verbot des ärztlich assistierten Suizids. Nach Einschätzung des deutschen Juristentages von 2006 entfällt im Falle eines frei verantwortlichen Suizids die Garantenpflicht des Arztes zur Suizidintervention. Der diesbezügliche Beschluss lautet: „a) Wer in Kenntnis der Freiverantwortlichkeit einer Selbsttötung aa) diese nicht verhindert, bb) eine nachträgliche Rettung unterlässt, ist nicht strafbar. b) Dies gilt auch für

Personen in einer Garantenstellung.“<sup>36</sup>

Es folgen jene zwei Arten der Sterbehilfe, die im praktischen Tun des Arztes größere Bedeutung bekommen dürfen und sollen: Die ‚Symptomlinderung‘, also die Inkaufnahme einer Lebensverkürzung als Folge von Maßnahmen mit palliativer Zielsetzung, ist früher als ‚indirekte‘ Sterbehilfe bezeichnet worden ([74], S. 2). Sie stellt eine Verkürzung der Lebensdauer des Patienten dar, die als Nebeneffekt der Leidenslinderung auftritt, und ist ein wesentlicher Bestandteil palliativmedizinischer Versorgung. Darunter fällt beispielsweise die Gabe von Analgetika, insbesondere von Opioiden, zur Symptomkontrolle unter billiger Inkaufnahme einer möglichen Lebensverkürzung durch die atemdepressive Nebenwirkung des Schmerzmittels (vgl. [87], S. 501). Das Recht des Patienten auf diese Form der Sterbehilfe „wendet sich deutlich gegen jeden ‚Leidensheroismus‘ und gegen jede ‚Aufdrängung von Lebenszwang‘ und wolle Schmerzfreiheit nach dem medizinisch Möglichen garantieren“<sup>37</sup> (vgl. [74], S. 724). Der Begriff des ‚Leidensheroismus‘ mag vielleicht als Anspielung auf theologische Perspektiven des Leidensbegriffs im Sinne einer Solidarität mit Jesu Sterben am Kreuz für die Erlösung der Menschheit verstanden werden. Doch sei an dieser Stelle herausgestellt, dass beide christlichen Kirchen bezüglich der Sterbehilfe deutlich Stellung beziehen, sich eindeutig *für* die Symptomkontrolle und die Ermöglichung des Sterbens durch ein Therapielimit aussprechen, überholte Sichtweisen einer Sinnhaftigkeit des Leidens also ablehnen ([64], S. 37).

Neben der ‚Symptomlinderung‘ spielt die ‚Behandlungsbegrenzung‘, die früher als ‚passive‘ Sterbehilfe bezeichnet wurde und in palliativmedizinischem Kontext häufig ‚Sterbenlassen‘ genannt wird, eine relevante Rolle im ärztlichen Alltag. Diesbezüglich bestehen in der Praxis aber die meisten Schwierigkeiten und Fragen (vgl. [74], S. 3). Unter den Begriff der ‚passiven‘ Sterbehilfe, die letztlich als Objekt ärztlicher COs den Untersuchungsschwerpunkt dieser Arbeit darstellt, fallen das Unterlassen, Begrenzen oder Beenden lebenserhaltender oder -verlängernder Maßnahmen in Übereinstimmung mit dem Patientenwillen. Dabei wird eindeutig *nicht* unterschieden zwischen den Handlungsmodi des Sterbehelfers:

Damit hat der Bundesgerichtshof eine klare Grenze zwischen erlaubtem Ster-

---

<sup>36</sup> <http://www.djt.de>. 66. Deutscher Juristentag. Beschlüsse. Stuttgart 19 bis 22. September 2006. Fassung von September 2018. S. 1-32, hier S. 11. [103]

<sup>37</sup> Rothärmel S. In [74].

benzulassen und verbotener Tötung gezogen, ohne die von ihm selbst in früheren Entscheidungen geprägten, in der Praxis aber oft missverstandenen Begriffe ‚passive‘ und ‚aktive Sterbehilfe‘ weiterzuverwenden. ([74], S. 3)

Diese terminologische Unsicherheit und v.a. die Gleichsetzung von Handlungsmodi (aktiv, passiv) und normativ-wertenden Kategorien (verboten, erlaubt) ist auch für die empirische Untersuchung der ärztlichen Bedenken gegen die Sterbehilfe relevant. Denn da die missverständliche ‚aktiv-passiv‘-Bezeichnung der Sterbehilfeformen noch immer in der klinischen Praxis präsent ist, kann sie den Ausgangspunkt sogenannter ‚COs im Irrtum‘ darstellen. Aus der überholten Terminologie resultierende Begriffsunsicherheiten und Missverständnisse innerhalb der Studien können dementsprechend nicht ausgeschlossen werden und müssen im Rahmen der Limitationen dieser Arbeit angesprochen werden (vgl. Kapitel 4.4).

Über den genannten Formen der ärztlichen Sterbehilfe, um deren juristische Legitimität es im Einzelnen hier geht, steht gewissermaßen die ‚*Sterbebegleitung*‘ durch den Arzt. Diese, auch als „reine Sterbehilfe“ bezeichnete Form, zählt zu den „elementarsten ärztlichen und pflegerischen Aufgaben“ ([87], S. 501). Diese Versorgung des Patienten am Lebensende ohne dessen Lebensverkürzung muss aufgrund der ärztlichen Fürsorgepflicht gewährleistet sein. „Die Hilfe besteht in palliativmedizinischer Versorgung und damit auch in Beistand und Sorge für die Basisbetreuung.“<sup>38</sup> Verrel und Schmidt schließen sich hier den Grundsätzen der BÄK zur ärztlichen Sterbebegleitung an.

Im Rückblick auf die Begriffsklärung der COs (vgl. Kapitel 2.1.1) sei noch einmal auf die Bedeutsamkeit der Differenzierung von Vorbehalten gegen eine medizinische *Vorgehensweise* – hier wird der Handlungsmodus nicht unterschieden – und solchen gegen eine medizinische *Behandlung* – hier geht es um ein tatsächliches Handeln des Arztes – verwiesen. Es ist wichtig zu sehen, dass unter den Begriff der Vorgehensweise sowohl ein ärztliches Tun wie ein Unterlassen fallen. Für den Rahmen dieser Arbeit und unter Einbezug der gerade erklärten terminologischen Differenzierungen ist die ‚Vorgehensweise‘ dementsprechend aufzufassen als ein ‚passives‘ Verzichten oder ein ‚aktives‘ Abbrechen bzw. Reduzieren einer Therapie mit lebenserhaltender oder -verlängernder

---

<sup>38</sup> Grundsätze der BÄK zur ärztlichen Sterbebegleitung. Deutsches Ärzteblatt. Jg.108. Deutscher Ärzte Verlag GmbH. Köln. 2011. S. 346-348, hier S. 347. [97]

Intention. Gegenstand der ganz allgemein definierten ärztlichen COs kann jede dieser Optionen sein.

### 3.2 Juristischer Hintergrund der Behandlungsbegrenzung am Lebensende

Für Entscheidungen am Lebensende und die Praxis ärztlicher Sterbehilfe existieren sowohl strafrechtliche als auch berufsethische und standesrechtliche Regelungen.

Jeder ärztliche Heileingriff ist tatbestandlich eine Körperverletzung im Sinne der §§ 223 ff. StGB. Wie jede ärztliche Behandlungsentscheidung unterliegt eine Entscheidung, die Therapieverzicht, -begrenzung oder -abbruch am Lebensende betrifft, allgemeinen ethischen und rechtlichen Voraussetzungen – wie etwa dem Vorliegen einer medizinischen Indikation, dem Einverständnis des Patienten nach entsprechender Aufklärung sowie der Durchführung *lege artis* (vgl. u.a. § 630 a Abs. 2 BGB und § 630 e Abs. 1). Darüber hinaus existieren einige spezifischere Gesetzestexte und berufsrechtlich sowie -ethische Vorgaben.

#### 3.2.1 Über strafrechtliche Regelungen zur Sterbehilfe

Vor der Darstellung berufsethischer und standesrechtlicher Vorgaben zur ärztlichen Sterbehilfe sollen erst die strafrechtlichen Regelungen betrachtet werden. Aus strafrechtlicher Perspektive kann geäußert werden: „In der Bundesrepublik Deutschland ist die Sterbehilfe bisher *nicht* Gegenstand expliziter gesetzlicher Regelungen.“<sup>39</sup> Auch Fuchs, der sich mit der Geschichte der Rechtslage zur Sterbehilfe in Deutschland auseinandersetzt, formuliert diesbezüglich: „Demzufolge gibt es bis heute *keine* gesetzlich detaillierte Regelung zur Sterbehilfe.“<sup>40</sup> ([33], S. 37) Er nimmt Bezug auf das Preußische Landrecht von 1794: Jemand, der einen „tödlich Verwundeten oder sonst Todkranken in vermeintlich guter Absicht das Leben abkürzt“, wurde damals gleichgesetzt mit jemandem, der der „fahrlässigen Tötung“ bezichtigt wurde. Eine solche Tötung auf Verlangen hätte strafrechtlich eine Privilegierung gegenüber anderen Tötungsdelikten erfahren und hätte damals nicht unter Todesstrafe gestanden. Der Autor sieht eine Grundlage für die starke Gewichtung des Patientenwillens in der Sterbehilfe nach heuti-

---

<sup>39</sup> <http://www.drze.de>. Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften. Thema Sterbehilfe. Rechtliche Regelungen. Bonn. Fassung von März 2016. [104] Hervorhebung NP.

<sup>40</sup> Hervorhebung NP.

ger Rechtsfassung geschaffen, wenn er feststellt: „Durch das Verlangen des Opfers wird ein eigener privilegierter Strafbestand konstituiert.“ ([33], S. 36) Deutlich muss diese strafrechtlich verbotene ‚Tötung auf Verlangen‘ jedoch von der ‚ärztlich assistierten Selbsttötung‘ und v.a. vom ‚Behandlungsabbruch‘ abgegrenzt werden. Der Bezug dient letztlich nur dazu, die Bedeutung des ‚Verlangens‘ des Opfers zu betonen, in diesem Fall des autonomen Patientenwillens.

Die direkte Gegenüberstellung von Tötungsdelikten und Formen der Sterbehilfe veranschaulicht jedenfalls, wie schwierig die Grenzziehung sein mag, da ein strafrechtliches Vergehen und ein essentiell wichtiger Bestandteil der ärztlichen Tätigkeit offensichtlich nahe beieinanderliegen können.

Die heutige strafrechtliche Regelung der Sterbehilfe in Deutschland beschränkt sich letztlich auf ein Verbot der ‚Tötung auf Verlangen‘ (§ 216 StGB) und der ‚geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung‘ (§ 217 StGB). Bis zum Jahr 2015 war der § 216 StGB die einzige Regelung, die sich ausschließlich auf die Sterbehilfe bezogen hat. Seit November 2015 stellt der § 217 StGB nun eine weitere gesetzliche Regulierung dar: Hier geht es um das Verbot einer geschäftsmäßigen, d.h. auf Wiederholung ausgelegten Suizidhilfe. Die anderen genannten Paragraphen des deutschen Strafgesetzbuches (§§ 211 f. StGB) sind sehr allgemeiner Natur und stellen u.a. die von Verrel und Schmidt als ‚elementare Verhaltensweisen‘ bezeichneten Maßregelungen dar. Die Anwendung des Strafrechts zur juristischen Bewertung von Sachverhalten, die die Sterbehilfe betreffen, sei im Allgemeinen eher anzusehen als ‚ultima ratio‘ der staatlichen Kontrolle zwecks Einhaltung elementarer Verhaltensregeln“ (vgl. [87], S. 512). Dies hat zur Folge, dass gegen Ärzte gerichtete Strafverfahren wegen Therapieentscheidungen am Lebendende und damit die Anwendung des Strafgesetzes auf Fälle von ärztlicher Sterbehilfe „überaus selten“ ([87], S. 512) sind. In konkreten Fällen des Zweifels an der Rechtmäßigkeit ärztlichen Handelns wird aber tatsächlich anhand des deutschen Strafgesetzbuches geprüft, ob Tatbestände der Fremdtötungsparagraphen erfüllt werden. Hier stehen § 211 StGB – ‚Mord‘ als eine vorsätzliche Tötung mit einem Motiv und einer grausamen Begehungsweise, § 212 StGB – ‚Totschlag‘ als eine vorsätzliche Tötung ohne die Tat als einen Mord qualifizierende Merkmale sowie § 216 StGB – ‚Tötung auf

Verlangen<sup>41</sup> als aktive Tötungshandlung nach ausdrücklicher und freier Willensäußerung des Opfers im Fokus der *Beurteilung* und gegebenenfalls *Verurteilung* des jeweiligen ärztlichen Tuns.

Sollten fundamentale rechtliche Regelungen der Sterbehilfe missachtet werden und sollte es sich um ein ärztliches Delikt handeln, so bestünde der Straftatbestand der Tötung; der Kausalität nach läge ein ärztliches Tun oder Unterlassen vor, in deren Folge der Patient stirbt. So wird also im Zweifelsfall der Arzt als Sterbehelfer strafrechtlich verfolgt und überprüft, ob sein Verhalten den jeweiligen Tatbestand nach dem Strafgesetzbuch erfüllt. U.U. würde der Arzt dann für sein Vergehen zu Bußgeldstrafen oder zu mehrjährigen Haftstrafen verurteilt.

Im Folgenden soll es darum gehen, die Rolle des Strafrechts in der Sterbehilfe-Regelung zu beurteilen und mögliche Schwierigkeiten der rechtlichen Situation aufzudecken. Verrel und Schmidt beschreiben, dass zwar strafrechtlich grundsätzliche Grenzen und Maßstäbe der Sterbehilfe aufgezeigt würden, doch letztlich ein großer „Beurteilungsspielraum“ ([87], S. 512) für den Arzt bestehen würde. Diese Äußerung untermauert die Hypothese, dass in der mit vielen Unsicherheiten terminologischer wie rechtlicher Natur verknüpften ärztlichen Entscheidungssituation am Lebensende eines Patienten letztlich auch Raum für moralische Zweifel und Vorbehalte gegeben ist. Beurteilen Kritiker die derzeitige rechtliche Regelung eher als „Grauzone“ zwischen „aktiv Gewolltem“ bzw. „direkt Erstrebtem“ und „passiv Hingenommenem“ bzw. „in Kauf Genommenem“ ([33], S. 108), deuten andere den Beurteilungsspielraum weitaus positiver, gibt er doch dem Arzt in der individuellen Entscheidungssituation Freiraum zur Wahrnehmung seiner eigenen Verantwortung.

Die aus strafrechtlicher Perspektive argumentierenden Autoren kritisieren jedenfalls das Fehlen konkreter Gesetzestexte zur Sterbehilfe. Es sei die Aufgabe des Gesetzgebers, Rechtssicherheit durch konkrete Regelungen zu schaffen ([87], S. 514). Ein Problem, das sie in der Anwendung des Strafrechts auf die Sterbehilfe sehen, ist:

Das StGB ist insoweit noch auf dem Stand einer Zeit, in der man sich nicht vorstellen konnte, dass es einst möglich sein wird, den vermeintlich schicksalhaften Sterbeprozess durch künstliche Aufrechterhaltung einzelner Körperfunktionen auch über Jahre hinweg zu manipulieren. ([87], S. 514)

---

<sup>41</sup> Vgl. §§ 211 ff. StGB.

Dies lässt sich zum einen als deutlicher Appell zu einer neuen Formulierung, einer Überholung bzw. überhaupt zur Schaffung konkreter rechtlicher Regelungen für Ärzte bezüglich der Sterbehilfe auffassen. Die Feststellung der Autoren korreliert mit der verbesserungsbedürftigen Situation rechtlicher und terminologischer Unsicherheit, die als Ursache sogenannter ‚COs im Irrtum‘ herausgestellt worden ist (vgl. Kapitel 2.2.1). Zum anderen lässt die harte Formulierung ‚Manipulieren des Sterbeprozesses‘ einen Bezug zum medizinisch-technischen Fortschritt der letzten Jahre und Jahrzehnte erkennen: Die bestehende Regelung zur Sterbehilfe ist ggf. so gesehen nicht mehr aktuell, als sie die vielen technischen Errungenschaften der Intensivmedizin am Lebensende noch nicht berücksichtigt. Demgegenüber steht abermals die Interpretation der aktuellen Rechtslage der Sterbehilfe in Deutschland als ausreichend und deutlich geregelt. Von diesem Standpunkt ist die moderne Gerätemedizin eine Herausforderung für den Arzt, der in seiner Verantwortlichkeit für die Therapieentscheidung einen gewissen Freiraum hat, darüber zu urteilen, was am Lebensende getan oder unterlassen werden sollte, dessen Handeln aber grundsätzlich durch Gesetzestexte genügend reguliert ist.

Der Strafrechtler Verrel begründet auf zweierlei Weisen, dass die seines Erachtens nach notwendige Schaffung expliziter juristischer Regelungen zur Sterbehilfe bislang noch nicht erfolgte: Zum einen mit der Sorge vor einer zu starken Verrechtlichung des Arztberufs und zum anderen mit dem Vertrauen auf die allseits anerkannte „Sterbehilfekasusistik“ zur „Grenzziehung zwischen erlaubten und verbotenen Formen der Sterbehilfe“ ([87], S. 514). Aus der Befürchtung, weitere rechtliche Regelungen könnten den Arztberuf erschweren und seine Aufgaben verkomplizieren sowie im Vertrauen darauf, dass die Differenzierung zwischen Verbotenem und Erlaubtem im Rahmen der ärztlichen Sterbehilfe ausreichend klar geregelt ist, sei eine Neuerung oder Ergänzung bestehender Regelungen bisher als nicht notwendig erachtet worden.

### **3.2.2 Berufsethischer und -rechtlicher Rahmen der Sterbehilfe**

Insbesondere die Grundsätze der BÄK zur ärztlichen Sterbebegleitung in ihrer aktuellen Fassung aus dem Jahr 2011 helfen dabei, die berufsethischen Rahmenbedingungen der ärztlichen Sterbehilfe zu verstehen. Zwar besitzt die BÄK als Organisation ärztlicher Selbstverwaltung *keine* eigene Rechtsfähigkeit, doch sind die von ihr formulierten Regelungen zum Arztberuf in Kompatibilität mit der deutschen Rechtsprechung zu sehen

und vermögen es, an dieser Stelle Klarheit über Erlaubtes und Verbotenes im Rahmen der Sterbehilfe zu verschaffen. Diese berufsethischen Richtlinien wurden erstmals 1998 durch die BÄK veröffentlicht und 13 Jahre später in überarbeiteter Fassung herausgegeben. Die folgende Darstellung beruft sich hierauf (vgl. [74], S. 3).

Deutlich wird in ihr zum Ausdruck gebracht, dass die Garantenpflicht des Arztes Einschränkungen habe insofern, als es *keine* uneingeschränkte ärztliche Verpflichtung zur Lebenserhaltung gibt. Der offensichtliche Sterbevorgang solle nicht künstlich in die Länge gezogen werden und sofern dies dem Willen des Patienten entspräche, solle sein Sterben durch „*Unterlassen, Begrenzen* oder *Beenden* einer begonnenen medizinischen Behandlung“<sup>42</sup> möglich sein. Hier wird deutlich, dass *keine* Unterscheidung zwischen dem WH und dem WD einer Therapie getroffen wird. Der Handlungsmodus des Sterbehelfers, sein Tun oder Unterlassen, wird rechtlich gleich bewertet. Bei Verzicht oder Abbruch einer lebenserhaltenden Therapie durch den Arzt spielt Art und Stadium der Krankheit des Patienten außerdem keine Rolle (vgl. [73], S. 215). Dementsprechend kann sich der Wille des Patienten eindeutig auch gegen medizinisch Indiziertes wenden und die Sterbehilfe müsste durch den Arzt auch im Falle des nicht unmittelbar bevorstehenden Todes des Patienten vorgenommen werden.

Stets ist der Arzt laut den Grundsätzen der BÄK zur Basisbetreuung Sterbender im Sinne einer umfassenden palliativmedizinischen Versorgung angehalten, unabhängig davon, welche Rolle ihm im Sterbevorgang des Patienten dann letztlich zukommt ([97], S. 374). Es muss also eindeutig differenziert werden zwischen der ‚Sterbebegleitung‘ als einer elementaren und stets zu gewährleistenden ärztlichen Aufgabe einerseits sowie der tatsächlichen ‚Sterbehilfe‘ andererseits, so gesehen zwischen der Hilfe *beim* und *zum* Sterben. Zur Begleitung Sterbender ist der Arzt jedenfalls aufgrund seiner Fürsorgepflicht unbedingt angehalten. Zu dieser Basisbetreuung gehören „u.a. menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege, Linderung von Schmerzen, Atemnot und Übelkeit sowie das Stillen von Hunger und Durst“ ([74], S. 4). Davon sei die medizinische (und ggf. lebensverlängernde) Behandlung aber abzugrenzen, z.B. auch die Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr. Hierzu besteht *keine* uneingeschränkte Verpflichtung, gibt auch Simon zu bedenken ([74], S. 4). Es wird ersichtlich, wie schwierig im Zwei-

---

<sup>42</sup> Grundsätze der BÄK zur ärztlichen Sterbebegleitung. Deutsches Ärzteblatt. Jg.108. Deutscher Ärzte Verlag GmbH. Köln. 2011. S. 346-348, hier S. 346. [97] Hervorhebung durch NP.

felsfall eine Grenzziehung zwischen lebensverlängernden Maßnahmen und Basisbetreuung sein kann. Beispielhaft lässt sich hier die Bluttransfusionen am Lebensende erwähnen: Die Gabe von Erythrozytenkonzentraten dient einerseits der Lebensverlängerung durch das Verhindern bzw. Herauszögern kardiopulmonaler Erschöpfung, andererseits aber auch der Symptomkontrolle von Dyspnoe und Müdigkeit.

Die Therapiezieländerung des Arztes von kurativer hin zu palliativer Behandlungsabsicht, wie sie bei der Behandlungsbegrenzung (früher ‚passiv‘) und der Leidenslinderung oder Symptomkontrolle (vormals ‚indirekt‘) geschieht, ist jedenfalls immer in Übereinstimmung mit dem Patientenwillen zu treffen, heißt es in den Grundsätzen der BÄK. Die Vorgehensweise am Lebensende ist danach stets in einem gemeinsamen Prozess von Arzt, Patient und Angehörigen zu diskutieren und zu entscheiden. Vornehmlich und zu allererst gilt die Meinungsäußerung des einwilligungsfähigen Patienten für die Entscheidung über seine (weitere) Behandlung. Im Falle seiner Einwilligungsunfähigkeit sind Bevollmächtigte oder Betreuer hinzuzuziehen, die den mutmaßlichen Patientenwillen festzustellen und gegenüber den Ärzten durchzusetzen haben. Bei Verdacht auf Missbrauch oder Fehlentscheidung sowie bei einer Meinungsdivergenz zwischen Arzt und Betreuer bezogen auf den Patientenwillen muss ein Betreuungsgericht zur objektiven Begutachtung eingeschaltet werden. Auch Angehörige oder sonstige Vertrauenspersonen sollten die Möglichkeit zur Mitsprache erhalten. Sofern sie formalen Kriterien, wie der konkreten und aktuellen Anwendbarkeit auf die Behandlungssituation sowie der Einwilligungsfähigkeit und Volljährigkeit des Verfassers genügt und kein Hinweis auf Widerruf besteht, hat die Patientenverfügung als eine Form der antizipatorischen Willensbekundung in jedem Fall Gültigkeit ([97], S. 347-348). Im Notfall soll – sofern der Patientenwille nicht eindeutig feststellbar ist – gemäß der medizinischen Indikation gehandelt werden ([97], S. 348). Eindrücklich und in Form eines konkreten Algorithmus stellen auch Borasio et al. diese Schritte zur Bestimmung des Patientenwillens am Lebensende in analoger Weise dar und helfen dabei, die Richtlinien der BÄK präzise zusammenzufassen: *Erstens* gelte der aktuell erklärte Wille des einwilligungsfähigen Patienten nach ausführlicher Aufklärung. *An zweiter* Stelle sei der in Form einer schriftlich abgefassten Patientenverfügung antizipierte Patientenwille durch den behandelnden Arzt zu befolgen. *Drittens*, müsse dem aus früheren Äußerungen, allgemeinen

Behandlungswünschen und Wertvorstellungen ermittelten mutmaßlichen Willen des Patienten nachgegangen werden. Als *vierte* und letzte Option stehe die Entscheidung zum Wohl des Patienten, wobei dem Lebensschutz ein größeres Gewicht zukomme<sup>43</sup> ([87], S. 501). Auf diese Weise wird die große Bedeutung des autonomen Patientenwillens in allen Therapieentscheidungen am Lebensende herausgestellt. Simon akzentuiert diesen Aspekt, wenn er Beleites Äußerung aus dem Vorwort der Grundsätze von 1998 aufgreift: „Der ‚paternalistische Grundzug früherer Richtlinien‘ wurde aufgehoben und das Selbstbestimmungsrecht des Patienten betont.“<sup>44</sup> ([74], S. 4]

Ergänzt sei an dieser Stelle noch, dass der ärztlich assistierte Suizid in der aktuellen Fassung von 2011 – abweichend zu den älteren Fassungen – *nicht* als Verstoß gegen das ‚ärztliche Ethos‘, sondern als nicht ärztliche Aufgabe angesehen wird ([97], S. 347). Auf diese Weise wird der traditionelle und missverständliche Begriff des ‚Berufsethos‘ vermieden. Es kann den „verschiedenen und differenzierten individuellen Moralvorstellungen von Ärzten in einer pluralistischen Gesellschaft“ Anerkennung zu Teil werden „ohne die Grundausrichtung und die grundlegenden Aussagen zur ärztlichen Sterbebegleitung infrage zu stellen“, heißt es diesbezüglich im Vorwort der Grundsätze der BÄK zur ärztlichen Sterbebegleitung ([97], S. 346). So wird ein Zugeständnis an die moralische Diversität ärztlicher Sichtweisen auf das kontroverse Thema der Sterbehilfe gemacht und auf die individuelle ärztliche Bewertung der jeweiligen Situation verwiesen, nicht jedoch ohne generell festzulegen, welche Vorgehensweisen am Lebensende legal sind und welche Optionen nicht Gegenstände des ärztlichen Tuns sein können. Für die Auseinandersetzung mit den ärztlichen COs spielen die ‚individuellen Moralvorstellungen‘ eine gewichtige Rolle, beruhen sie doch ebenfalls auf inneren ethischen Überzeugungen. Hier finden sie durch die BÄK Erwähnung, ohne dass ihnen aber ein besonderer Geltungsanspruch zugesprochen würde. Die Tatsache, dass nicht anhand des kontroversen und inhaltlich unscharfen Begriffs des ‚ärztlichen Ethos‘ argumentiert wird, rückt den Fokus aber möglicherweise stärker auf die individuelle ethische Urteilskraft des Arztes in seinem durch Strafgesetz, berufsethische und -rechtliche Bestimmungen definierten ‚Beurteilungsspielraum‘ (vgl. Kapitel 3.2.1).

---

<sup>43</sup> Vgl. Borasio G.D. et al. In [87].

<sup>44</sup> Beleites E. (1998). In [74].

Die Grundätze der BÄK zur ärztlichen Sterbebegleitung stellen jedenfalls die berufsethischen Grundlagen der ärztlichen Sterbehilfe dar. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sie ausdrücklich die rechtliche Legitimität des Behandlungsabbruchs unter den gegebenen Umständen formulieren und keine Unterscheidung hinsichtlich der Handlungsmodi des Arztes bei der Therapiebegrenzung treffen. Insbesondere die große Rolle des autonomen Patientenwillens als unbedingter Maßstab ärztlichen Entscheidens wird akzentuiert. Da die COs im weitesten Sinne dem Bereich der ‚persönlichen Einschätzung‘ des Arztes zuzuordnen sind, kann die Betonung der Patientenautonomie ein indirekter Hinweis auf die geringe Rolle sein, die ärztliche Gewissensvorbehalte in der Praxis spielen können und dürfen.

In der Musterberufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä) der einzelnen Landesärztekammern, die u.a. auch standes- bzw. berufsrechtliche Regelung zu den ärztlichen Vorgehensweisen am Lebensende eines Patienten enthalten, findet sich der § 16 mit dem Verbot der ‚Tötung auf Verlangen‘ sowie der ‚Hilfe zur Selbsttötung‘. In Übereinstimmung mit dem Strafgesetzbuch wird die Praxis der ‚aktiven‘ Sterbehilfe untersagt. Außerdem wird die ‚Beihilfe zum Suizid‘ berufsrechtlich verboten und die Zuwiderhandlung gegen das Verbot z.T. mit entsprechenden Sanktionsmöglichkeiten versehen ([87], S. 501). Dabei sind die Regelungen jedoch uneinheitlich, da das Verbot der ‚ärztlichen Suizidhilfe‘ im § 16 der MBO-Ä von 2011 nicht von allen Landesärztekammern so übernommen worden ist. In den Berufsordnungen der Ärztekammern in Bayern und Baden-Württemberg fehlt die entsprechende Bestimmung beispielsweise. In der Ärztekammer Westfalen-Lippe ist das ‚dürfen nicht‘ durch ein ‚sollen nicht‘ ersetzt worden. Damit spricht sich die Ärztekammer zwar gegen die Praxis des ‚ärztlich assistierten Suizids‘ aus, verzichtet aber auf die Möglichkeit, Ärzte, die gegen diese Regelung verstoßen, zu sanktionieren (vgl. [74], S. 3).

Weiterhin heißt es, dass Ärzte Patienten am Lebensende „unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens“<sup>45</sup> beistehen sollten, ohne dass explizit auf die ‚Behandlungsbegrenzung‘ Bezug genommen würde. Somit kann man aus diesen standesrechtlichen Regelungen keine neuen Erkenntnisse hinsichtlich der Regelungen zur ‚pas-

---

<sup>45</sup> Musterberufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte - MBO-Ä 1997 in der Fassung des Beschlusses des 118. Deutschen Ärztetages 2015 in Frankfurt am Main. Deutsches Ärzteblatt. 10.3238. S. 1-9, hier S. 5. [98]

siven' Sterbehilfe gewinnen. Die Begriffe ‚Willen‘ und ‚Würde‘ des Patienten im Rahmen der MBO-Ä sind wenig konkret und aussagekräftig in ihrer unmittelbaren praktischen Anwendung.

### **3.3 BGH-Entscheidungen zur Sterbehilfe**

Es sind insbesondere Entscheidungen des BGH der letzten Jahre, die gewissermaßen eine wegweisende Funktion hinsichtlich der rechtlichen Regelungen zur Sterbehilfe haben und die durch ihren praktischen Bezug mehr Klarheit in die mit vielen unbeantworteten Fragen verknüpften Praxis des ärztlichen Therapieabbruchs am Lebensende zu bringen vermögen. Durch eine Auseinandersetzung mit einer BGH-Entscheidung von 2010 wird klar zum Ausdruck kommen, dass zwischen den Handlungsmodi des Sterbehelfers bei der Therapiebegrenzung, also zwischen Abbruch, Begrenzung oder Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen, weder rechtlich noch ethisch unterschieden wird. Bei der Betrachtung des noch aktuelleren BGH-Entscheids von 2014 werden zentrale Aspekte der stellvertretenden Einwilligung in die ‚passive‘ Sterbehilfe diskutiert und v.a. die bislang noch nicht thematisierte Differenzierung zwischen ‚erklärtem Patientenwillen‘, ‚sonstigen Behandlungswünschen‘ und ‚mutmaßlichem Patientenwillen‘ im Falle der Einwilligungsunfähigkeit des Patienten getroffen. So können durch die Besprechung dieser beiden Entscheidungen wichtige Punkte der juristischen Regelungen zur Sterbehilfe in Deutschland hinsichtlich ihrer inhaltlichen Aussagekraft im Einzelfall vertieft bzw. auch mögliche Probleme und Missverständnisse der bestehenden rechtlichen Situation aufgezeigt werden.

#### **3.3.1 BGH-Entscheidung von 2010**

In der Entscheidung des BGH von 2010 ging es um die 1931 geborene Frau K., die seit Oktober 2002 im Wachkoma lag und künstlich ernährt wurde. Zunächst war ihr Ehemann der alleinige Betreuer, später übernahm eine Berufsbetreuung die Zuständigkeit. Die Kinder der terminal Erkrankten beabsichtigten, angesichts des aussichtslosen gesundheitlichen Zustands und gemäß dem früher geäußerten Willen der Mutter, die enterale Nahrungssubstitution einstellen zu lassen. Etwa einen Monat vor ihrer Hirnblutung im Oktober 2002 hätte ihre Mutter nämlich gesagt, dass ihr Sterben im Falle eines Ko-

mas nicht durch lebenserhaltende Maßnahmen, wie etwa durch künstliche Ernährung oder mechanische Beatmung, verzögert werden sollte. Die Forderung der Kinder, diesen Willen der Mutter zu verwirklichen, wurde von der Berufsbetreuerin jedoch abgelehnt. Im Jahr 2007 wurden die Kinder auf Antrag des sie betreuenden und später angeklagten Rechtsanwalts als Betreuer der Mutter bestellt. Der Hausarzt von Frau K. ordnete den Abbruch der PEG-Ernährung sogar ausdrücklich an. Doch der Widerstand des Pflegepersonals, diese Anordnung umzusetzen, führte letztlich zu der Kompromisslösung, dass die Kinder der Patientin den Behandlungsabbruch selbst durchführen sollten. Die Geschäftsleitung des Altenheims ordnete jedoch die Wiederaufnahme der PEG-Ernährung an und als die Kinder von Frau K. auf Anraten ihres Rechtsanwalts im Dezember 2007 den Schlauch der Ernährungssonde eigenhändig durchtrennten, schaltete die Heimleitung schließlich Polizei und Staatsanwaltschaft ein. Die Patientin wurde daraufhin ins Krankenhaus eingewiesen, wo man ihr operativ eine neue PEG anlegte und wo sie im Januar 2008 an den Folgen ihrer Krankheit verstarb.<sup>46</sup>

Angeklagt vor dem Landgericht Fulda waren sowohl der Rechtsanwalt als auch die Tochter von Frau K. wegen versuchten Totschlags durch aktives Tun. Letztere wurde jedoch durch das Landgericht freigesprochen, weil sie sich angesichts des Rechtsrats des Angeklagten „in einem unvermeidbaren Erlaubnisirrtum befunden“ (Ebd., S. 9) hätte. Vielmehr wurde die durch die Krankenhauseinweisung bewirkte Wiederaufnahme der künstlichen Ernährung als rechtswidriger Eingriff gegen das Selbstbestimmungsrecht der Patientin gewertet: Die ausdrückliche Willensäußerung von Frau K. aus dem Jahr 2002 wäre als verbindlich anzusehen gewesen, so die Urteilsbegründung ([99], S. 12-13). Das Geschehen werde zwar ‚nicht ausdrücklich gewürdigt‘, jedoch die Beendigung der künstlichen Ernährung als eindeutig rechtmäßig und die PEG-Ernährung entgegen dem Willen der Patientin als rechtswidriger Eingriff gegen ihre Rechte auf Autonomie und körperliche Integrität gedeutet ([99], S 7). Die BGH-Entscheidung von 2010 führte zur Freisprechung des angeklagten Rechtsanwalts.

Der BGH formulierte 3 Leitsätze, die diese Entscheidung begründeten:

1. Sterbehilfe durch Unterlassen, Begrenzen oder Beenden einer begonnenen medizinischen Behandlung (Behandlungsabbruch) ist gerechtfertigt, wenn dies dem tatsächlichen oder mutmaßlichen Patientenwillen entspricht (§1901a BGB)

---

<sup>46</sup> Bundesgerichtshof. Mitteilung der Pressestelle. Abbruch lebenserhaltender Behandlung auf Grundlage des Patientenwillens ist nicht strafbar. Karlsruhe. 2 StR 454/09. 2010. [99], hier S. 4-6.

und dazu dient, einem ohne Behandlung zum Tode führenden Krankheitsprozess seinen Lauf zu lassen.

2. Ein Behandlungsabbruch kann sowohl durch Unterlassen als auch durch aktives Tun vorgenommen werden.

3. Gezielte Eingriffe in das Leben eines Menschen, die nicht in einem Zusammenhang mit dem Abbruch einer medizinischen Handlung stehen, sind einer Rechtfertigung durch Einwilligung nicht zugänglich. ([87], S. 515)

Als Kontext für die Anwendbarkeit der allgemeingültig formulierten Äußerungen legte der BGH im Laufe der Urteilserklärung fest, dass es um einen lebensbedrohlichen Krankheitszustand gehe und dass die betreffende medizinische Maßnahme der Verlängerung des Lebens diene. Nur unter diesen Umständen habe „der Begriff der Sterbehilfe einen systematischen und strafrechtlich legitimierenden Sinn“ ([18] S. 7). Es wurde insbesondere die Legitimität des Behandlungsabbruchs in Kongruenz mit dem Patientenwillen deutlich formuliert. Außerdem wurde die Sterbehilfe als nicht ausschließlich ärztliche Tätigkeit aufgefasst, sondern sie könne auch das Handeln ‚Dritter‘ umfassen – in diesem Falle das Einschreiten der Kinder von Frau K. ([99], S. 20).

Diese Urteilsbegründung soll nun zuerst hinsichtlich der rechtlichen Gleichbewertung von Handlungsmodi bei der Sterbehilfe untersucht werden. Konkret wurde im Fall von Frau K. das vermeintlich ‚aktive‘ Beenden der PEG-Ernährung durch die Kinder der Patientin für rechtlich legal befunden.

Schon dies zeigt, dass die Kriterien für die Abgrenzung zwischen erlaubtem und verbotenem Verhalten nicht allein in der *äußerlichen Handlungsqualität* gefunden werden können. [...] Die Grenze zwischen erlaubter Sterbehilfe und einer nach den §§ 212, 216 StGB strafbaren Tötung kann nicht sinnvoll nach Maßgabe einer *naturalistischen Unterscheidung von aktivem und passivem Handeln* bestimmt werden. ([99], S. 16)<sup>47</sup>

‚Aktives‘ Tun und ‚passives‘ Unterlassen des Arztes im Rahmen der Behandlungsbegrenzung am Lebensende seien sowohl gleich zu bewerten, als auch gleich zu behandeln, heißt es sinngemäß in der Begründung der Entscheidung ( vgl. [99], S 16). Es wurde ausdrücklich festgelegt, dass die Sterbehilfe auch in Form eines Behandlungsabbruchs legal ist, vorausgesetzt die Einwilligung des Patienten liege in Form einer aktuellen oder früheren Willensäußerung vor.

Die Umdeutung der erlebten Wirklichkeit in eine dieser widersprechende nor-

---

<sup>47</sup> Hervorhebung NP.

mative Wertung, nämlich eines tatsächlich aktiven Verhaltens, etwa beim Abschalten eines Beatmungsgeräts, in ein ‚normativ verstandenes Unterlassen‘ mit dem Ziel, dieses Verhalten als ‚passive Sterbehilfe‘ rechtlich legitimieren zu können - ist in der Vergangenheit zu Recht auf Kritik gestoßen und als *dogmatisch unzulässiger ‚Kunstgriff‘* abgelehnt worden [...]. ([99], S. 16-17)<sup>48</sup>

Aus dieser Äußerung lässt sich die Schwierigkeit und Unzulässigkeit der Gleichsetzung eines Handlungsmodus mit einer normativen Kategorie ersehen. Es ist unangemessen oder gar ‚dogmatisch unzulässig‘, ein ‚aktives‘ Beenden in ein ‚normativ verstandenes‘ Unterlassen umzudeuten, um auf dieser Grundlage eine Sterbehilfe im konkreten Fall zu rechtfertigen. Die Differenzierung zwischen ‚aktiv‘ und ‚passiv‘ oder zwischen ‚Tun‘ und ‚Unterlassen‘ ist nicht tragfähig, wenn es um die Unterscheidung zwischen rechtlich legalen und verbotenen Formen der Sterbehilfe geht. Der Vorschlag in den Ausführungen des BGH lautete daher, das Verzichten, Beenden und Reduzieren lebenserhaltender Therapiemaßnahmen „in einem normativ-wertenden Oberbegriff des *Behandlungsabbruchs* zusammenzufassen, der neben objektiven Handlungselementen auch die subjektive Zielsetzung des Handelnden umfasst [...]“. ([99], S. 17)<sup>49</sup>

Die Auseinandersetzung mit der Kasuistik von Frau K. macht klar, dass die ‚passive‘ Sterbehilfe durch den Abbruch einer lebenserhaltenden Maßnahme in Übereinstimmung mit dem Willen des Patienten rechtlich ganz allgemein ausdrücklich erlaubt ist. Vielmehr stellt eine Fortführung oder Wiederaufnahme der lebenserhaltenden Therapie gegen den Willen des Patienten eine Zuwiderhandlung gegen sein Selbstbestimmungsrecht dar und ist deswegen strafrechtlich verfolgbar. So gesehen kann die BGH-Entscheidung als ein Durchbruch im Sinne der stärkeren Gewichtung von Patientenrechten verstanden werden. In dem diskutierten Fall der Frau K. wurde letztlich betont, dass ihr Autonomierecht und ihr Recht auf körperliche Unversehrtheit durch das Verhalten der Leitung des Altenpflegeheims verletzt wurden. Mit der Einweisung der Patientin ins Krankenhaus wurde die Anlage einer neuen PEG gegen ihren Willen bewirkt. Deshalb wurde der Angeklagte, der sich entgegen der Heimleitung *für* die Umsetzung des Willens von Frau K. eingesetzt hatte, freigesprochen. In der Urteilsbegründung durch den BGH hieß es:

Nach der schon zur Tatzeit ganz herrschenden Rechtsauffassung verliehen weder der Heimvertrag noch die *Gewissensfreiheit* (Art. 4 Abs. 1 GG) der Heimlei-

---

<sup>48</sup> Hervorhebung NP.

<sup>49</sup> Hervorhebung durch Autor.

tung oder dem Pflegepersonal das Recht, sich über das Selbstbestimmungsrecht von Patienten hinwegzusetzen und eigenmächtig in deren verfassungsrechtlich verbürgtes Recht auf körperliche Unversehrtheit einzugreifen [...]. ([99], S .10)<sup>50</sup>

Das Recht der Patientin auf ihre Selbstbestimmung wog also schwerer als das Recht der Heimleitung oder des Pflegepersonals auf die Umsetzung von Gewissensgründen. Diese Festlegung, dass die ‚Gewissensfreiheit‘ der potentiellen Sterbehelfer nicht stärker, sondern im Gegenteil schwächer zu bewerten ist, als das Anrecht des Patienten auf Autonomie und körperliche Integrität, ist für die Thematisierung der COs gegen die Sterbehilfe höchst relevant: Die Idee, dass Gewissensgründe handlungsentscheidend und praxisrelevant sein könnten, wird anhand dieses Fallbeispiels ausdrücklich relativiert und eingeschränkt. Für den Kontext *ärztlicher* COs gegen die Sterbehilfe wäre nun ebenso gut denkbar, dass, anstelle der Leitung des Pflegeheims, ein Arzt mit gegen den Behandlungsabbruch gerichteten moralischen Bedenken stünde, der ebenso dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten zuwider handeln würde, wenn er seine COs praktisch in die Tat umsetzte und den Patienten nicht sterben ließe. Diese Analogie zwischen der sich falsch verhaltenden Pflegeleitung im Fall der Frau K. und dem an seiner statt nicht korrekt handelnden Arzt in der fiktiven Situation macht deutlich, wie hilfreich jene BGH-Entscheidung für das Verständnis der ‚passiven‘ Sterbehilfe und insbesondere für die Bewertung der Ansprüche von fraglichen Arzt- und sicheren Patientenrechten war. Denn letztlich stellt dieses Fallbeispiel anschaulich dar, dass es bei derartigen Entscheidungen am Lebensende um nichts Geringeres geht, als um das unumstößliche Recht des Patienten auf seine körperliche Selbstbestimmung.

Des Weiteren lässt sich aus der BGH-Entscheidung ein wichtiger Rückschluss auf die Ermittlung des Willens eines solchen Patienten ziehen, der sich nicht selbstständig äußern kann und nicht einwilligungsfähig ist, wie die im Koma liegende Frau K. nach ihrer intrakraniellen Blutung. Zunächst enthält die Erklärung des BGH einen deutlichen Appell, ärztliches (oder pflegerisches) Handeln am Willen des Patienten zu orientieren. Dabei spielt es keine Rolle, ob dieser aktuell, vorausverfügt erklärt oder mutmaßlich ist. Diesen Willen anhand konkreter Anhaltspunkte zu ermitteln, und zwar v.a. auch durch die Mithilfe Angehöriger, ihn zu respektieren und in die Tat umzusetzen, sind wichtige Aufgaben des Arztes. Bezüglich der Kasuistik unterlief in der rechtlichen Bewertung

---

<sup>50</sup> Hervorhebung NP.

der Situation insofern zunächst ein Fehler, als es überhaupt nicht um eine Feststellung des *mutmaßlichen* Willens ging. Vor Eintritt der Einwilligungsunfähigkeit der Patientin hatte sie schließlich ausdrücklich ihren Wunsch nach Sterbehilfe geäußert und dementsprechend sei die Ermittlung des mutmaßlichen Willens überhaupt nicht notwendig gewesen (vgl. [99], S 9). Und auch falls sie sich vor ihrer Erkrankung nicht eindeutig gegen die lebenserhaltende Therapie im Falle ihrer Bewusstlosigkeit ausgesprochen hätte, wäre die Einschaltung eines Betreuungsgerichts nur dann erforderlich gewesen, wenn hinsichtlich des mutmaßlichen Willens oder der medizinischen Indikation eine Meinungsdivergenz zwischen behandelndem Arzt und Betreuer bestanden hätte (vgl. [99], S. 13). Keine der Bedingungen traf aber im Fall der Frau K. zu.

Zusammenfassend lässt sich zur Diskussion dieser wegweisenden BGH-Entscheidung feststellen: Die Behandlungsbegrenzung am Lebensende kann sowohl durch ein Unterlassen lebenserhaltender Therapie geschehen, als auch durch ein ‚aktives‘ Beenden derselben. Die Sterbehilfe ist im Falle eines lebensbedrohlich erkrankten Patienten stets gerechtfertigt, sofern dies seinem tatsächlichen oder mutmaßlichen Willen entspricht. Eine Zuwiderhandlung, beispielsweise aufgrund von Gewissensvorbehalten, ist eine Verletzung des Selbstbestimmungsrechts und des Rechts auf körperliche Unversehrtheit des Patienten im Sinne des deutschen Grundgesetzes.

### **3.3.2 BGH-Entscheidung von 2014**

Bei der nun zu diskutierenden BGH-Entscheidung aus dem Jahr 2014 ging es vornehmlich um die Frage nach der Feststellung des Willens bei einem nicht einwilligungsfähigen Patienten. Somit ist die 3. Änderung des Betreuungsgesetzes von 2009, in dem jene Regelungen zum Patientenwillen formuliert wurden, und die eine wesentliche Stärkung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten bewirkte, mit zu bedenken (vgl. [73], S. 214). Die Inhalte der Erklärung knüpfen an das im Vorigen Dargestellte zur rechtmäßigen Ermittlung des Patientenwillens an und können zweifelsohne, wie schon die BGH-Entscheidung von 2010, einen wesentlichen Beitrag für „mehr Klarheit und Rechtssicherheit bei medizinischen Entscheidungen am Lebensende“ ([73], S. 214) leisten.

Konkret ging es in diesem Fall um eine 51-jährige Patientin, die in Folge einer intrazerebralen Blutung seit dem Jahr 2009 im Wachkoma lag, ohne dass sie während der nachfolgenden Zeit je ansprechbar gewesen wäre oder dies voraussichtlich jemals wieder würde. Der Ehemann und die Tochter, eingesetzt als Betreuer der komatösen Ehefrau und Mutter, beantragten eine Genehmigung des Abbruchs der künstlichen Ernährung der Patientin beim Betreuungsgericht und beriefen sich, bei nicht vorliegender Patientenverfügung, auf ihren früher mündlich geäußerten Willen gegen lebenserhaltende medizinische Maßnahmen im Falle einer schweren Krankheit. Der Antrag wurde vom Amtsgericht Stollberg zurückgewiesen und die darauffolgende Beschwerde von Vater und Tochter beim Landgericht Chemnitz ebenfalls nicht angenommen. In einer Urteilsrevision des BGH im Jahre 2014 wurde ein neues Verfahren mit der Anwendung korrekter Prüfungsmaßstäbe beschlossen (vgl. [73], S. 214-215). Die Begründungen und Inhalte jener Entscheidung werden hier v.a. hinsichtlich der Aussagen über den Stellenwert des Patientenwillens bei Therapieentscheidungen am Lebensende erörtert.

Der BGH kritisierte die Entscheidung des Landgerichts: Die geforderten erhöhten Anforderungen an die Feststellung des mutmaßlichen Willens der Patientin, wie sie in Chemnitz gestellt wurden, könnten keine Rechtfertigung finden. Unabhängig von der unmittelbaren Nähe des bevorstehenden Todes des Patienten habe das Selbstbestimmungsrecht unbedingte Gültigkeit (§ 1901a BGB). Eine an Art und Stadium der Krankheit orientierte „Reichweitenbeschränkung“ der Verbindlichkeit des Patientenwillens sei nicht tolerabel (vgl. [73], S. 215).

Ferner wies der BGH in seiner Entscheidung auf den eigenständigen Charakter sogenannter ‚Behandlungswünsche‘ hin. Das Betreuungsgericht unterscheidet in § 1901 Abs. 1 und 2 BGB zwischen der ‚Patientenverfügung‘, sonstigen ‚Behandlungswünschen‘ und dem ‚mutmaßlichen Willen‘ des Patienten. Bei der Patientenverfügung geht es ausdrücklich um eine schriftlich fixierte und für den Arzt wie für den Betreuer unmittelbar und jederzeit verbindliche antizipierte Willensbekundigung eines einwilligungsfähigen sowie volljährigen Patienten über zukünftige Behandlungsmaßnahmen in definierten Situationen. Alle, auf die aktuelle Situation bezogenen Äußerungen des Patienten, die die beschriebenen formalen Kriterien einer Patientenverfügung nicht erfüllen können, werden als ‚Behandlungswünsche‘ bezeichnet und sind für den behandelnden

Arzt ebenso verbindlich. Bei beiden Formen handelt es sich um den ‚erklärten Patientenwillen‘ ([73], S. 216). Der BGH ergänzte: „Die Anforderung an die Bestimmtheit darf dabei nicht überspannt werden.“ Es reiche aus, wenn der Betroffene umschreibend festlege, was er in den von ihm skizzierten Situationen wolle ([74], S. 7). Erst dann, wenn der erklärte Wille nicht vorliege oder die Voraussetzung des Zutreffens auf die konkrete Situation nicht gegeben sei, müsse der *mutmaßliche* Wille ermittelt werden. Dabei handle es sich zunächst um die These eines Betreuers, die auf allgemeinen Äußerungen sowie ethischen oder religiösen Überzeugungen des Patienten beruhen solle ([73], S. 216). Außerdem sollte der Festlegung des Patientenwillens ein Gespräch zwischen Arzt und Patientenvertreter vorausgehen, bei dem auch Angehörige und sonstige Vertrauenspersonen des Patienten die Gelegenheit haben sollten, sich zu äußern (§ 1901b BGB). An dieser Stelle wird also deutlich, dass auch die Urteilskraft des individuellen Arztes in der Entscheidungssituation am Lebensende des Patienten im Gespräch mit dem Betreuer zum Tragen kommen kann und muss. Gewiss ist bei seiner Einschätzung des Patientenwillens auch Raum für Bedenken und Zweifel gegeben. Im Kommentar zur BGH-Entscheidung wurde aber deutlich formuliert, dass bei der Annahme eines der Behandlung entgegenstehenden Willens „konkrete[r] Belege“ von Nöten seien ([73], S. 216). Dies wiederum kann als eine Entlastung eines Arztes mit Zweifeln und Vorbehalten gegen die Therapielimitierung aufgefasst werden: Die Behandlungsbegrenzung muss, ggf. entgegen den COs des Arztes, beim einwilligungsunfähigen Patienten nur dann ausgeführt werden, wenn der gegen die lebenserhaltende Therapie gerichtete Wille ausdrücklich belegt werden kann.

Zuletzt ist zur Untersuchung der BGH-Entscheidung von 2014 die tatsächliche Rolle des Betreuungsgerichts im Entscheidungsprozess am Lebensende eines Patienten in den Blick zu nehmen: Wie schon bei der Diskussion der Entscheidung von 2010 erklärt wurde, muss eine betreuungsgerichtliche Genehmigung nur dann hinzugezogen werden, wenn bei der Ermittlung des Patientenwillens ein Dissens zwischen Arzt und Betreuer besteht. So soll die Umsetzung des Patientenwillens keine unnötige Verzögerung erfahren ([73], S. 216). Als problematisch wurde jedoch die ‚erweiterte Prüfungscompetenz‘ des Betreuungsgerichts in Zweifelsfällen *ohne* bestehende Meinungsdivergenz zwischen Betreuer und behandelndem Arzt erachtet. Diese Regelung birgt nach BGH-Entschluss insofern die Gefahr ihrer „Zweckentfremdung in der klinischen Praxis“, als sie für Ärzte

eine Möglichkeit darstellen würde, sich „rechtlich abzusichern“ und „emotional zu entlasten“ ([73], S. 217). Dieser Kritikpunkt lässt sich unzweifelhaft auf Aspekte der konzeptionellen Vorüberlegungen zu ärztlichen Gewissensvorbehalten übertragen: Neben dem Motiv der ‚echten‘ COs, die der ärztlichen Entscheidung zur Sterbehilfe entgegenstehen oder sie gar verhindern, finden sich auch rechtliche Unsicherheit und emotionales Unvermögen (vgl. Kapitel 2.2). Die Einschaltung eines Betreuungsgerichts durch den zweifelnden, rechtlich verunsicherten oder emotional überforderten Arzt könnte also, gemäß der Einschätzung von Simon, als eine Möglichkeit, sich der Verantwortlichkeit zu entziehen und sich in eine ‚Scheinsicherheit‘ zu begeben, aufgefasst werden (vgl. [73], S. 216-217). Nicht aus dem Bestreben zur Schaffung eines kompetenten und transparenten Verhältnisses, sondern u.a. aus Angst vor juristischen Folgen geschieht demnach diese Hinzunahme richterlicher Kompetenz durch den Arzt. Letztlich aber prüft das Betreuungsgericht nur das Einvernehmen zwischen Betreuer und Arzt und entscheidet darüber, ob eine richterliche Genehmigung erforderlich ist. Eine Einschaltung des Betreuungsgerichts in Fällen des Konsenses muss als ethisch unbefriedigender Umgang mit ärztlichen Bedenken gegen die Sterbehilfe, welcher Natur sie letztlich auch sein mögen, herausgestellt werden. Denn hier erfolgt keine ethische Reflexion und normative Erwägung über das in der jeweiligen Situation Gebotene, sondern eine Abgabe von Verantwortung im Sinne eines Vermeidungsverhaltens des beteiligten Arztes. Bei einer Meinungsdivergenz in der Festlegung des mutmaßlichen Patientenwillens ist die Einschaltung des Betreuungsgerichts zur Klärung der bestehenden Konfliktsituation jedoch hilfreich und unabdingbar. Jedenfalls geht der Appell des Artikels klar dahin, dass vor der Einschaltung des Betreuungsgerichts im Falle der Einwilligungsunfähigkeit des Patienten alle anderen Optionen der „konsensuellen Klärung“ ausgeschöpft werden sollten. Dabei wird u.a. das Zurateziehen eines Klinischen Ethikkomitees (KEK) für die Entscheidungsfindung am Lebensende als eine Möglichkeit genannt ([73], S. 216-217). Dieser Vorschlag soll noch näher untersucht werden, wenn es um den ärztlichen Umgang mit der teils dilemmatischen Entscheidungssituation am Lebensende eines Patienten geht. Denn welche Rolle kann die Ethik bzw. können ethische Normen und Maßstäbe in Anbetracht von COs des Arztes letztlich spielen? (vgl. Kapitel 5.2.3)

### 3.4 Zusammenfassung der juristischen Bewertung verschiedener Formen von Sterbehilfe

Die Inhalte der strafrechtlichen und berufsethischen Regelungen der Sterbehilfe in Deutschland sowie die BGH-Entscheidungen von 2010 und 2014, die einzelne Aspekte des juristischen Hintergrunds der Sterbehilfe konkretisieren und vertiefen konnten, werden im Weiteren vorausgesetzt. Hier soll knapp dargestellt werden, welche ärztlichen Vorgehensweisen am Lebensende eines Patienten rechtlich erlaubt und welche verboten sind. Auf dieser Grundlage können dann ärztliche Motive, die zum Durchführen oder Unterlassen der Sterbehilfe veranlassen sowie Umstände und Einflussfaktoren auf Entscheidungen außerhalb des Gesetzestextes und der Umgang mit den ärztlichen Gewissensvorbehalten in der Praxis begründeter untersucht, eingeordnet und bewertet werden (vgl. Kapitel 4 und 5).

Strafrechtlich ausdrücklich reguliert und mit einem eigenen Paragraphen im Strafgesetzbuch verankert, ist die ‚Tötung auf Verlangen‘, nach früherer Terminologie die ‚aktive‘ Sterbehilfe. Nach § 216 StGB ist die gezielte Tötung des Patienten auf dessen Wunsch hin strafbar. Ohne das ausdrückliche Verlangen des Patienten werden gemäß den §§ 212 oder 211 StGB die Tatbestände von Totschlag oder sogar Mord erfüllt und das eigenmächtige Handeln des Arztes muss nach diesen Maßstäben strafrechtlich sanktioniert werden (vgl. [87], S. 501).

Bei der ‚Hilfe zum Suizid‘ muss zwischen verschiedenen Szenarien differenziert werden: Grundsätzlich wird zwischen dem Nicht-Verhindern eines Suizids (A) sowie der Mitwirkung bei der Selbsttötung (B) unterschieden. Ferner muss erwogen werden, ob die Entscheidung des Suizidenten freiverantwortlich getroffen wurde oder nicht. Beide Handlungen (A, B) sind strafbar, wenn die Entscheidung nicht freiverantwortlich gefällt wurde. Im Falle einer freiverantwortlichen Entscheidung ist nach vorherrschender Auffassung Handlung A straffrei und Handlung B nur dann strafbar, wenn sie auf Wiederholung angelegt ist bzw. geschäftsmäßig erfolgt ([87], S. 501). Die aktuelle Entwicklung des Strafrechts bezüglich der ‚Hilfe zur Selbsttötung‘ durch den Arzt sollte hier Beachtung finden: Seit November 2015 gilt nämlich das Verbot der *geschäftsmäßigen* Förderung des Suizids (§ 217 StGB). Bei Zuwiderhandlung droht eine Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder eine Geldstrafe. „Unter ‚geschäftsmäßig‘ wird das auf Wiederholung angelegte, organisierte und gewinnorientierte Handeln von Vereinen und Ein-

zelpersonen verstanden.“<sup>51</sup> Die Berufsordnungen mancher Landesärztekammern sehen darüber hinaus ein berufsrechtliches Verbot der ärztlichen Suizidhilfe als solcher vor, wohingegen die Grundätze der BÄK sie als ‚nicht ärztliche Aufgabe‘ formulieren. Diesbezüglich besteht also ein Unterschied zwischen den Berufsordnungen und der allgemeinen berufsethischen Festlegung zu dieser Form der Sterbehilfe, da die Grundsätze der BÄK die ärztliche Mitwirkung beim Suizid nicht explizit ausschließen. Ein bei frei verantwortlichem Selbstmord assistierender Arzt kann jedenfalls zwar nicht straf-, jedoch u.U. berufsrechtlich sanktioniert werden. Es sei jedoch erneut darauf verwiesen, dass der § 16 MBO-Ä nur von 10 der 17 Landesärztekammern übernommen worden ist. Die ‚Symptomkontrolle‘, früher unter dem Begriff der ‚indirekten‘ Sterbehilfe gefasst, ist straf- und berufsrechtlich zulässig, sofern die medizinische Indikation gegeben ist, Kompatibilität mit dem erklärten oder mutmaßlichen Patientenwillen besteht und keine versteckte Tötungsabsicht des Arztes vorliegt. Demgegenüber kann eine unzureichende Leidenslinderung durch den Arzt im Sinne einer Körperverletzung des Patienten sogar strafbar sein. Die von der Sterbehilfe im engeren Sinne abzugrenzende ‚Sterbebegleitung‘ ist außerdem eine verpflichtende elementare Aufgabe des Arztes. Die unterlassene Hilfe beim Sterben erfüllt u.U. den Tatbestand der Körperverletzung.

Bei der ‚passiven‘ Sterbehilfe geht eine Therapiezieländerung von kurativer hin zu palliativer Absicht voraus. Es wird *keine* rechtliche Unterscheidung zwischen der Therapielimitierung durch einen ‚aktiven‘ Abbruch von oder einen ‚passiven‘ Verzicht auf Maßnahmen mit lebensverlängerndem Effekt getroffen. Eindeutig straflos ist diese Form der Sterbehilfe unter der Voraussetzung der Übereinstimmung mit dem erklärten oder mutmaßlichen Patientenwillen. Wenn aus ärztlicher Sicht keine medizinische Indikation zu weiteren lebenserhaltenden Maßnahmen besteht, können die Maßnahmen jedoch auch einseitig beendet werden. Außerdem gilt die Therapiebegrenzung *unabhängig* von Art und Stadium der Erkrankung als rechtlich zulässig ([73], S. 215). Nur unter ganz bestimmten Umständen ist die ‚passive‘ Sterbehilfe strafbar und zwar im Falle der „vom Arzt / der Pflegekraft / dem Angehörigen vorgenommene[n] eigenmächtige[n] Begrenzung indizierter Behandlung“ ([87], S. 501).

Die Darstellung der juristischen Rahmenbedingungen der ärztlichen Sterbehilfe (ein-

---

<sup>51</sup> Vgl.: <http://www.drze.de>. Sterbehilfe. Rechtliche Regelungen. Bonn. Fassung von März 2016. [104]

schließlich konkreter Fallbeispiele) und die Erörterung möglicher Kritikpunkte bezüglich der aktuellen strafrechtlichen Regelung dient im Weiteren dazu, sich mit empirischen Untersuchungen zu ärztlichen Gewissensvorbehalten gegen die ‚passive‘ Sterbehilfe auseinanderzusetzen. Bei der Analyse der Studienergebnisse werden die dargelegten terminologischen und rechtlichen Bestimmungen als Grundlagen und Orientierungspunkte für die Beurteilung der von Ärzten aufgeführten COs herangezogen.

## 4. Empirische Evidenzen für Art und Ausmaß ärztlicher Bedenken gegen die Therapiebegrenzung am Lebensende

Das Ziel dieses Kapitels ist es, empirische Befunde zu ärztlichen COs gegen die ‚passive‘ Sterbehilfe und zur Rolle des ärztlichen Gewissens im Kontext medizinischer Entscheidungen darzustellen. Begonnen wird mit einer kurzen Erläuterung der Suchstrategie und der methodischen Vorgehensweise bei der Recherche sowie der Auswahl von Studien in der bibliographischen Datenbank *Medline* (Kapitel 4.1). Um dabei der Aussagekraft und dem Fokus der für die Thematik relevantesten Studien gerecht werden zu können, werden die wenigen Untersuchungen, die sich *konkret* und *ausschließlich* mit den ärztlichen COs beschäftigen, einzeln beschrieben (Kapitel 4.2.1). Die Ergebnisse des Großteils der Arbeiten über ärztliche Entscheidungen am Lebensende, die Bedenken unterschiedlicher Natur gegen den Therapieabbruch thematisieren, werden nur im Sinne eines Überblicks zusammenfassend dargestellt, ohne auf jede einzelne Studie einzugehen (Kapitel 4.2.2). Dabei kann die theoretisch erklärte Differenzierung von ‚echten‘ Gewissensbedenken des Arztes gegenüber den ‚COs im Irrtum‘ sowie psychologischen Vorbehalten in der Praxis nachgewiesen werden. Anschließend wird eine Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse der Studien erfolgen (Kapitel 4.3) und zum Schluss werden Limitationen dieses *Narrative Reviews* dargelegt (Kapitel 4.4).

Die Grundlage dieses vierten Kapitels stellt eine tabellarische Übersicht der insgesamt 26 ausgewerteten Arbeiten dar, in der Informationen über das Studiendesign und die Ergebnisse hinsichtlich ‚echter‘ ärztlicher COs sowie Bedenken anderer Natur gegen die ‚passive‘ Sterbehilfe zusammengetragen sind. Diese Tabelle ist im Anhang der Arbeit beigelegt.

### 4.1 Methodische Vorgehensweise bei der Literaturrecherche

Formal handelt es sich bei dieser Zusammentragung und kritischen Auseinandersetzung mit den Studien zum Thema ärztlicher COs gegen die ‚passive‘ Sterbehilfe um einen *Narrative Review*.<sup>52</sup> Die Arbeit basiert auf einer selektiven Literaturrecherche in der bibliographischen Datenbank *Medline*. Die Suchstrategie und die Methode zur Auswahl geeigneter Studien mit dem Ziel einer systematischen Untersuchung empirischer Evi-

---

<sup>52</sup> Vgl. <https://www.clearinghouse.edu.tum.de/glossar/narrativer-review/>. Fassung von November 2017. [101]

denzen zu ärztlichen Gewissensbedenken gegen die Therapiebegrenzung am Lebensende stellte sich wie folgt dar: Der erste Schritt wurde anhand des „MIPO-Modells“ (vgl. [78], S. 473), d.h. anhand der Oberbegriffe *Method, Issue, Person, Outcome*, und mit Hilfe einer tabellarischen Übersicht mit Kategorien zum Thema ärztlicher COs gegen die ‚passive‘ Sterbehilfe durchgeführt. Auf diese Weise wurde der nachfolgende Suchbegriff erarbeitet und angewendet.<sup>53</sup> Mit dem Booleschen Operator *AND* erfolgte dabei die Verknüpfung von Begriffen unterschiedlicher Kategorien des Modells, also z.B. „empirical research“ mit „withholding treatment“ und mit „conscience“. Mit *OR* wurde die Verbindung von Begriffen innerhalb einer Kategorie durchgeführt, also z.B. „WH treatment“ mit „WD treatment“ und mit „euthanasia“ und mit „terminal care“. Der Vollständigkeit der Recherche wegen wurde die [mesh]-Suche mit der [tiab]-Suche kombiniert. Sie beschränkte sich außerdem auf Veröffentlichungen im Zeitraum von Anfang des Jahres 1990 bis Februar 2017. Es ergaben sich mittels dieser Suchstrategie insgesamt 2864 Treffer, darunter 69 *Systematic Reviews*.

Eine Selektion unter dieser Vielzahl an Suchergebnissen erfolgte im nächsten Schritt unter Anwendung mehrerer Ein- und Ausschlusskriterien, die nach dem Lesen der systematischen Übersichtsarbeiten festgelegt werden konnten: Studien, die sich mit „active euthanasia“ oder „physician assisted death“ auseinandersetzten, kamen nicht in Betracht, da es in dieser Arbeit ausschließlich um die ‚passive‘ Sterbehilfe geht. Auch solche Arbeiten, die sich mit ärztlichen Gewissensbedenken und Entscheidungsfindungen bei der Behandlung pädiatrischer, gynäkologischer oder psychiatrischer Patienten, unabhängig vom Kontext der Sterbehilfe, beschäftigten, wurden nicht hinzugezogen, genauso wenig wie solche Arbeiten, die sich auf die Therapiebegrenzung bei dementen Patienten oder Patienten im „permanent vegetative state“ sowie auf ganz spezifische

---

<sup>53</sup> (((("surveys and questionnaires"[MeSH Terms] OR ("surveys"[All Fields] AND "questionnaires"[All Fields]) OR "surveys and questionnaires"[All Fields] OR "survey"[All Fields]) AND "surveys and questionnaires"[MeSH Terms]) OR "empirical research"[MeSH Terms]) OR (survey[tiab] OR interview[tiab] OR questionnaire[tiab] OR empirical research[tiab] OR qualitative[tiab] OR study[tiab] OR evaluation[tiab])) AND (((("Withholding Treatment/ethics"[Mesh] OR "Terminal Care/ethics"[Mesh]) OR (withholding treatment[tiab] OR withdrawel[tiab] OR euthanasia[tiab] OR terminal care[tiab])) AND ((conscience[tiab] OR morals[tiab] OR attitude[tiab] OR dissent[tiab] OR decision making[tiab] OR end of life decision[tiab] OR conscientious objection[tiab] OR rejection[tiab] OR refusal[tiab]) OR "conscience"[MeSH Terms] OR "morals"[MeSH Terms] OR "attitude"[MeSH Terms] OR "dissent and disputes"[MeSH Terms] OR "professional autonomy"[MeSH Terms] OR "refusal to treat"[MeSH Terms] OR "religion and medicine"[MeSH Terms] OR "physician-patient relations"[MeSH Terms] OR "decision making"[MeSH Terms] AND ("1990/01/01"[PDAT] : "2017/12/31"[PDAT])))

Krankheitsbilder (z.B. ALS) beschränkten. Außerdem kamen auch solche Untersuchungen nicht in Frage, die ausschließlich die Sichtweise des Pflegepersonals (*Nurses, Health Care Personnel*) auf Entscheidungen am Lebensende reflektierten, wohl aber solche, die die ärztliche *und* pflegerische Perspektive zur Sterbehilfe in der Praxis beachteten. Studien, die nur Medizinstudenten ohne praktische Berufserfahrung bezüglich ihrer Einstellungen zu COs im Kontext der Sterbehilfe befragten, wurden zu Analyse-zwecken ebenfalls nicht hinzugezogen. Des Weiteren wurden diejenigen Arbeiten nicht in die Untersuchung integriert, die sich nur mit Teilaspekten der Entscheidung zum Behandlungslimit am Lebensende, wie z.B. mit der ärztlichen Einstellung zu den *Advanced Directives* oder zu den „DNR-Vermerken“ beschäftigten. Eingeschlossen wurden aber ausdrücklich solche Studien, die sich mit dem *Futile Treatment* und der ausbleibenden Therapiebegrenzung bei terminal erkrankten Patienten v.a. in der Intensivmedizin auseinandersetzen. Denn die Folgen ärztlichen Handelns gemäß ihren COs gegen die Sterbehilfe sollen auch einen Untersuchungsschwerpunkt dieser Arbeit darstellen. Dabei wird die *Medical Futility* als „Synonym für sinnlose, nutzlose, ineffektive oder aussichtslose medizinische Therapie“ aufgefasst und charakterisiert eine solche Behandlung, deren „angestrebte[s] Therapieziel aller Voraussicht nach nicht erreicht werden kann“ (vgl. [1], S. 68). Der Einschluss der Arbeiten über das *Futile Treatment* erfolgte unter der Hypothese, dass ärztliche Gewissensbedenken gegen die ‚passive‘ Sterbehilfe eine Ursache für die ‚Übertherapie‘ am Lebensende von Patienten und für eine Verzögerung ihres Sterbens sein könnten.

Neben den begrifflichen und inhaltlichen Selektionskriterien wurde zusätzlich eine Auswahl nach Sprache und Herkunft der Untersuchungen durchgeführt: Es wurden nur deutsch- und englischsprachige Arbeiten in den *Narrative Review* miteinbezogen. Dies geschah unter der Annahme, dass der medizinethische Diskurs über die COs wesentlich im angelsächsischen Raum stattfindet und hier auch ein Großteil der Studien zum Thema ärztlicher Gewissensbedenken erhoben wurde. Die Auswahl zielte auf Studien aus europäischen Ländern, Kanada und den USA, da die Regelungen zur Sterbehilfe zwar auch hier heterogen, aber die medizinischen Standards und grundlegenden Maßgaben ärztlicher Tätigkeit zumindest recht gut miteinander vergleichbar sind. Studien, die sich nur mit der Praxis der Sterbehilfe in den Niederlanden, in Belgien oder in der Schweiz

und den jeweils sehr speziellen Regelungen dieser Länder hinsichtlich der ärztlichen Tötung auf Verlangen sowie anderer Sterbehilfeformen befassten, wurden aus der Analyse zusätzlich ausgeschlossen.

Unter Berücksichtigung der beschriebenen Kriterien kamen insgesamt 26 Studien für den *Narrative Review* näher in Betracht. Letztlich lassen sich diese für die Untersuchung relevanten Studien wiederum in drei Gruppen einteilen: Arbeiten, die die ärztlichen COs im Zusammenhang mit der Behandlungsbegrenzung am Lebensende von Patienten thematisieren (Cugliari und Miller, Antiel et al.), Arbeiten, die die COs des Arztes und die Rolle des ärztlichen Gewissens allgemein im Kontext medizinischer Entscheidungen analysieren (Brauer et al., Combs et al., Lawrence et al.) und Arbeiten, die sich mit Einflussfaktoren auf die Therapieentscheidung am Lebensende sowie Bedenken unterschiedlicher Natur gegenüber der ‚passiven‘ Sterbehilfe beschäftigen (der Großteil). Explizit erwähnte demnach nur ein Bruchteil der untersuchten Studien die ärztlichen COs konkret. Die anderen empirischen Erhebungen auf ihre Aussagekraft zu den Gewissensvorbehalten der Ärzte zu untersuchen bzw. die Art der beschriebenen Vorbehalte richtig einzuordnen, war also die vordringliche Aufgabe. Solche Studien, die persönliche Beweggründe, ethische und religiöse Wertvorstellungen, Zweifel, Ängste, Unsicherheiten und Aversionen von Ärzten bei der Behandlungsbegrenzung am Lebensende beschrieben, konnten jedoch wenig oder keinen Aufschluss über ‚echte‘ ärztliche COs geben. Denn für eine trennscharfe und genaue Untersuchung ärztlicher COs sollte die erarbeitete enge Definition ‚echter‘ Gewissensbedenken (vgl. Kapitel 2.2.3) vorausgesetzt werden. Um also Verzerrungen und Fehlübertragungen von Befunden auszuschließen, konzentriert sich die Arbeit im Wesentlichen nur auf die fünf zentralen Studien.

Alle 26 Studien sind in einer tabellarischen Übersicht mit den Namen der Autoren, den Untersuchungskollektiven, dem Studiendesign und den jeweiligen Ergebnissen im Hinblick auf die Fragestellung der Arbeit systematisch zusammengefasst (s. Anhang). An erster Stelle stehen die Untersuchungen, die sich konkret mit den ärztlichen COs und der Rolle des ärztlichen Gewissens in Therapieentscheidungen auseinandersetzen. Alle

übrigen Studien über die ärztliche Entscheidungsfindung am Lebensende von Patienten sind nachfolgend alphabetisch geordnet.

## **4.2 Inhalte und Ergebnisse der empirischen Untersuchungen zu ärztlichen Bedenken gegen die Therapiebegrenzung am Lebensende von Patienten**

### **4.2.1 Studien zur Rolle des ärztlichen Gewissens und zu *Conscientious Objections* in der Medizin**

Zunächst werden nun jene Studien beschrieben, deren Untersuchungsschwerpunkte explizit die ärztlichen COs und die Rolle des ärztlichen Gewissens in der klinischen Praxis waren. Im Anschluss daran werden Ergebnisse jener Studien überblickhaft zusammengefasst, die in Teilaspekten Erkenntnisse zu ärztlichen Gewissensvorbehalten bei der Therapieentscheidung am Lebensende erbrachten.

Der Arbeit von Cugliari und Miller mit dem Titel „Moral and Religious Objections by Hospitals to Withholding and Withdrawing Life-Sustaining Treatment“ [24] beschäftigte sich mit den Einflussfaktoren auf die Entscheidung für oder gegen die Therapiebegrenzung am Lebensende eines Patienten. Dabei wurde die Rolle institutioneller Gewissensklauseln bzw. moralischer Normen von Krankenhäusern miteinbezogen. Die zugrundeliegende Studie bestand aus einer Befragung des medizinischen Personals, darunter v.a. die ärztliche und pflegerische Direktion sowie Verwaltungsangestellte, und hatte zum Ziel, die Prävalenz institutioneller COs gegen die ‚passive‘ Sterbehilfe zu erfassen. Sie wurde im Januar 1989 in 243 Krankenhäusern im US-Bundesstaat New York State durchgeführt. In den mit zwölf verschiedenen klinischen Fallkonstellationen arbeitenden Fragebögen wurde zwischen der Einstellung zum Behandlungsabbruch gegenüber derjenigen zum -verzicht unterschieden, es wurde die Therapieentscheidung hinsichtlich unterschiedlicher Gesundheitszustände des Patienten erfragt und außerdem wurde die Einschätzung der Studienteilnehmer zur Terminierung verschiedener Arten der lebenserhaltenden Behandlung differenziert erfragt. Es konnte gezeigt werden, dass – nach Aussage der Verwaltungsangestellten sowie der Direktion – 29 % der teilnehmenden Krankenhäuser in mindestens einer der beschriebenen klinischen Kasuistiken eine Therapiebegrenzung aufgrund von COs verweigern würden. Unter den Institutionen in religiöser Trägerschaft äußerten 41 % moralische Bedenken, verglichen mit nur

20 % religiöser Krankenhäuser, die keine COs angaben. Aus den Ergebnissen ging außerdem hervor, dass die COs gegen die Sterbehilfe am wenigsten stark ausgeprägt waren im Falle von „terminally ill“ (16 %), gefolgt von „permanently unconscious“ (20 %) und am stärksten ausfielen bei „severely debilitated“ (24 %) Patienten. Die hier genannten prozentualen Ergebnisse beziehen sich konkret auf die Frage nach dem Abbruch von künstlicher Ernährung und Flüssigkeitszufuhr am Lebensende. Eine vergleichbare Tendenz zeigte sich aber auch im Antwortverhalten der Ärzte bei der Frage nach dem Verzicht auf dieselben Maßnahmen (15 %, 17 %, 24 %) sowie bei der Frage nach dem Abbruch (5 %, 11 %, 15 %) oder Verzicht (1 %, 4 %, 14 %) auf eine mechanische Ventilation. Weiterhin vermuteten die Autoren dieser Studie, dass die Vorbehalte beim „surrogate decision making“ weitaus größer sein könnten als im Falle eines selbstbestimmten Patienten, der sich über seinen Sterbenswunsch eigenständig äußern kann. Hierzu fehlten jedoch empirische Daten. Die letzte Frage der Studie zielte auf das Vorhandensein eines schriftlichen Dokuments zu diesen institutionellen COs gegenüber der Therapiebegrenzung am Lebensende. Nur bei 10 % derjenigen teilnehmenden Institutionen, die in mindestens einem der Fälle aus religiösen oder moralischen Gründen die ‚passive‘ Sterbehilfe verweigern würden, lag ein solch‘ offizielles Schriftstück vor.

Die Autoren der Studie kritisierten insbesondere das informelle und nicht explizit geregelte Vorgehen im Falle institutioneller COs sowie moralischer Normen des jeweiligen Krankenhauses. Die Konsequenz dessen sei das Ausbleiben der Sterbehilfe in der Praxis. Nach ihrer Einschätzung müsste es klare prozedurale Regelungen innerhalb der jeweiligen Institution geben, um Unannehmlichkeiten für Patienten und Angehörige bei der Therapiebegrenzung am Lebensende vermeiden zu können.

Die Studie von Antiel et al. „Spanning Our Differences: moral psychology, physician beliefs and the practice of medicine“ [2] wies das Vorhandensein von COs gegen die Sterbehilfe unter US-amerikanischen Ärzten nach und suchte darüber hinaus nach Erklärungsgründen für ihr Auftreten. Die Untersuchung wurde im Mai 2009 durchgeführt, indem vertrauliche Fragebögen an eine randomisierte Stichprobe 2000 praktizierender amerikanischer Ärzte verschiedenster Fachrichtungen versendet wurden. 1032 Antworten konnten insgesamt verzeichnet werden. Die Teilnehmer äußerten sich dazu, welchen Ausmaßes ihre Bedenken wären, den Tod eines terminal kranken Patienten zu be-

schleunigen: 33 % gaben starke moralische Vorbehalte an, 34 % nannten moderate Bedenken und 33 % verneinten jegliche Zweifel. Somit lägen ärztliche COs gegen die Sterbehilfe bei zwei Dritteln der Teilnehmer vor. Um nun herauszufinden, ob sich diese unterschiedlichen ärztlichen Einstellungen anhand der Theorie des *Social Intuitionism* (vgl. Kapitel 2.2.2) erklären ließen, fügten die Autoren ihrer Befragung einen weiteren Teil hinzu: „The survey included Haidt’s Moral Foundations Questionnaire (MFQ30) along with questions pertaining to morally controversial healthcare topics. Physicians’ mean scores for the five moral foundations (care, fairness, loyalty, authority, and sanctity) were calculated based on their responses to six survey items for each foundation.“ Der größte Unterschied zwischen der Gruppe derjenigen Ärzte ohne und derjenigen mit starken moralischen Bedenken gegen die Sterbehilfe bestand in ihrer Bewertung der Kategorie der „sanctity/degradation of life“. Dies hatte sich auch schon bei der vorab gestellten Frage nach den Beweggründen für das Ablehnen oder Befürworten von ärztlichen Schwangerschaftsabbrüchen gezeigt. Gewissensvorbehalte gegen die Sterbehilfe und gegen den Abort korrelierten gleichsam mit der Überzeugung des Arztes von der Heiligkeit sowie Unverfügbarkeit menschlichen Lebens.

Die Autoren sahen in ihren Studienergebnissen eine Bestätigung der Theorie des sozialen Intuitionismus: In kontroversen bioethischen Fragestellungen würden sich Ärzte in ihrem moralischen Urteil v.a. von intuitiven Neigungen leiten lassen.

Die Studie „Physicians’ Opinions About Conscience in Medicine“ [51] stellte teilnehmenden Ärzten die Fragen, ob sie aufgrund professioneller Verpflichtungen zuweilen ihr eigenes Gewissen verletzen müssten und welcher Bezug zwischen der Rolle des Gewissens und ihren religiösen Überzeugungen bestünde. Um dies empirisch zu untersuchen, wurden im Jahr 2007 Fragebögen an eine randomisierte Stichprobe 500 US-amerikanischer Ärzte geschickt, die durch jeweils 250 arabische sowie südasiatische Ärzte ergänzt wurde. Auf diese Weise sollte eine repräsentative Untersuchung des Einflusses der verschiedenen Weltreligionen (Christentum, Judentum, Islam, Hinduismus, Buddhismus) auf die Einstellungen der Ärzte ermöglicht werden. Zunächst wurden die Teilnehmenden gefragt, ob ein Arzt niemals, auch unabhängig von Expertenmeinungen, dazu verpflichtet wäre, etwas zu tun, was er aus moralischen Gründen ablehnte oder ob er manchmal aus professionellen Gründen medizinische Dienste leisten müsste, obwohl

er auf diese Weise eigene moralische Prinzipien verletzen würde. 78 % der Ärzte stimmten der ersten Aussage zu, 57 % der zweiten und 36 % empfanden sowohl die erste wie auch die zweite Aussage als zutreffend. Bezüglich ärztlicher COs gegen kontroverse, aber legale medizinische Praktiken stellten die Autoren noch die Frage, ob eine solche Maßnahme trotz eigener moralischer Bedenken *selbst* durchgeführt werden müsste oder ob man den Patienten an einen Kollegen überweisen sollte. 77 % der Teilnehmer waren davon überzeugt, dass sie nicht selbst die Behandlung durchführen müssten. 82 % der Antwortenden sahen sich aber zum Patiententransfer verpflichtet. Die Studienautoren fanden außerdem heraus, dass das Ausmaß der Religiosität des Arztes der stärkste Prädiktor für eine Ablehnung von medizinischen Handlungen aufgrund moralischer Bedenken war: Die Zustimmung zur Aussage, dass keine ärztliche Verpflichtung zum Handeln gegen eigene COs bestünde, korrelierte positiv mit einer „high“ gegenüber einer „low intrinsic religiosity“ (OR 2,8), mit Gottesdienstbesuchen über zwei Mal im Monat gegenüber keinem (OR 3) und mit der Selbsteinschätzung als religiös gegenüber weder religiös noch spirituell (OR 3). Hinsichtlich der verschiedenen Religionszugehörigkeiten zeigten sich v.a. Zusammenhänge zwischen der Verweigerung aufgrund persönlicher normativer Bedenken und der Zugehörigkeit zum katholischen oder orthodoxen Glauben (OR 2,4) sowie zum evangelisch-protestantischen Glauben (OR 2,6). Des Weiteren konnten die Autoren nachweisen, dass eine Migrationsgeschichte der Ärzte offensichtlich auch eine Rolle für ihre Einstellung zu eigenen COs spielte: Nur halb so häufig wie in Amerika geborene Ärzte hätten zugezogene Ärzte der Aussage zugestimmt, dass es niemals eine berufliche Verpflichtung gäbe, gegen eigene moralische Vorbehalte zu handeln (OR 2,7). Dies begründeten die Autoren damit, dass Ärzte mit Migrationshintergrund bemüht seien, sich den Werten und Erwartungen der amerikanischen Kultur anzupassen.

Das Fazit, das sie generell aus ihren Studienergebnissen zogen, war, dass Ärzte eine gewisse Zerrissenheit zwischen professionellen und persönlichen Verpflichtungen empfinden würden. Uneinigkeit bestünde darüber, ob die individuellen Wertvorstellungen des Arztes Einfluss auf sein medizinisches Tun haben dürften. Lawrence et al. argumentierten, dass ein Konsens zur Rolle des ärztlichen Gewissens schwer erreichbar sei, wenn die unterschiedlichen Sichtweisen aus religiösen gegenüber säkularen Perspektiven resultieren würden, wie es ihre Studie vermuten ließe. Vor dem Hintergrund einer

gerechten Versorgung von Patienten, sahen sie die ambivalente Einstellung von Ärzten zur Praxis des Überweisens im Falle eigener ethischer Bedenken sehr kritisch.

Die Studie „US primary care physicians' opinions about conscientious refusal: a national vignette experiment“ [13] setzte sich mit der Frage auseinander, ob ein Arzt mit moralischen Bedenken gegen eine vom Patienten gewünschte medizinische Maßnahme verpflichtet wäre, diesen an einen Kollegen zu überweisen. Die Rolle des Arztes mit seinem „professional commitment“ auf der einen Seite und seinen „personal concerns“ auf der anderen Seite sollte der Untersuchungsschwerpunkt sein. Es handelte sich um eine nationale Studie mit einer stratifizierten, repräsentativen Stichprobe 1504 US-amerikanischer Allgemeinmediziner, die im Zeitraum von September 2009 bis Juni 2010 einen ihnen vertraulich zugesendeten Fragebogen ausfüllten. Dieser erfragte die Einstellung der Ärzte zur Bitte des Patienten nach einer klinischen Intervention oder nach narkotischen Schmerzmitteln, ermittelte, ob es sich jeweils, gemäß der Sichtweise des Arztes, um die Verletzung persönlicher oder professioneller Standards handeln würde, fragte, ob der Patient über die persönlichen COs des Arztes informiert würde und evaluierte letztlich, ob der Arzt die erfragte medizinische Maßnahme leisten, oder den Patienten überweisen würde, oder er die Legalität der Bitte anerkennen würde, aber die Maßnahme nicht mit gutem Gewissen selbst vornehmen könnte, oder ob er die Bitte als illegal einschätzen und auch die Überweisung nicht vornehmen würde. Das Studienergebnis zeigte, dass fast die Hälfte der Teilnehmer (43,4 %) die Überweisung im Falle der Bitte nach Narkotika verweigern würde, dass bei der klinischen Intervention dagegen 75 % einem Patiententransfer zustimmen würden. Bezüglich der Verweigerung der Gabe von Narkosemitteln oder der Durchführung medizinischer Interventionen machte es für die letztliche Entscheidung der Ärzte kaum einen Unterschied, ob dies aus professionellen oder persönlichen Gründen geschah (23,9 % vs. 30,8 % und 25,1 % vs. 23,8 %). Die Bereitschaft der teilnehmenden Ärzte, bei der Bitte nach Narkotika persönliche Standards zu verletzen, war aber größer als die, gegen professionelle Standards zu handeln (31,6 % bzw. 20,9 % vs. 1,9 % bzw. 8,3 %). Ob der Patient über die ärztlichen COs informiert wurde oder nicht, machte keinen signifikanten Unterschied für die Therapieentscheidung des Arztes (29,1 % vs. 23 %). Die Einstellung, dass eine Verweigerung von medizinischen Handlungen aufgrund von persönlichen Gewissensvorbehalten

angemessen und rechtens sei, korrelierte außerdem positiv mit der Religiosität der Ärzte (OR 2,2).

Die Autoren fassten die Befunde ihrer Untersuchung insbesondere als große Zustimmung der Ärzte zum Patiententransfer im Falle von persönlichen COs zusammen. Der Großteil der Ärzte sei nicht bereit, bei der Behandlung von Patienten professionelle Standards sowie persönliche ethische Überzeugungen zu verletzen, sähe sich aber zu einer Überweisung des Patienten verpflichtet, um dessen wunschgemäße Therapie zu ermöglichen.

In der Studie „Conscientious refusal to refer: Findings from a national physician survey“ [21] war der Gegenstand ärztlicher Gewissensbedenken nicht allein das Ausführen einer medizinischen Handlung selbst, sondern bezog sich darüber hinaus auch auf den Patiententransfer im Falle der persönlichen Verweigerung. Die sich mit dieser Problematik auseinandersetzende Studie von Combs et al. fand im Jahr 2014 statt und die Teilnehmer waren 2000 US-amerikanische Ärzte verschiedener Fachdisziplinen. 57 % der befragten Mediziner stimmten einer Verpflichtung zur Überweisung von Patienten im Falle eigener moralischer Vorbehalte gegen eine medizinische Maßnahme zu. Die Studienteilnehmer sollten sich außerdem zum Einfluss bioethischer Prinzipien auf ihre berufliche Tätigkeit äußern: 64 % sahen die Benefizienz, 26 % die Patientenautonomie und 10 % die Gerechtigkeit als bedeutendstes Prinzip ihres persönlichen Berufsverständnisses an. Des Weiteren sollte im Fragebogen eine Selbsteinschätzung der Ärzte als politisch liberal, konservativ oder moderat erfolgen und ihre Einstellung zu einem religiösen Pluralismus benannt werden. In der statistischen Auswertung dieser Studienergebnisse konnten dann jeweils positive Korrelationen zwischen der empfundenen Verpflichtung der Ärzte zum Patiententransfer im Falle von COs und der Bewertung der Patientenautonomie als für sie wichtigstes bioethisches Prinzip (OR 1,6), der Selbsteinschätzung als politisch liberal (OR 2,4) sowie der Befürwortung eines theologischen Pluralismus (OR 1,9) nachgewiesen werden. Diese Einstellungen teilnehmender Ärzte waren also verbunden mit einer Tendenz, den Geltungsanspruch eigener COs zu relativieren und die negativen Folgen von praktizierten Gewissensvorbehalten durch die Überweisung des Patienten zu reduzieren.

Die Studienautoren zogen aus ihren Ergebnissen v.a. den Rückschluss, dass unter verantwortlichen Ärzten sowie auch auf institutioneller Ebene wenig Konsens darüber bestünde, wie mit ärztlichen COs gegen medizinische Vorgehensweisen in der Praxis adäquat umgegangen werden könnte. Ihrer Ansicht nach existiert kein nicht kontroverser Vorschlag zur Lösung des Interessenkonflikts zwischen dem Arzt mit moralischen Bedenken auf der einen Seite und dem Patienten mit seinen Ansprüchen auf eine wunschgemäße medizinische Versorgung auf der anderen Seite.

Abschließend und ergänzend zu dieser engeren Auswahl von Befunden über ‚echte‘ COs des Arztes werden nun die Ergebnisse von solchen Studien überblickshaft zusammengefasst, die sich nicht ausdrücklich und ausschließlich mit ärztlichen *Gewissensbedenken* auseinandersetzen, jedoch in Teilaspekten auch moralische Vorbehalte bei Therapieentscheidungen am Lebensende thematisierten.

Flannery et al. fanden in ihrer großen europaweiten systematischen Übersichtsarbeit ganz allgemein Folgendes heraus: Die primär unilateral durch den Arzt getroffene Entscheidung am Lebensende von Patienten sei stets eine Einzelfallentscheidung und stünde wesentlich unter dem Einfluss *individueller moralischer und religiöser Wertmaßstäbe* des Verantwortlichen ([32], S. 99). Bei Palda et al. nannten 59 % der teilnehmenden Ärzte ebenfalls *persönliche Werte* und *Beweggründe* als ursächlich für ein *Futile Treatment* am Lebensende, d.h. für ein Ausbleiben der Sterbehilfe ([60], S. 209). Als Grund für die Ablehnung von Sterbehilfe in der Praxis gaben die von Albisser Schleger et al. befragten Ärzte konkret an, dass das WD lebenserhaltender Therapiemaßnahmen mit ihrem *Gewissen* unvereinbar wäre (vgl. [1], S. 72). Cook et al. fanden außerdem Folgendes heraus: Die Einschätzungen zum angemessenen „level of care“ in klinischen Fallbeispielen terminal erkrankter Patienten divergierten zwischen den Studienteilnehmern sehr stark, obwohl sie in der Bewertung potentieller, primär klinischer Einflussfaktoren auf ihre Therapieentscheidung ein recht homogenes Antwortverhalten zeigten: Die Konsequenz dessen sei:

The same patient may thus receive full aggressive intensive care from one health care provider and only comfort measures from another. These results indicate that *factors idiosyncratic to the health care provider* are major determinants of decisions to withdraw care.<sup>54</sup> ([22], S. 706)

---

<sup>54</sup> Hervorhebung NP.

Die vermeintliche Inkonsistenz ihrer Studienergebnisse deuteten die Autoren also so, dass die vermuteten Prädiktoren eben nur einen Teil der Variabilität der ärztlichen Entscheidung begründen könnten und dass v.a. die *individuellen ethischen Wertvorstellungen* des jeweiligen Arztes auf seine Therapieentscheidung einen erheblichen Einfluss nähmen ([22], S. 703 und 706). Dass *moralische Maßstäbe* von Ärzten insbesondere auch bei ihren stärkeren Bedenken gegen den Therapieabbruch, verglichen mit denen gegen den Therapieverzicht am Lebensende (vgl. Kapitel 4.2.2) eine Rolle spielen könnten, zeigten zwei weitere Studien: 76 % der von Beck et al. befragten Ärzte stimmten der Aussage zu, es gäbe einen wachsenden Konsens über einen bestehenden *ethischen* Unterschied zwischen WH und WD von Behandlungsmaßnahmen am Lebensende ([10], S. 1192). Bei Melltorp und Nilstun waren 50 % der teilnehmenden Ärzte von dieser *ethischen* Differenzierung zwischen WH und WD lebenserhaltender Therapiemaßnahmen überzeugt ([57], S. 1265).

Viele Studien setzten sich ferner mit dem Einfluss religiöser Beweggründe auf ärztliche Therapieentscheidungen am Lebensende auseinander. Da bei COs sowohl theologische als auch säkular-moralische Beweggründe definitionsgemäß zu tragen kommen (vgl. Kapitel 2.1.1), seien auch deren Ergebnisse kurz aufgeführt. Sprung et al. konnten in ihrer „Ethicus“-Studie z.B. eine unterschiedliche Einstellung zur Therapiebegrenzung am Lebensende unter Ärzten verschiedener Religionszugehörigkeiten feststellen: Ein WD lebenserhaltender Maßnahmen geschah bei protestantischen (44,4 %) und katholischen (41,2 %) sowie konfessionslosen Ärzten (35,6 %) deutlich häufiger als bei jüdischen (15,7 %), griechisch-orthodoxen (13 %) und muslimischen (23 %) Ärzten ([76], S. 794). Auch in der europäischen „Ethicatt“-Studie konnte ein Einfluss der Religion des Arztes auf seine Therapieentscheidung nachgewiesen werden. Die Bereitschaft zur Sterbehilfe war jedenfalls bei 71 % religiöser und bei 83 % nicht-religiöser Ärzte vertreten. Den Wunsch eines kompetenten Patienten zur Behandlungsbegrenzung würden 84% protestantischer, 73 % katholischer und 67 % jüdischer Ärzte erfüllen. 66 % jüdischer, 53 % katholischer und 35 % protestantischer Ärzte würden aber gegen den Willen des Patienten zur Limitation lebenserhaltender Maßnahmen handeln, sofern eine Chance zur Lebensrettung, also eine medizinische Indikation, bestünde ([16], S. 1128-1129). In Ergänzung dessen, erarbeiteten Curlin et al., dass eine „high intrinsic religiösi-

ty“ generell positiv (OR 2,6) mit ärztlichen Vorbehalten gegen das WD von Behandlungen am Lebensende korrelierte ([25, S. 118]).

Anhand der o.g. Befunde kann man schlussfolgern, dass die Religionszugehörigkeit des Arztes prädiktiv für COs gegen die Sterbehilfe ist. Zumindest werden Gewissensbedenken gegen die Sterbehilfe bei jüdischen beispielsweise häufiger geäußert als bei protestantischen Ärzten. Auch kann der Rückschluss gezogen werden, dass die Stärke religiöser Überzeugungen des Arztes generell mit einem größeren Ausmaß an Bedenken gegen therapiebegrenzende Maßnahmen am Lebensende zusammenhängt.

Thema mancher Studien waren auch ärztliche Vorbehalte gegen die ‚passive‘ Sterbehilfe, die anhand einer traditionellen Auslegung des ‚Berufsethos‘ und professioneller Pflichten des Arztes begründet wurden: Einige Arbeiten konnten eine Korrelation zwischen der Ansicht, das Heilen sei die ärztliche Handlungsmaxime, und der Abneigung von Ärzten gegenüber der Sterbehilfe bzw. der Tendenz zum *Futile Treatment* detektieren. Inwiefern diese Einstellung sogenannte ‚COs im Irrtum‘ (vgl. Kapitel 4.2.2) widerspiegelt oder aber auch Ausdruck ‚echter‘ COs im Sinne tiefer ethischer Überzeugungen ist, kann nicht sicher festgestellt werden. Als Ursache für ein Ausbleiben therapiebegrenzender Maßnahmen am Lebensende nannten Studienteilnehmer bei Jox et al. jedenfalls konkret das eigene „medical ethos“ ([45], S. 542). Auch die in der Studie von Kirschner et al. Befragten äußerten deutlich, die „Berufsethik“ sei ein Argument gegen die Behandlungslimitierung am Lebensende [47]. Bei Palda et al. gaben 37 % der Ärzte an, den Tod nicht als Resultat des eigenen Therapieversagens akzeptieren zu können ([60], S. 210). Immerhin 7-15 % der an der Studie von Solomon et al. teilnehmenden Ärzte stimmten der Aussage zu, das Gefühl zu haben, einen Patienten manchmal zu schnell aufzugeben, ihn also besser therapiert haben zu können und sollen ([75], S. 17). Das ärztliche Berufsverständnis im Sinne der Heilung von Krankheit sowie Lebensbewahrung auszulegen und die Einigkeit darüber, dass *keine* professionelle ärztliche Pflicht zur Lebenserhaltung existiert, zu verkennen, kann offensichtlich zu ärztlichen Bedenken gegen die ‚passive‘ Sterbehilfe führen.

Aus den empirischen Evidenzen über ärztliche Bedenken gegen die Therapiebegrenzung am Lebensende im weiteren Sinne lässt sich resümieren, dass bei den allgemein

beschriebenen Vorbehalten und Zweifeln auch moralische Motive des Arztes zum Tragen kommen und es sich offensichtlich z.T. auch um ‚echte‘ ärztliche COs handelt.

#### 4.2.2 Überblick über Studienergebnisse zu ärztlichen Bedenken verschiedener Natur gegen die ‚passive‘ Sterbehilfe

Nun sollen jene Untersuchungen zusammengefasst werden, die nicht die COs, sondern explizit ärztliche Bedenken anderer Natur bei der Therapieentscheidung am Lebensende thematisieren. Ein Überblick über diese Studienergebnisse soll dazu dienen, die vorgestellte Differenzierung ‚echter‘ Gewissensbedenken des Arztes gegenüber Vorbehalten, die *nicht* primär aus ethischen Beweggründen erfolgen, in der Praxis nachzuweisen (vgl. Kapitel 2.2). Zunächst stehen dabei die Befunde zu ‚COs im Irrtum‘ im Fokus. Später geht es um solche zu psychisch-emotionalen Bedenken gegen die Sterbehilfe.

Die Studienergebnisse zeigen folgende Typen ärztlicher ‚COs im Irrtum‘ gegen den Therapieabbruch am Lebensende: (1) rechtliche Missverständnisse, fehlende Kenntnisse rechtlicher Maßgaben sowie terminologische Schwierigkeiten bezüglich der ‚passiven‘ Sterbehilfe im Allgemeinen, (2) Schwierigkeiten bei der eigentlichen Gleichbewertung von WH und WD lebenserhaltender Maßnahmen im Empfinden der Ärzte sowie (3) Unstimmigkeiten von Ärzten bezüglich konkret zu begrenzender Behandlungen am Lebensende von Patienten.

75 % der an der Studie von Palda et al. teilnehmenden Intensivmediziner nannten beispielsweise „legal pressures“ als Ursache für ein *Futile Treatment* auf ICUs, d.h. dass sie sich fälschlicherweise aus juristischen Gründen zu einer Therapiefortführung am Lebensende von Patienten gezwungen sahen ([60], S. 210). Signifikant positiv korreliert mit einer Tendenz zu einer aktiven, d.h. das Sterben eher verhindernden Therapie war auch in einer Studie von Hinkka et al. das Empfinden von rechtlicher Sicherheit unter den Ärzten. Ferner wiesen sie nach, dass diese Einstellung insbesondere bei jungen Ärztinnen mit bislang wenig beruflicher Erfahrung sowie bei Allgemeinmedizinern im Vergleich zu Ärzten anderer Fachdisziplinen vertreten war ([39], S. 200). Borasio et al. konnten dann Folgendes nachweisen: Ein größerer Anteil befragter deutscher neurologischer Chefarzte (60 %) hatte Sorge, wegen der (*legalen*) Behandlungsbegrenzung am Lebensende eines Patienten angeklagt zu werden. Ein geringerer Anteil (50%) hatte

dagegen Sorge, aufgrund einer (*rechtswidrigen*) Therapiefortführung entgegen dem Patientenwillen verklagt zu werden. 28 % der in dieser Studie befragten Ärzte brachten ihre rechtliche Unsicherheit zudem so zum Ausdruck, dass sie es angemessen nannten, bei Entscheidungen zur Beendigung einer Therapie regelmäßig einen Rechtsberater zu konsultieren ([10], S. 1192). McCrary et al. konnten zeigen, dass 45,2 % befragter US-amerikanischer Ärzte das WD lebenserhaltender Therapien bei einem terminal erkrankten und nicht einwilligungsfähigen Patienten auf Bitte der Angehörigen und in Übereinstimmung mit seinem vorher geäußerten Willen *nicht* als rechtens empfanden. 96 % der befragten Ärzte waren zumindest besorgt oder änderten sogar ihr medizinisches Vorgehen aufgrund der Wahrnehmung von „*legal vulnerability*“ bei der Therapieentscheidung am Lebensende von Patienten<sup>55</sup> ([84], S. 369). Möller et al. fanden außerdem heraus: Wenn der Patient den Abbruch lebensverlängernder Maßnahmen wünscht, die Ärzte die Therapie medizinisch aber für indiziert sehen, würden nur 28,3 % der Teilnehmer dem Willen des Patienten Folge leisten und gemäß rechtlichen sowie berufsethischen Maßstäbe sein Sterben zulassen. Im umgekehrten Fall würden 71,6 % der Ärzte *kein* WH oder WD vornehmen, wenn dies zwar medizinisch indiziert wäre, weil keine Erfolgsaussicht der Behandlung bestünde, der Patient aber einen Therapiewunsch hätte. Dieser Befund zeige, dass die Lösung des Dissens der Ärzte bezüglich einer nicht indizierten, aber mutmaßlich gewünschten Therapiemaßnahme am Lebensende zugunsten der Fortführung lebenserhaltender Behandlung erfolgen würde ([59], S. 1062). Auch Baberg et al. konnten in ihrer Studie zur Rolle des Patientenwillens in der palliativen Versorgung feststellen, dass dieser für die Entscheidung zugunsten der Therapiebegrenzung (etwa 4,8/5) von den Befragten wichtiger angesehen wurde, als für die Entscheidung zugunsten einer Behandlung (etwa 4,2/5). Einen Patienten zu therapieren, falle dem betreuenden Arzt leichter als seine Therapie zu limitieren. ([4], S. 1693). Was die beiden vorab zitierten Studien im kleineren Rahmen bei Untersuchungskollektiven nachweisen konnten, nämlich eine Unsicherheit bezüglich der Gewichtung von Patientenwillen und medizinischer Indikation bei Fragen nach der Sterbehilfe, zeigte sich auch im „Welpicus“-Projekt: Es bestand Uneinigkeit der Teilnehmer über die Angemessenheit sowie Erlaubtheit eines Behandlungslimits, wenn die medizinische Indikation für die Fortfüh-

---

<sup>55</sup> Hervorhebung NP.

rung der Therapie fehlen, der Patientenwunsch zur Lebensbewahrung aber bestehen würde ([77], S. 859).

Trotz eindeutiger Erlaubtheit ist, zusammenfassend gesagt, die ‚passive‘ Sterbehilfe im Empfinden der Ärzte offensichtlich mit rechtlichen Bedenken verschiedener Art verbunden, wohingegen bei der Behandlungsführung am Lebensende viel eher und z.T. zu Unrecht Sicherheit vorherrscht.

Diese allgemein nachgewiesenen rechtlichen Zweifel beziehen sich laut Studienlage insbesondere auch auf die Unterscheidung zwischen dem WH und WD lebenserhaltender Maßnahmen. So konnten viele Studien zeigen, dass der Handlungsmodus des Arztes, d.h. das vermeintlich ‚aktive‘ Beenden oder aber der ‚passive‘ Verzicht auf lebenserhaltende Behandlung, Einfluss auf die Entscheidung des potentiellen Sterbehelfers nimmt und Quelle von Irrtümern ist. Solomon et al. wiesen z.B. nach, dass bis zu 62 % der befragten Ärzte einen Unterschied zwischen dem WH und WD von Therapiemaßnahmen bei einem terminal kranken Patienten sahen ([75], S. 18). Melltorp et al. fanden heraus, dass 37 % teilnehmender Ärzte von einem *rechtlichen* Unterschied zwischen Therapieabbruch und -verzicht überzeugt waren ([57], S. 1265). Dass bei derartigen ärztlichen Bedenken aufgrund einer fälschlicherweise getroffenen Differenzierung auch das (Miss-)Verständnis der Terminologie und der rechtlichen Regelungen zur Sterbehilfe eine Rolle spielen könnte, machten van Oorschot und Simon zum Thema ihrer Studie. Sie fanden heraus, dass 50 % der teilnehmenden Ärzte und Richter den Therapieverzicht irrtümlicherweise als ‚indirekte‘ statt als ‚passive‘ Sterbehilfe bezeichneten und 39 % den Abbruch der Beatmung der ‚aktiven‘ statt der ‚passiven‘ Sterbehilfe zuordneten. Für alle Behandlungsarten wurde das WD von Therapiemaßnahmen am Lebensende signifikant häufiger der ‚aktiven‘ Sterbehilfe zugeordnet als das WH ( $p < 0,01$ ) ([86], S. 45). Die Studie von Beck et al. evaluierte die Einstellung teilnehmender Ärzte bezüglich Therapieabbruch und -verzicht anhand zweier Kasuistiken terminal erkrankter Patienten: Im ersten Fallbeispiel waren 64 % der Teilnehmer gegen und nur 7 % für eine erneute Intubation des Patienten. Somit wurde der Therapieverzicht von über zwei Dritteln der an der Befragung teilnehmenden Ärzte als rechtens, richtig und angemessen angesehen. Im zweiten Fall ergab sich eine Zustimmung zur Fortführung der Beatmung bei 92 %, wohingegen nur 7 % der teilnehmenden Ärzte zur Therapiebegrenzung in

Form einer Beendigung der künstlichen Ventilation bereit gewesen wären. Von den 26 Ärzten, die einen Therapieabbruch verweigert hätten, sahen 12 diese Form der Behandlungsbegrenzung als illegal an und 9 klassifizierten das WD der Beatmung fälschlicherweise als ‚aktive‘ Sterbehilfe (vgl. [6], S. 12).

Gemäß der Studienlage ist die Bereitschaft der Ärzte zum Behandlungsverzicht offensichtlich größer, ihre Bedenken gegen den Therapieabbruch am Lebensende dagegen stärker. Ursächlich für diese ‚COs im Irrtum‘ sind Missverständnisse über Erlaubtes und Verbotenes im Rahmen der ‚passiven‘ Sterbehilfe, v.a. wegen begrifflicher sowie juristischer Unsicherheiten bei der aktiv-passiv-Differenzierung (vgl. Kapitel 3.1).

Neben dieser Art ärztlicher ‚COs im Irrtum‘ lassen sich auch solche Bedenken empirisch nachweisen, die aufgrund von Missverständnissen darüber bestehen, welche Behandlungen unter den Begriff der lebenserhaltenden Therapie fallen, welche Maßnahmen also die ‚passive‘ Sterbehilfe konkret umfassen kann. Solomon et al. konnten beispielsweise zeigen, dass 74-77 % der antwortenden Ärzte und Pflegenden eine Differenzierung zwischen „*extraordinary* (or ‚heroic‘) measures“ und „*ordinary treatments*“<sup>56</sup> am Lebensende eines Patienten als angemessen empfanden. Außerdem hielten es 34-45 % der Teilnehmer für richtig, bei einer Entscheidung *zugunsten* des Abbruchs oder Verzichts auf die Beatmung eines Patienten die künstliche Ernährung und Hydratation am Lebensende dennoch fortzuführen. Die getroffene Unterscheidung sowie die Einschätzung der Flüssigkeits- und Nahrungssubstitution als quasi unverzichtbar, würde für die Ärzte eine Möglichkeit darstellen, das Behandlungslevel trotz eigentlicher Einigkeit über die Therapielimitierung dennoch hoch zu halten und sein Sterben auf diese Weise zu verzögern (vgl. [75], S. 18). Farber et al. konnten in ihrer Studie Vergleichbares nachweisen: Der Widerwille gegen den Behandlungsabbruch am Lebensende bezog sich signifikant häufiger auf die künstliche Ernährung und die Flüssigkeitssubstitution als auf die Hämodialyse oder die mechanische Ventilation (jeweils  $p=0,001$ ) ([30], S. 561). Den Zusammenhang zwischen der Invasivität sowie technologischen Komplexität der lebenserhaltenden Maßnahme und der größeren Bereitschaft von Ärzten, derartige Therapien am Lebensende zu beenden, zeigten auch Griffith et al.: Sie wiesen nach, dass der empfundene „discomfort“ des Arztes bei der Fortführung der Dialyse am Le-

---

<sup>56</sup> Hervorhebung durch Autor

bensende (OR 3,39) deutlich stärker ausfiel als bei der Fortführung einer medikamentösen kreislaufunterstützenden Therapie (OR 1,36) ([36], S. 1787). In der Studie „Factors affecting physicians’ decisions to forgo life-sustaining treatments in terminal care“ ging es ebenfalls darum, welche konkreten lebenserhaltenden Maßnahmen bei terminal erkrankten Patienten zu begrenzen seien: Während 79 % der Ärzte dazu bereit waren, die mechanische Ventilation abzubrechen und 60 % einer Beendigung der Antibiotika-Gabe zustimmten, hielten es nur 29 % für angemessen, die intravenöse Flüssigkeitssubstitution zu terminieren und 13 % die Sauerstoff-Gabe nicht länger fortzuführen ([40], S. 110). Die von Schobersberger et al. befragten Ärzte sprachen sich für ein schrittweises WD aus: zuerst sollte die Beendigung von Antibiose, Blutproduktgabe und Hämodialyse, zuletzt die Terminierung von künstlicher Hydratation erfolgen ([70], S. 805). Asch et al. konnten in der Auswertung ihrer Studienergebnisse zum Thema „Why Do Physicians Prefer to Withdraw Some Forms of Life Support over Others?“ eine fast identische Rangfolge abzubrechender Behandlungen am Lebensende feststellen: Blutproduktgabe, Dialyse, Vasopressoren-Therapie, totale parenterale Ernährung, Nahrungssubstitution, mechanische Ventilation und intravenöse Flüssigkeitsgabe ([3], S. 106). Gemäß der Studienlage bestehen bei Ärzten offensichtlich gewisse Neigungen, welche lebenserhaltenden Therapiemaßnahmen bei terminal kranken Patienten vorrangig beendet werden sollten. Fasst man die Befunde zusammen, so kann zumindest eine ausnahmslose Übereinstimmung in der geringeren Bereitschaft von Ärzten, die Flüssigkeitssubstitution zu terminieren, festgestellt werden, wohingegen ihre Bedenken zur Beendigung von Dialyse und Beatmung geringer ausfallen. Zusammenfassend, zeigt sich hier ein Dissens tätiger Ärzte darüber, welche Maßnahmen die ‚passive‘ Sterbehilfe umfasst. Unwissenheit über die ethisch und rechtlich nicht getroffene Unterscheidung zwischen verschiedenen lebenserhaltenden Therapien kann offensichtlich zu Bedenken verantwortlicher Ärzte gegen die ‚passive‘ Sterbehilfe führen.

Auch lässt sich die Kategorie der psychisch-emotionalen Beweggründe (vgl. Kapitel 2.2.2) von Ärzten anhand der empirischen Befunde nachweisen. Diese Art ärztlicher Bedenken sind von den ‚echten‘ COs ebenso deutlich abzugrenzen wie die vorab thematisierten ‚COs im Irrtum‘. Als Gründe für die Fortführung lebenserhaltender Therapiemaßnahmen trotz Einigkeit über ihre *Futility* nannten z.B. die an der Studie von Jox

et al. teilnehmenden Ärzte emotionale Motive, u.a. die Angst vor der Kommunikation über den Tod, die Furcht Verantwortlicher vor falschem Handeln, den Wunsch, Angehörigen versichern zu können, alles erdenklich Mögliche getan zu haben, Hilflosigkeit und Mitleid sowie das Unvermögen einzusehen, dass eine Therapie kein rationales Ziel mehr habe ([45], S. 542). In der Studie von Albisser Schleger et al. wurden als arztbedingte Ursachen für die ausbleibende Behandlungsbegrenzung am Lebensende ebenfalls psychologische Handlungsmotive herausgefunden: ihre Mühe, den Tod zu akzeptieren, Ängste sowie Unsicherheiten und das Vermeidenwollen von Verantwortung (vgl. [1], S. 71-72). Hinkka et al. entnahmen ihrer Studie, dass emotionale Bedenken und Zweifel an der Richtigkeit der Therapiebegrenzung am Lebensende eher bei Ärztinnen bestünden. Den Einfluss des weiblichen gegenüber dem männlichen Geschlecht auf die Einstellung zur Sterbehilfe versuchten sie wie folgt zu erklären: „*Empathy and greater emotional sensitivity among female practitioners could explain the difference, but the matter requires further investigation.*“<sup>57</sup> ([40], S. 113) Ihre Mutmaßung konnte auch im Rahmen dieser Arbeit nicht anderweitig belegt werden. Letztlich vermuteten viele Studienautoren, dass die nachgewiesene Ungleichbewertung von WH und WD lebenserhaltender Maßnahmen im Empfinden der Ärzte (s.o.) ebenfalls psychologisch zu begründen sei. Oorschot und Simon merkten beispielsweise an, dass die Täterperspektive im Falle des WD mit Schuldgefühlen des verantwortlichen Arztes verknüpft sei und dass diese eine psychische Belastung für ihn darstellen würden (vgl. [86], S. 45). Eine Assoziation zwischen Bedenken gegen den Therapieabbruch und „causes death rapidly“ bzw. „requires active intervention“ konnte ebenfalls von Asch et al. herausgearbeitet werden ([3], S. 106-107). Auch Schobersberger et al. sahen in der direkteren Konfrontation mit dem Tod des Patienten als Folge ärztlichen Handelns im Falle des WD die psychologische Ursache für das größere Ausmaß an Vorbehalten gegen diese Form der Sterbehilfe (vgl. [70], S. 806). Nicht nur rechtliche Unsicherheiten und Begriffsverwirrungen, sondern auch „emotional barriers“ ([88], S. 154), also das Ausmaß an Unbehagen und Widerwillen des Arztes gegen die Sterbehilfe, sind hinsichtlich des Therapieabbruchs also ganz offensichtlich stärker ausgeprägt. Melltorp et al. konnten in ihrer Studie abschließend herausfinden, dass 79 % der Ärzte tatsächlich einen psychologischen Unterschied zwischen WH und WD sahen (vgl. [57], S. 1265).

---

<sup>57</sup> Hervorhebung NP.

Zusammenfassend gesagt, kommt den Neigungen und Emotionen des Arztes in seinem Urteilen über Gebotenes und zu Unterlassendes am Lebensende eines Patienten, gemäß den hier angeführten Ergebnissen, tatsächlich ein großer Stellenwert zu. Somit findet eine vermeintliche Rechtfertigung des die Sterbehilfe verweigernden Arztes auf psychologisch-emotionaler, *nicht* aber auf ethischer Ebene statt.

Letztlich konnte anhand der in diesem Unterkapitel angeführten Studienergebnisse die Unterscheidung ärztlicher Bedenken verschiedener Natur nachgewiesen werden: Neben den ‚echten‘ Gewissensvorbehalten aufgrund normativer Überzeugungen finden sich in der Praxis offensichtlich auch häufig Bedenken wegen rechtlicher und terminologischer Unsicherheiten sowie ein psychologisch-emotionales Unvermögen der verantwortlichen Ärzte. Diese verschiedenen Handlungsmotive des Arztes können also nicht nur theoretisch unterschieden, sondern auch empirisch differenziert nachgewiesen werden. Die vorgestellten Befunde belegen jedenfalls die Bedeutung psychologisch-emotionaler Faktoren bei ärztlichen Entscheidungen am Lebensende und weisen auch auf eine bedenkliche Unsicherheit bezüglich zentraler rechtlicher sowie terminologischer Probleme hin. Sie zeigen den Rahmen auf, in dem ‚echte‘ Gewissensbedenken zu erörtern sind, können aber eine Auseinandersetzung mit Bedeutung und Umfang ‚echter‘ ärztlicher COs gegen die ‚passive‘ Sterbehilfe nicht erübrigen.

#### **4.3 Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse im Hinblick auf die ärztlichen *Conscientious Objections***

Die Suche nach Studien zu ärztlichen COs, insbesondere zu solchen im Kontext der ‚passiven‘ Sterbehilfe, stellte sich zahlenmäßig als nicht sehr ergiebig heraus. Aus den relativ wenigen Studienergebnissen, die sich nun explizit mit den COs des Arztes gegen den Therapieabbruch am Lebensende und mit der Rolle des ärztlichen Gewissens in Therapieentscheidungen im Allgemeinen befassen, können folgende Rückschlüsse gezogen werden:

- Unter befragten Ärzten besteht eine recht große Einigkeit darüber, *nicht* zu einer medizinischen Handlung entgegen persönlichen moralischen Bedenken verpflichtet zu sein. Professionelle Aufgaben und gemäß klinischer Expertenmeinung definierte Maßgaben werden in ihrer Bewertung den eigenen normativen Ansprüchen *nicht*

übergeordnet, schränken die Praxis ihrer COs also *nicht* ein. Diese Haltung korreliert mit der Religiosität des Arztes, die offensichtlich ein Prädiktor für den empfundenen und eingeforderten Geltungsanspruch eigener Gewissensgründe ist.

- Der Großteil der Ärzte spricht sich für eine Transferpflicht im Falle persönlicher Verweigerung wegen Gewissensvorbehalten aus. Zwar erheben Ärzte deutlich Anspruch auf die Wirksamkeit moralischer Beweggründe ihres Tuns, doch sehen sie sich gleichzeitig zu einer Überweisung des Patienten zwecks dessen wunschgemäßer Behandlung verpflichtet. Die Befürwortung dieses Kompromisses steht im Zusammenhang mit der Bewertung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten als beruflich leitende Handlungsmaxime.
- Bezüglich ärztlicher COs gegen die ‚passive‘ Sterbehilfe lässt sich der Krankheitszustand des Patienten bzw. seine offensichtliche Todesnähe als möglicher Einflussfaktor auf den entscheidenden Arzt formulieren: Am geringsten fallen die ärztlichen Gewissensbedenken gegen die Sterbehilfe offensichtlich im Falle terminal erkrankter Patienten aus.
- Unter Studienteilnehmern besteht *wenig Konsens* zum adäquaten Umgang mit ärztlichen COs in der klinischen Praxis. Recht einstimmig sprechen Autoren die Notwendigkeit eines transparenten Vorgehens an und fordern klare ethische Richtlinien sowie Maßstäbe zur Bewältigung der Problematik von Gewissensvorbehalten in der ärztlichen Tätigkeit.

In Ergänzung dieser Punkte, lassen sich einige Ergebnisse auch als allgemeine Zweifel und Bedenken des Arztes bei der Entscheidung am Lebensende eines Patienten zusammenfassen, wobei die Unterscheidung zwischen ‚echten‘ Gewissensbedenken und ‚COs im Irrtum‘ sowie psychologischen Vorbehalten als empirischer Sachverhalt belegt erscheint und im Auge zu behalten sein wird.

- Ärzte sehen sich als primäre Entscheidungsträger und als Verantwortliche für das Vorgehen am Lebensende eines Patienten. Psychologischen Motiven, rechtlichen Missverständnissen und etwaigen ethischen Wertmaßstäben sowie religiösen Überzeugungen kommt in seinem Urteilen über Gebotenes und zu Unterlassendes beim terminal erkrankten Patienten offensichtlich generell ein großer Stellenwert zu.

- Es existiert ein Zusammenhang zwischen dem Empfinden von rechtlicher Unsicherheit bezüglich der eigentlich legalen ‚passiven‘ Sterbehilfe und einer Tendenz zur Fortführung lebenserhaltender Maßnahmen mit der Gefahr des *Futile Treatments* am Lebensende. Rechtliche Sicherheit der Ärzte besteht dagegen – oft zu Unrecht – bei der Behandlungsführung am Lebensende, sogar, wenn die Therapie am Lebensende entgegen dem Patientenwillen geschieht.
- In der Praxis sind Ärzte zu einem WH lebenserhaltender Therapiemaßnahmen eher bereit, gegenüber dem WD bestehen dagegen erheblich größere Bedenken. Ursächlich dafür sind gemäß der Studienlage mangelnde Kenntnisse rechtlicher Maßgaben und begriffliche Missverständnisse hinsichtlich der aktiv-passiv-Unterscheidung sowie eine psychisch-emotionale Abwehrhaltung. Darüber hinaus deuten manche Befunde aber auch auf ärztliche Bedenken *moralischer* Natur hin, die Grund für diese Ungleichbewertung sein könnten.
- Nicht nur der Handlungsmodus des potentiellen Sterbehelfers beeinflusst seine Entscheidung am Lebensende, sondern auch die konkret zu beendende oder vorzuenthaltende Therapiemaßnahme selbst: Größere Bereitschaft besteht in der Ärzteschaft zur Limitierung invasiver Maßnahmen wie Hämodialyse oder Beatmung, wohingegen der Abbruch der Flüssigkeits- und Nahrungssubstitution ihrerseits mit starken Vorbehalten verbunden ist.
- Ein traditionelles Verständnis des ärztlichen ‚Berufsethos‘ im Sinne der Kuration und Lebensbewahrung als professionelle ärztliche Pflichten steht in engem Zusammenhang mit stärkeren Bedenken gegen therapiebegrenzende Maßnahmen. Die Verweigerung von Sterbehilfe wird in diesen Fällen *vermeintlich* anhand beruflicher Maßstäbe wie der Heilung von Krankheit begründet.
- Psychische Motive wie Ängste, Mitleid, emotionales Unvermögen, Gefühle des eigenen Versagens usw. spielen bei der Weigerung des Arztes, Sterbehilfe zu leisten, ebenfalls eine gewichtige Rolle. Insbesondere die ‚Täterperspektive‘ des verantwortlichen Arztes beim WD lebenserhaltender Maßnahmen geht offensichtlich mit einer enormen psychischen Belastung und einer gefühlsmäßigen Aversion einher, da der Tod des Patienten in diesem Fall als direkte Konsequenz ärztlichen Handelns erlebt wird.

#### 4.4 Schwierigkeiten bei der Literaturrecherche und Limitationen der Arbeit

Es kommen v.a. diejenigen Einschränkungen, Verzerrungen und Schwierigkeiten zu tragen, die sich durch den komplexen und unscharfen Begriff der *Conscientious Objections* selbst ergeben. Bei den COs handelt es sich *nicht* um einen *Mesh-Term*, sodass die Recherche mit Kombinationen von in enger Beziehung stehenden Begriffen („decision making[mesh]“, „attitude[mesh]“, „conscience[mesh]“ ...) schon eine gewisse Ungenauigkeit in der Suchstrategie darstellte. In den wenigsten Abstracts wurde der Begriff der COs überhaupt *explizit* genannt. Dementsprechend besteht eine wesentliche Limitation darin, dass vorzufindende empirische Erhebungen zur ärztlichen Therapieentscheidung am Lebensende auf ihre Aussagekraft hinsichtlich möglicher COs und Bedenken anderer Natur analysiert wurden. Dabei musste jedoch erst geprüft werden, ob die in den Studien beschriebenen Motive der Ärzte die zuvor erarbeiteten Definitionen (vgl. Kapitel 2.2) erfüllen konnten. Jedenfalls ergab sich eine nicht zu vernachlässigende Verzerrung durch den Interpretationsspielraum darüber, welche Studien in einem Teilaspekt *überhaupt* etwas über ärztliche Bedenken aussagen konnten und näher in Betracht kamen. Deswegen konzentrierte sich die Arbeit zunächst auf die enge Auswahl von fünf Studien, die die COs konkret auch als solche bezeichneten, und stellte dem gegenüber die Erkenntnisse über ärztliche Vorbehalte im weiteren Sinne. So sollte eine möglichst trennscharfe und explizite Untersuchung ‚echter‘ COs des Arztes erzielt werden.

Im Kontext der hier zu betrachtenden ärztlichen Entscheidungen über die Sterbehilfe scheinen die Gewissensbedenken tatsächlich *nicht* im Rahmen größerer Studien untersucht zu sein. Die Suche nach Arbeiten, die sich konkret mit ärztlichen COs beschäftigten, war nicht sehr ergiebig. Doch nicht nur das Fehlen größerer systematischer Übersichtsarbeiten zu ärztlichen Gewissensvorbehalten gegen die Sterbehilfe, sondern auch die Tatsache, dass sich fast ausschließlich angloamerikanische Artikel zur Thematik finden ließen, sind wichtige Befunde der Recherchearbeit: Man kann daraus wohl den Rückschluss ziehen, dass die Debatte über den Umgang mit ethisch-moralischen Bedenken von Ärzten sowie die empirische Untersuchung ärztlicher COs im Anwendungskontext der Sterbehilfe in Deutschland offensichtlich noch in den Anfängen steckt. Zahlreiche Studien können ärztliche Vorbehalte unterschiedlicher Natur gegen die Therapiebegrenzung am Lebensende nachweisen, doch die Frage, welcher Anteil

davon den *normativen* Bedenken des Arztes zukommt, ist bislang ganz offensichtlich noch kaum Gegenstand der Forschung.

Anzumerken sei noch, dass das Thema der ärztlichen Verweigerung aufgrund ethischer Vorbehalte zwar eindeutig *nicht* für Entscheidungen am Lebensende, interessanterweise wohl aber für solche am Lebensanfang Gegenstand aktuellerer sowie auch älterer Studien ist: Eine Vielzahl aus der Recherche hervorgehender groß angelegter Untersuchungen, die sich ausdrücklich mit ärztlichen COs auseinandersetzten, hatten den Schwangerschaftsabbruch und die Abtreibung zum Gegenstand. Der bisherige medizinethische Diskurs über COs steht offensichtlich eher im Zusammenhang mit reproduktionsmedizinischen Fragestellungen; es muss sich zeigen, ob er sich zukünftig auf die Sterbehilfethematik ausdehnen wird.

Ein weiterer Einwand, der bei der Untersuchung ärztlicher COs nun gesehen werden könnte, ist folgender: Eine Verzerrung, die durch ein gesellschaftskonformes bzw. institutionell erwünschtes oder gänzlich reserviertes Antworten teilnehmender Ärzte auf Fragen zu einem doch kontroversen Thema wie der Sterbehilfe zustande kommt, statt einer Äußerung ihrer ‚echten‘ inneren Bedenken, kann nicht ausgeschlossen werden. Bei der Auswertung der Studienergebnisse war stets das aufrichtige Antwortverhalten der Befragten vorausgesetzt, um Aussagen zu ‚genuinen‘ COs gegenüber anderen Interessen treffen zu können. Ebenso verhält es sich mit dem *Non-Response-Bias*: Diejenigen Ärzte, die an Befragungen zur Sterbehilfe *nicht* teilnehmen wollten, hätten dies aus bestimmten Gründen unterlassen können, das Fehlen ihrer Antworten in den Studienergebnissen könnte wiederum ursächlich für ein verzerrtes Abbild von den tatsächlichen Einstellungen in der Ärzteschaft sein.

Generell kann auch einwendend geäußert werden, dass eine international einheitliche Terminologie zur Sterbehilfe nicht existiert, sodass begriffliche Missverständnisse in der Befragung von Studienteilnehmern nicht ausgeschlossen werden können. Um dieses systematische Problem bei der Suche und Analyse der Befunde zu reduzieren, war die Recherche unter der Verwendung der Begriffe des *Withholding* und *Withdrawing* lebenserhaltender Maßnahmen sicherlich sinnvoll. Denn auf diese Weise wurde z.B. die aktiv-passiv-Differenzierung umgangen, wie sie im deutschen Sprachgebrauch noch

weit verbreitet und ursächlich für terminologische sowie rechtliche Unsicherheiten in der klinischen Praxis ist.

Ferner sind noch solche Einschränkungen zu benennen, die sich nicht durch den Untersuchungsgegenstand selbst, sondern durch methodische Aspekte der Recherche ergaben: Es kann *kein* Anspruch auf Vollständigkeit erhoben werden und die Arbeit kann die Kriterien einer systematischen Übersichtsarbeit *nicht* erfüllen. Zwar liegt der Untersuchung eine systematische und vollständige Suche mit der Durchsicht von über 3000 Artikeln aus den Jahren 1990 bis Anfang 2017 zugrunde. Doch die Literatur beschränkt sich auf die in *Medline* verzeichnete, während andere bibliographische Datenbanken aus pragmatischen Gründen nicht hinzugezogen werden konnten. Auch kann ein *Publication-Bias* durch die (noch) fehlende oder falsche Indexierung von eigentlich für das Thema relevanten Studien nicht ganz ausgeschlossen werden. Außerdem beschränkte sich die Auswahl auf deutsch- und englischsprachige Treffer.

Hinzuzufügen ist, dass mangels aktuellerer Studien zum Thema ärztlicher COs gegen die ‚passive‘ Sterbehilfe ältere Untersuchungen, die bis zum Jahr 1990 reichen, zur Analyse hinzugezogen wurden. Seitdem haben sich aber, insbesondere auch in Deutschland, zum einen die rechtlichen Rahmenbedingungen der Sterbehilfe verändert und zum anderen auch die intensivtherapeutischen Möglichkeiten am Lebensende durch enormen medizintechnischen Fortschritt wesentlich weiterentwickelt, sodass die Befunde sicherlich nicht ohne Weiteres auf das heutige Meinungsbild der Ärzte übertragbar sind.

Einige qualitative Studien mit sehr kleinen Untersuchungskollektiven wurden zudem mit einbezogen. Sie können zwar wichtige inhaltliche Aspekte zum Einfluss des ärztlichen Gewissens und zu anderen Handlungsmotiven aufzeigen, jedoch weder eine Aussage zur Quantität ärztlicher COs treffen, noch Anspruch auf Repräsentativität erheben.

Trotz dieser Einschränkungen konnten doch ganz wesentliche Erkenntnisse zu ärztlichen Bedenken im Allgemeinen und zu ‚echten‘ COs gegen die Therapiebegrenzung am Lebensende von Patienten gewonnen werden. Auf der Grundlage dieser Ergebnisse soll im Folgenden der Fokus auf dem ethischen Diskurs über den Umgang mit ärztlichen COs in der Praxis liegen. Es geht um die normative Frage, welchen Stellenwert die empirisch nachweisbaren Bedenken des Arztes für sein Handeln haben dürfen, d.h. welche

Rolle das ärztliche Gewissen in Relation zu grundsätzlichen Rechten und Ansprüchen des Patienten spielen darf.

## 5. Ethischer Diskurs über den Umgang mit ärztlichen *Conscientious Objections*

Nachdem das Vorhandensein von ärztlichen Bedenken gegen die Therapiebegrenzung am Lebensende empirisch nachgewiesen worden ist, sollen angemessene Umgangsmöglichkeiten mit den ‚echten‘ ärztlichen COs gegen die ‚passive‘ Sterbehilfe in der Praxis diskutiert und ethisch bewertet werden.

Stellt man die generelle Frage, wie ein Arzt mit seinen Gewissensvorbehalten praktisch umgehen kann, ließen sich seine Handlungsmöglichkeiten grundsätzlich wie folgt darstellen: Entweder er leistet seinen normativen Bedenken folge, agiert als „*moral agent*“<sup>58</sup> ([92], S. 44) und handelt zugunsten seiner Integrität, indem er den Patientenwunsch missachtet. Oder aber er handelt entgegen seinen COs, tritt als „*professional*“ ([92], S. 44) auf, erfüllt berufliche Verpflichtungen und führt die Behandlung des Patienten unter der Missachtung seiner persönlichen Gewissensgründe aus. Dass sich der Umgang des Arztes mit seinen COs in der klinischen Praxis aber durchaus komplexer gestaltet, keine einfache Entweder-oder-Entscheidung darstellt, von vielen situativen Faktoren abhängig ist und dementsprechend auch differenziertere Lösungsansätze dringend erforderlich sind, wird v.a. durch eine Auseinandersetzung mit seiner fraglichen Pflicht zum Patiententransfer an stellvertretende Kollegen trotz moralischer Bedenken gegen die medizinische Handlung deutlich.

Zunächst soll der Frage nachgegangen werden, ob ärztliche COs im Anwendungskontext der ‚passiven‘ Sterbehilfe überhaupt praxisrelevant sein dürfen. Dazu ist es zwingend nötig, sich mit der Unterscheidung zwischen Abwehr- und Anspruchsrechten des Patienten in Ethik und Recht zu beschäftigen. Die Rechte und Pflichten von Patienten und Ärzten im Zusammenhang mit Behandlungsbegrenzungen am Lebensende sollen aufgezeigt und aus juristischer wie aus ethischer Perspektive bewertet werden (Kapitel 5.1), weil sie ja gewissermaßen den Rahmen für den Status entsprechender ärztlicher COs definieren. So wird ersichtlich, aus welchen Gründen der Wille des Patienten zum Behandlungsabbruch am Lebensende tatsächlich einen hohen normativen Stellenwert hat. Im zentralen Teil des fünften Kapitels sollen dann wesentliche Aspekte des ethi-

---

<sup>58</sup> Hervorhebung durch Autor.

schen Diskurses über den Umgang mit ärztlichen COs, v.a. anhand der Thesen der Bio- und Medizinethiker Wicclair, Magellsen, Savulescu, Schüklenk, Wear und Wilkinson, dargestellt und auf diese Weise das Spektrum möglicher Lösungsvorschläge deutlich gemacht werden (Kapitel 5.2). Das Ziel ist es, die in der medizinethischen CO-Debatte gemachten Vorschläge abzubilden, auf ihre Plausibilität zu prüfen und eine weiterführende Diskussion anzustoßen. Im Zentrum steht dabei die Frage, wie sich ein solcher Arzt angemessen verhalten kann, der COs gegen den Therapieabbruch am Lebensende hat, es sich aber aus ethischen wie rechtlichen Gründen verbietet, diesen Patientenwunsch auf Behandlungsbegrenzung zu untergehen.

### 5.1 Über die Pflichten und Rechte von Patient und Arzt im Zusammenhang mit der ‚passiven‘ Sterbehilfe

Grundlegend sollte bei der Abwägung der Rechte und Interessen von Patienten und Ärzten, die in medizinischen Grenzsituationen, wie im Falle der Sterbehilfe, in Widerstreit geraten mögen, folgende Unterscheidung getroffen werden: Handelt es sich beim Anliegen des Patienten gegenüber dem ihn betreuenden Arzt um ein „negatives Abwehr-“ oder um ein „positives Anspruchsrecht“? ([41], S. 69) Des Weiteren muss geklärt werden, welche Pflichten der Arzt gegenüber dem Patienten in Anbetracht von dessen Rechten erfüllen *muss*, sowie welche eigenen Rechte der Arzt unter welchen Umständen geltend machen *darf*. Nur so können der ethische Rahmen und die Voraussetzungen bestimmt werden, die Lösungsvorschläge für den Umgang mit den ärztlichen COs in der Praxis unbedingt berücksichtigen müssen. Der gewichtigste Aspekt der Bewertung ärztlicher COs im Kontext der ‚passiven‘ Sterbehilfe ist dabei folgender: Die Ablehnung von Behandlungslimitierungen gegen den autonomen Willen des Patienten verletzt dessen normativ hoch zu bewertendes Abwehrrecht und erfüllt nach deutscher Rechtsprechung den Tatbestand der Körperverletzung.<sup>59</sup> Also ist der Arzt ethisch und rechtlich verpflichtet, so zumindest die Arbeitshypothese, möglicherweise entgegen bestehenden COs, die ‚passive‘ Sterbehilfe dennoch zu leisten.

In der Regel werden Abwehr- gegenüber Anspruchsrechten als erheblich wichtiger bewertet (vgl. u.a. [41], S. 69-71). Dies betont auch der Philosoph Birnbacher, indem er

---

<sup>59</sup> Vgl. Bundesgerichtshof. Mitteilung der Pressestelle. Abbruch lebenserhaltender Behandlung auf Grundlage des Patientenwillens ist nicht strafbar. Karlsruhe. 2 StR 454/09. 2010. [99]

treffend schreibt: „Patientenautonomie ist zumindest in ihrer klassischen Form ein *Abwehrrecht*, kein Anspruchsrecht.“<sup>60</sup> ([9], S. 563) Diese Gleichsetzung des gewichtigen Begriffs der Selbstbestimmung des Patienten mit seinem ‚negativen Abwehrrecht‘ unterstreicht dessen fundamentale Bedeutung und begründet die *ethische* Verpflichtung des Arztes, dieses Abwehrrecht zu wahren.

Anspruchsrechte des Patienten werden dagegen sehr unterschiedlich bewertet, auch in Abhängigkeit davon, um welche Leistungen es geht (vgl. u.a. [41], S. 69-71). Das Anspruchsrecht auf verfügbare und medizinisch notwendige Behandlung, insbesondere in Notfallsituationen, wird in diesen Debatten jedenfalls ganz anders gewichtet als ein sehr umstrittenes Anspruchsrecht, beispielsweise in reproduktionsmedizinischen Fragen. Der auch schon in dieser Arbeit angeführte *unmittelbare* Vergleich der ärztlichen Praxis der ‚passiven‘ Sterbehilfe (Abwehrrecht) und der des Schwangerschaftsabbruchs (umstrittenes Anspruchsrecht je nach Rahmenbedingungen) muss in jedem Fall als *nicht* tragfähig qualifiziert werden (vgl. u.a. [91], S. 2): Das Recht eines Patienten auf den Abbruch einer lebensverlängernden medizinischen Maßnahme kann nicht ebenso bewertet werden wie das Recht einer werdenden Mutter auf den Abbruch ihrer Schwangerschaft, zumal der Schwangerschaftsabbruch in Deutschland – außer bei Vorliegen einer medizinischen oder kriminologischen Indikation – rechtswidrig ist und nur unter bestimmten Voraussetzungen geduldet wird.

Die beschriebene Asymmetrie in der ethischen Bewertung von Abwehr- gegenüber Anspruchsrechten des Patienten zeigt sich durchgängig auch im geltenden Recht. So ist nach deutschem Recht eine Behandlung eines einwilligungsfähigen Patienten gegen seinen Willen unzulässig. Hierin besteht der Kern des Selbstbestimmungsrechts des Patienten, welches sich aus dem Recht auf die freie Entfaltung der eigenen Persönlichkeit in Kombination mit dem Recht auf körperliche Unversehrtheit gemäß dem deutschen Grundgesetz ableitet:

(1) Jeder hat das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit, soweit er nicht die Rechte anderer verletzt und nicht gegen die verfassungsmäßige Ordnung oder das Sittengesetz verstößt.

(2) Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Die Freiheit der Person ist unverletzlich. In diese Rechte darf nur auf Grund eines Gesetzes eingegriffen werden.<sup>61</sup>

---

<sup>60</sup> Hervorhebung NP.

<sup>61</sup> GG, Art. 2, Abs. 1f. [100]

Wie schon straf- und berufsrechtlich ausführlich erklärt, haben einwilligungsfähige Patienten ein uneingeschränktes Recht, Behandlungen abzulehnen, auch wenn der Arzt deren Durchführung für notwendig erachtet. Andernfalls, wäre der Tatbestand der rechtswidrigen Körperverletzung durch den Arzt erfüllt (vgl. u.a. [48], S. 814). Daraus folgt nun die *rechtliche* Verpflichtung des Arztes, das Verweigerungsrecht des Patienten zu achten.

Aus den bisherigen Überlegungen können bereits zwei wichtige Rückschlüsse hinsichtlich des Status ärztlicher COs gezogen werden: Praktizierte Gewissensbedenken des Arztes dürfen im Ergebnis keinesfalls zu einer Verletzung des therapiebezogenen Abwehrrechts des Patienten führen. Wenn sich ein Arzt auf der Grundlage einer CO gegenüber der Beendigung einer medizinischen Behandlung verweigert, muss *zumindest* gewährleistet sein, dass ein anderer Arzt den Patientenwillen erfüllt (vgl. Kapitel 5.2.2). Auf diese Weise wären die COs dann zwar *handlungsentscheidend* für den sich aus Gewissensgründen verweigernden Arzt, aber nur begrenzt *praxisrelevant* für den dennoch wunschgemäß behandelten Patienten. Zweitens verbietet die beschriebene normative Asymmetrie jede einfache Übertragung von Argumenten zugunsten der COs im Zusammenhang mit Anspruchsrechten auf Kontexte, in denen es um Abwehrrechte geht. Als Rechtfertigung für eine ärztliche Verweigerung dürfen Gewissensgründe nur dann relevant sein, wenn es um ein Anspruchsrecht des Patienten geht (vgl. [9], S. 563). Gerade, weil Anspruchsrechte in Ethik und Recht Gegenstand erheblicher Dissense sind, haben COs, die sie verletzen, eben einen völlig anderen Status als solche, die Abwehrrechte des Patienten berühren.

An dieser Stelle kann also mit Blick auf den Kontext der ‚passiven‘ Sterbehilfe Folgendes festgehalten werden: Der Arzt darf den Wunsch eines einwilligungsfähigen Patienten nach ‚passiver‘ Sterbehilfe nicht verweigern. Dies gilt nicht nur für aktuell geäußerte, sondern grundsätzlich auch für früher geäußerte Wünsche (vgl. Kapitel 3.3). Das Abwehrrecht ist dem Anspruchsrecht in seiner rechtlich-moralischen Geltung übergeordnet. Die anfangs formulierte Hypothese kann wie folgt verschärft werden: Der Arzt *ist* ethisch und rechtlich verpflichtet, entweder eine Überweisung des Patienten an einen Kollegen zu ermöglichen oder ggf. die Therapiebegrenzung am Lebensende eines Patienten trotz bestehender Gewissensvorbehalte selbst durchzuführen, ein Umstand, der

weiter unten unter dem Begriff der „conscientious non-objection“ ([93], S. 132) näher analysiert wird (vgl. Kapitel 5.2.2).

Wenn es nun, in Kenntnis der Patientenrechte, darum geht, die ärztlichen Pflichten zu präzisieren, ist die Differenzierung zwischen Tugend- und Rechtspflichten nach Kants Sittenlehre hilfreich. Tugendpflichten, also „Achtungspflichten und Liebespflichten“, sind zwar moralisch verbindlich, können gesetzlich aber nicht erzwungen werden. Sie fußen auf einem moralisch begründeten und vernünftigen Pflichtbewusstsein. Dem gegenüber stehen die Rechtspflichten, deren Bezüge in Gesetzestexten fixiert sind und die ggf. von staatlicher Seite durchgesetzt werden können. In den Worten des Philosophen Hübner:

Von den Tugendpflichten unterscheidet Kant die Rechtspflichten. Sein Unterscheidungskriterium ist die äußere Erzwingbarkeit. Damit ist gemeint, dass wir uns alle Tugendpflichten (Liebes- und Achtungspflichten) als Grundsätze unserer Handlungen zu Eigen machen sollen. Nur bei einem Teil dieser Pflichten aber dürfen wir *auch von außen* zu bestimmten Handlungen oder Unterlassungen gezwungen werden. Rechtspflichten können nur solche Pflichten sein, die faktisch von außen erzwungen werden können oder erzwungen werden dürfen, ohne dass Rechte des oder der Gezwungenen verletzt werden. ([35], S. 130)

In Übereinstimmung mit den vorangegangenen Gedanken über die Abwehr- und Anspruchsrechte des Patienten hat der Arzt die *Rechtspflicht*, einen Patienten nicht gegen dessen Willen einer medizinischen Behandlung zu unterziehen, doch ist es u.U. *keine* Rechtspflicht des Arztes, den Wunsch des Patienten nach einer bestimmten medizinischen Maßnahme im Sinne einer Dienstleistung zu erfüllen. Denn der erstgenannten ärztlichen Pflicht liegt das Recht des Patienten auf Selbstbestimmung über seinen eigenen Körper zugrunde. Also entzieht sich diese Situation auch nicht gesetzlicher Regelung und staatlicher Durchsetzung, wie z.B. die BGH-Entscheidung von 2010 über die ‚passive‘ Sterbehilfe letztlich gezeigt hat (vgl. Kapitel 3.3.1).

Wenn man nun die Feststellung Hübners, dass die Rechtspflichten u.U. mit dem Erfordernis staatlicher Umsetzung verbunden sind, weiterdenkt, so ergibt sich daraus im Kontext der Sterbehilfe die Frage: Inwiefern müssten auf COs beruhende Handlungen und Unterlassungen des Arztes, die ja im Zweifelsfall der Erfüllung seiner Rechtspflichten entgegenstehen und die Gefahr bergen, ‚starke‘ Patientenrechte zu verletzen, im Umkehrschluss von staatlicher Seite unterbunden werden? (vgl. Kapitel 5.2.1)

Der Status ärztlicher COs gegen gewisse medizinische Handlungen kann auf der Grundlage definierter Pflichten genauer formuliert werden: Die Gewissensgründe des Arztes sind *sekundär* gegenüber den unbedingten Rechten des Patienten (vgl. [19], S. 42). Denn letztere definieren in diesem Fall die Rechtspflichten des Arztes. Die Einstellung von Ärzten, eigene Rechte am Patienten geltend machen zu dürfen, wie eben die Bewahrung moralischer Integrität durch das Befolgen eigener normativer Prinzipien, ist daher ein grundlegend falsches Rechtsverständnis, betont Dirksen (vgl. [28], S. 127-128). Für den Kontext der ‚passiven‘ Sterbehilfe bedeutet dies Folgendes: Der Inhalt der Grundsätze der BÄK zur ärztlichen Sterbebegleitung, dass es keine uneingeschränkte Verpflichtung des Arztes zur Lebenserhaltung gibt ([97], S 346), sollte kritisch ergänzt werden: Es besteht weder die *Pflicht* noch das *Recht* auf Lebensbewahrung durch den Arzt, wenn entsprechende lebensbewahrende medizinische Maßnahmen dem Willen des Patienten widersprechen.

Nachdem nun festgestellt ist, dass ärztliche COs bei Entscheidungen über ein Behandlungslimit am Lebensende *nicht* uneingeschränkt praxisrelevant für den Patienten sein dürfen, bleibt die wichtige Frage: Wie können sich Ärzte adäquat verhalten, wenn sie persönliche normative Bedenken gegenüber dem Wunsch eines Patienten nach Therapieabbruch haben, es sich ihnen aber ethisch und rechtlich verbietet, diesen Wunsch zu übergehen? Es geht also um den Umgang mit ethischen Bedenken des Arztes gegen rechtskonforme sowie explizit angezeigte und geforderte Handlungen.

## 5.2 Normativer Diskurs über den Umgang mit ärztlichen *Conscientious Objections*

Es steht die Frage zur Diskussion, ob und falls ja, auf welche Weise, eine Balance geschaffen werden kann, zwischen den Ansprüchen des Arztes auf Gewissensausübung einerseits und seiner rechtlichen wie moralischen Verpflichtung zur Achtung grundlegender Patientenrechte andererseits. Wie kann sich ein „true conscientious objector“ ([88], S. 154) in dieser dilemmatischen Konfliktsituation bezüglich seiner „dual commitments“ ([19], S. 41) ethisch adäquat verhalten? Wear formuliert die Frage so:

But what of the *true conscientious objector* here, the clinician who is not just legally nervous about such withdrawals, slow to accept that his patient may not

make it, or just finds such withdrawals to be distasteful or discomfoting?<sup>62</sup>  
([88], S. 154)

Lösungsvorschläge für den Umgang mit diesen ‚echten‘ Gewissensbedenken des Arztes sind gewiss keinesfalls trivial. Demgegenüber können rechtlicher Unsicherheit sowie emotionalem Unvermögen verantwortlicher Ärzte, die nach den empirischen Befunden ebenfalls Ursachen ärztlicher Bedenken gegen die Sterbehilfe sind (vgl. Kapitel 5.2.2), viel eher Abhilfe in der Praxis geschaffen werden.

Wicclair definiert die beiden ‚Pole‘ des weiten Spannungsfeldes, in denen sich die verschiedenen Ansichten zum Umgang mit den COs, d.h. auch zum Verhältnis persönlicher normativer Ansprüche auf der einen Seite und professioneller Pflichten des Arztes auf der anderen Seite, befinden, wie folgt: Das eine Extrem stellt die „incompatibility thesis“ ([92], S. 33) dar, die postuliert, eine Ausübung von Gewissensgründen im ärztlichen Handeln sei unter *keinen* Umständen vereinbar mit den beruflichen Pflichten und die COs aus diesem Grunde kategorisch verbietet: „[...] conscientious-based refusals [...] are *contrary* to the practitioner’s professional obligations“<sup>63</sup> ([92], S. 86). Demgegenüber steht als anderes Extrem der „conscience absolutism“ ([92], S. 34), der vorschreibt, dass ein Arzt niemals, direkt oder indirekt, entgegen seinen COs handeln muss und darf, um seine moralische Integrität bewahren zu können. Von diesem Standpunkt aus existieren „no constraints on the exercise of conscience“<sup>64</sup> ([92], S. 85)

Diesen beiden extremen Sichtweisen, die die Rolle des Arztes entweder ausschließlich als „professional“ ohne jeglichen Anspruch auf Gewissensausübung in der Praxis oder aber als „*moral agent*[s]“<sup>65</sup> ([92], S. 44) mit einer strikten Ausrichtung des Tuns an eigenen normativen Werten festlegen, wird der „conventional approach“ ([92], S. 34) gegenübergestellt. Dieser Kompromissvorschlag setzt sich insbesondere mit der ethischen Begründung zwingend notwendiger „limits to conscientious objection“ ([79], S. 25) auseinander und fordert v.a. den Patiententransfer im Falle ärztlicher COs. „Core professional obligations“ ([92], S. 88) des Arztes werden seinen moralischen Motiven deutlich übergeordnet, seine COs aber nicht grundsätzlich verboten.

---

<sup>62</sup> Hervorhebung NP.

<sup>63</sup> Hervorhebung NP.

<sup>64</sup> Hervorhebung NP.

<sup>65</sup> Hervorhebung durch Autor.

Zu diesem Ansatz, von Wicclair als „moderate or middle-ground approach“ beschrieben ([90], S. 6), sei zunächst Folgendes angemerkt: Wenn ‚echte‘, überzeugende COs des Arztes *handlungsentscheidend* werden, führt dies zu einer persönlichen Weigerung des *Conscientious Objectors*, eine vom Patienten gewünschte Behandlung durchzuführen. Handlungsentscheidende COs werden aber nicht *praxisentscheidend*, jedenfalls nicht in einem starken Sinne, sofern der Arzt eine Überweisung des Patienten an einen Kollegen vornimmt und somit die negativen Konsequenzen seiner Gewissensvorbehalte für den Patienten einschränkt (s.o.). Eine solche Umgangsweise mit den COs könnte kompatibel mit der Achtung grundsätzliche Patientenrechte bzw. mit der Erfüllung fundamentaler ärztlicher Pflichten sein (vgl. Kapitel 5.1). Diese drei Ansätze – Inkompatibilitätsthese, Gewissensabsolutismus und konventioneller Kompromissvorschlag – sollen jetzt genauer erklärt, diskutiert, kontextualisiert und bewertet werden.

### 5.2.1 Die Inkompatibilitäts-Position

Gemäß der *Incompatibility Thesis* schließt die professionelle Rolle des Arztes mit seinen unbedingten beruflichen Pflichten ein Befolgen moralischer Beweggründe seines Handelns aus und kann die Praxis von COs, sofern diese sich gegen grundsätzliche ärztliche Tätigkeiten richten, nicht erlauben.

Als ein Verfechter dieser Theorie begründet Savulescu den geringen Stellenwert des Gewissens eines Arztes mit dessen „commitment“ ([66], S. 295) zum Beruf und erläutert, dass die Hingabe zur ärztlichen Tätigkeit unstrittige und unabdingbare professionelle Verpflichtungen sowie Souveränität impliziert. Um eine uneingeschränkte, qualitativ hochwertige gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung sicherstellen zu können, muss von Ärzten zu erwarten sein: „willing and able to offer appropriate medical interventions that are legal, beneficial, desired and part of a just healthcare system“ ([66], S. 295). Wicclair nennt diesen Ansatz einen „promise based account of professional obligations“ ([92], S. 50), weil er ein verbindliches Versprechen des Arztes gegenüber dem Patienten beinhaltet, seinen beruflichen Verpflichtungen nachzukommen. Kompromisse, wie COs gegen allgemeine Tätigkeiten des Arztberufs, unter denen Qualität und Effizienz der medizinischen Versorgung leiden könnten, sind aus der Perspektive der Inkompatibilitätsthese intolerabel. In diesem Zusammenhang ist dann auch Savulescus

Forderung, dass Berufsanwälter, die den genannten Anforderungen nicht genügen könnten, keine Ärzte werden sollten, zu verstehen:

If people are not prepared to offer legally permitted, efficient, and beneficial care to a patient because it conflicts with their values, they *should not be doctors*.<sup>66</sup> ([66], S. 294)

Schüklenk äußert ebenso deutlich: „Nobody forces anyone to become a professional. It is a voluntary choice.“ ([72], S. 4) Und auch Davis verlangt von einem Arzt mit bestehenden Gewissensvorbehalten gegen bestimmte medizinische Handlungen, den Beruf aufzugeben oder in eine Fachrichtung zu wechseln, in der Konflikte mit seinem Gewissen aller Wahrscheinlichkeit nach nicht auftreten würden. Zur Rechtfertigung seines „stay out of field“-Vorschlags wendet er von einem konsequentialistischen Standpunkt das „aggregation principle“ an: Der Schaden all derjenigen Patienten, die zurückgewiesen würden wegen COs des einen Arztes wiege schwerer als der Schaden dieses einen Arztes, der seinen Beruf wechseln sollte, weil er aus moralischen Gründen die erfragten medizinischen Handlungen nicht leisten könne (vgl. [27], S. 85 und 87).

Savulescus Forderungen bezüglich der professionellen Pflichten des Arztes gehen jedoch noch um Einiges weiter, betreten sie doch, im Gegensatz zu den anderen dargestellten Positionen, den Rahmen rechtlicher Regelung:

Doctors who compromise the delivery of medical services to patients on conscience grounds must be punished through removal of licence to practise and other legal mechanisms. ([66], S. 296)

So erachtet er letztlich ein juristisches Verbot des Handelns nach ärztlichen COs und als berufsrechtliche Strafe sogar die Aberkennung der ärztlichen Approbation im Falle praktizierter Gewissensbedenken für erforderlich, um eine gerechte sowie qualitativ gute Gesundheitsversorgung sicherzustellen. Dass es ggf. notwendig sein könnte, COs rechtlich zu unterbinden, ist auch bei den Ausführungen über die Rechtspflichten des Arztes und dem Erfordernis ihrer staatlichen Durchsetzung zur Sprache gekommen (vgl. Kapitel 5.1).

Offensichtlich lässt sich aber auch eine abgeschwächte Form der *Incompatibility Thesis* gegenüber einer strengeren kompromissloseren vertreten, die keine *absolute* Überordnung professioneller Pflichten und ein daraus resultierendes *striktes* Verbot ärztlicher CO-Befolgung fordert. In etwas moderaterer Formulierung äußern Maggelsen und Wic-

---

<sup>66</sup> Hervorhebung NP.

clair nämlich, Gegenstände ärztlicher COs dürften nicht einen „*essential part of the health professional's daily work*“<sup>67</sup> ([54], S. 19) und medizinische Praktiken „*within the normal range*“<sup>68</sup> ([92], S. 83) umfassen. Danach ist die ärztliche Verweigerung von medizinischen Handlungen aus Gewissensgründen zwar nicht alltäglich, ausnahmslos und regelmäßig, wohl aber in Ausnahmesituationen tolerabel. Die Frage ist jedoch, wie dieser Standard grundsätzlicher Berufspflichten definiert ist und ob die medizinische Fachdisziplin dabei eine Rolle spielen könnte. Offenkundig lassen sich innerhalb des Arztberufs unterschiedliche Risikobereiche für das Auftreten von Gewissensbedenken identifizieren. Dass sich ein angehender Arzt dann z.B. gegen eine Stelle in der Intensivmedizin entscheiden und dies mit gegen die Therapiebegrenzung am Lebensende sprechenden Gewissensgründen begründen würde, wäre letztlich unter der folgenden Prämisse erklärbar: Ärztliche COs richten sich gegen bestimmte medizinische Vorgehensweisen im Allgemeinen und sind deswegen antizipierbar. Sollten Ärzte mit COs gegen die Sterbehilfe der Intensivmedizin dann konsequenterweise fernbleiben? Dieser Ansatz würde, jedenfalls hypothetisch, die Situation verhindern, dass COs für den betroffenen Arzt überhaupt handlungsentscheidend und für den Patienten vollständig praxisrelevant im Sinne eines Ausbleibens der Sterbehilfe werden müssten. Wilkinson argumentiert dazu aber:

Their concerns may be specific to particular cases, or they may be in-principle concerns about particular treatment options in intensive care. Regardless, the ethical question is the same: should they, or should they not object? ([93], S. 135)

Als Vertreter einer strengen Unvereinbarkeits-Position und Befürworter des „*stay out of field*“-Vorschlags ([27], S. 85) würde man diese Frage kompromisslos wie folgt beantworten: Unabhängig davon, ob es sich um antizipierbare COs handelt oder ob es um unvorhersehbare, sich nur situativ im Einzelfall zutragende COs geht, dürfen diese Gewissensvorbehalte *niemals* eine Rechtfertigung für die Verweigerung des Arztes gegenüber dem Patienten darstellen.

Die Position der Inkompatibilitätsthese spiegelt sich auch in einigen Ergebnissen ausgewerteter empirischer Erhebungen zu ärztlichen COs wider, doch findet sie insgesamt

---

<sup>67</sup> Hervorhebung NP.

<sup>68</sup> Hervorhebung NP.

offensichtlich *keinen* großen Zuspruch unter den Befragten: Nur die Minderheit teilnehmender Ärzte (22 %) spricht sich für eine Verpflichtung zu einer solchen medizinischen Handlung aus, deren Unterlassung rechtswidrig wäre, die sie aber aus moralischen Gründen ablehnen. Und nur etwas mehr als die Hälfte der Ärzte (57 %) stimmt der Aussage zu, manchmal aus professionellen Gründen entgegen eigenen ethischen Vorbehalten handeln zu müssen (vgl. [51], S. 1278). Diese Ergebnisse verdeutlichen, dass, entgegen der Inkompatibilitätsthese, bei einem Großteil der Ärzte *keine* absolute Überordnung beruflicher Maßstäbe in ihrer Tätigkeit stattfindet, sondern dass persönliche normative Überzeugungen, ggf. einschließlich etwaiger COs, in den Therapieentscheidungen doch eine Rolle spielen.

Wicclair resümiert abschließend den wesentlichen Inhalt der Inkompatibilitätsthese:

[...] any refusal to provide legal and professionally permitted services within the scope of a practitioner's competence is incompatible with the professional obligations of physicians [...], and to provide those services *always* trumps the exercise of conscience.<sup>69</sup> ([92], S. 82)

Folgende Argumente sprechen für die strenge Ansicht, dass ärztliche COs in der Praxis keinen Stellenwert haben dürfen: Professionelle Verpflichtungen, wie insbesondere die Achtung der Patientenautonomie, verbieten die Ausrichtung des ärztlichen Handelns an eigenen Gewissensgründen. Befolgte COs des Arztes würden einem „violate the most basic ethic of medicine by disregarding patient care“ gleichkommen ([23], S. 340) und müssen daher als inkompatibel mit berufsethischen Maßstäben eingeordnet werden. Die vielen negativen Konsequenzen der ärztlichen COs für den Patienten – nämlich in Kauf zu nehmende physische, finanzielle und emotionale Bürden, um die gewünschte Behandlung trotz Zurückweisung dennoch zu erhalten – sowie eine Ungerechtigkeit in der Patientenversorgung machen die Befolgung ärztlicher Gewissensbedenken aus dieser Perspektive intolerabel. Außerdem könnte die Befolgung persönlicher Gewissensgründe auch eine zu starke Gewichtung der ethischen Werte des Arztes und eine unbedingt zu vermeidende Abwertung moralischer Überzeugungen des Patienten bedeuten: Die COs würden eine neue Art der Patientenbevormundung und v.a. der relativen Überbewertung der normativen Vorstellungen des Arztes darstellen, mahnt Savulescu (vgl. [66], S. 295). Ferner spricht die Möglichkeit des *Moral Error* gegen eine uneingeschränkte Zu-

---

<sup>69</sup> Hervorhebung NP.

lassung von CO-Befolgungen bzw. für eine notwendige epistemische Bescheidenheit des verantwortlichen Arztes: Individuelle Gewissensgründe, einschließlich COs, können *keine* letztgültige moralische Sicherheit geben (vgl. u.a. [80], S. 140). Ein weiteres Argument zugunsten der Inkompatibilitätsthese liegt im Missbrauchspotential der COs begründet: „They therefore present a greater risk that institutional conscience objections will mask, or be used for, *place holder for other concerns* about forgoing life-sustaining treatment.“<sup>70</sup> ([24], S. 97) Unter dem ‚Deckmantel‘ einer institutionellen oder persönlichen Moral könnten beispielsweise eigentlich ökonomische Motive, soziales Prestige, psychisch-emotionales Unvermögen der Ärzte usw. kaschiert und vermeintlich gerechtfertigt werden.

### 5.2.2 Die Position des Gewissensabsolutismus

Die zur Inkompatibilitätsthese (vgl. Kapitel 5.2.1) konträre Antwort auf die Frage nach dem angemessenen Umgang mit ärztlichen COs ist der Gewissensabsolutismus. Er entkräftet den Kompromissvorschlag des Patiententransfers im Falle von COs v.a. durch das Argument der „*moral complicity*“<sup>71</sup> ([92], S. 36) des Arztes: Dieser dürfe in keiner Weise an der seinerseits mit ethischen Bedenken verbundenen medizinischen Handlung teilhaben, um seine moralische Integrität bewahren zu können. Schüklenk äußert bezüglich der Überweisung von Patienten deswegen deutlich: „Looked at from a conscientious objector’s perspective, this compromise is anything but a compromise.“ ([72], S. 2) Die moralische Verantwortlichkeit des Arztes für die Handlung würde nämlich letztlich bestehen bleiben und die Überweisung könnte Bedenken ethischer Natur daher keinesfalls lösen. Deswegen verbietet der Gewissensabsolutismus den Patiententransfer und erlaubt handlungsleitende sowie vollständig praxisrelevante COs uneingeschränkt. Wicclair erklärt:

[...] in addition to not having an obligation to provide a good or service that violates a health care’s professional conscience, the professional is not obligated *directly or indirectly to participate in its provision or to facilitate patient access to it.*<sup>72</sup> ([92], S. 43)

Deutlich wird dieser Standpunkt auch bei Maggelsen:

---

<sup>70</sup> Hervorhebung NP.

<sup>71</sup> Hervorhebung durch Autor.

<sup>72</sup> Hervorhebung NP.

This alleged duty is problematical in that it arguably demands that the doctor *play a part in the causal chain ultimately leading to the disputed medical procedure.*<sup>73</sup> ([54], S. 19)

Die Ansichten darüber, wie weit die Begriffe der *Causal Chain* oder der *Moral Complicity* hinsichtlich der Teilhabe des Arztes an einer Handlung gefasst sind, divergieren allerdings offensichtlich. Beispielsweise argumentieren manche, dass der „indirect“ gegenüber dem „direct referral“, d.h. die bloße Versorgung eines Patienten mit Informationen statt seiner unmittelbaren Überweisung an einen Kollegen, einen *Conscientious Objector nicht* zu einem moralischen Mittäter macht ([92], S. 37-38). Wende man versuchsweise das Modell der Mittäterschaft aus juristischer Perspektive an, seien die Beeinflussung des eigentlichen Täters durch den Komplizen, die Absicht des Komplizen bezüglich der Tat sowie sein Beitrag leisten zu derselben entscheidende Kriterien (vgl. [92], S. 38). Strittig ist insbesondere auch, inwiefern die Intention des Arztes eine Rolle spielt: Überweist er den Patienten, damit die medizinische Handlung, gegen die er selbst normative Bedenken hegt, dennoch durchgeführt wird, oder überweist er, um seine professionellen Pflichten zu erfüllen und die Patientenautonomie zu wahren, ohne dabei die Ziele des Patienten zu teilen sowie seine Behandlungsabsichten unterstützen zu wollen? (vgl. [92], S. 38-59) Auch Maggelsen differenziert zwischen diesen beiden Arten des Überweisens, nämlich:

[...] the paradigmatic referral involves a referral letter in which the physician details the patient's condition and requests certain health services on the patient's behalf, and sometimes also involves practical arrangements for the patient's transfer. [...] On the other hand, a 'referral' can also mean simply the physician telling the patient about practitioners he can turn to. In this case, that the disputed procedure is to be carried out need not be part of the doctor's intention. ([54], S. 19)

Manche erachten also die Absicht des überweisenden Arztes als entscheidendes Kriterium im Dissens über die Tragweite der moralischen Komplizenschaft. Jedenfalls rechtfertigt sich der Arzt aus Sicht des Gewissensabsolutismus damit, die *Moral Complicity* in einem „perceived wrongdoing“ ([92], S. 85) vermeiden zu wollen. Seine CO äußert sich somit in einer resoluten Ablehnung von „assist in providing, and/or offer information about a healthcare service“ ([91], S. 2).

Davis et al. benennen die von den anderen Autoren beschriebene Widersprüchlichkeit

---

<sup>73</sup> Hervorhebung NP.

im Verhalten eines trotz eigener COs überweisenden Arztes mit dem Begriff der „referral inconsistency“ ([27], S. 83). Ihre These zur fraglichen Transferpflicht des *Conscientious Objectors* lautet: „the duty to refer exists only if the procedure is *too immoral* to perform, but *not immoral* enough to justify interfering with someone else’s performance to it.“<sup>74</sup> ([27], S. 85) Im Gegensatz zur Position eines strengen Gewissensabsolutismus sehen sie also durchaus eine Verpflichtung des Arztes zur Überweisung des Patienten entgegen seinen moralischen Bedenken, *es sei denn* die ethischen Vorbehalte seien so schwerwiegend, dass eine generelle Verhinderung der in Frage stehenden Handlung, z.B. durch eine ausbleibende Überweisung, gerechtfertigt wäre. Welcher Art aber ärztliche COs sein müssen, damit sie eine medizinische Vorgehensweise als „sufficiently immoral“ ([27], S. 85) qualifizieren und inwiefern bzw. unter welchen konkreten Voraussetzungen der Gewissensabsolutismus also an dieser Stelle vertreten wird, bleibt unbeantwortet. Jedenfalls scheint es nach dieser Position auch eine ‚moderaterer‘ Form des *Conscience Absolutism* zu geben, die den Patiententransfer durch den *Conscientious Objector* durchaus vorsieht, dabei aber die Praxisrelevanz seiner Gewissensgründe auf definierte Fälle beschränkt.

Die Studienergebnisse zu ärztlichen COs weisen ebenfalls auf teilweise Befürwortungen des Gewissensabsolutismus hin, doch ist die Zustimmung befragter Ärzte auch bezüglich dieser extremen Position nicht überwältigend: Nur ein kleiner Teil der Befragten (10 %) hält es zum einen für richtig, *niemals* entgegen eigenen moralischen Überzeugungen einem Patientenwunsch nachkommen und außerdem für *nicht* erforderlich, in diesem Falle dessen Überweisung vornehmen zu müssen (vgl. [13], S. 82). Bezüglich des „conscientious refusal to refer“ sprechen sich weniger als die Hälfte der Teilnehmer (43 %) gegen eine Verpflichtung zur Überweisung entgegen ethischen Vorbehalten aus (vgl. [21], S. 398). Offensichtlich lehnen also viele der befragten Ärzte eine absolute Überordnung eigener normativer Beweggründe als Entscheidungsgrundlage sowie eine uneingeschränkte Erlaubnis von COs in der Praxis ab, befürworten vielmehr einen Patiententransfer im Falle von Gewissensvorbehalten gegen bestimmte medizinische Handlungen. Ferner konnte nachgewiesen werden, dass die Haltung des offensichtlich selten vertretenen Gewissensabsolutismus positiv mit der Religiosität der Ärzte korreliert (vgl.

---

<sup>74</sup> Hervorhebung NP.

[13], S. 83) und im Zusammenhang steht mit der Ablehnung eines theologischen Pluralismus sowie der Selbsteinschätzung als politisch konservativ (vgl. [21], S. 398). Möglicherweise reflektiert die Ablehnung religiöser Pluralität ebenfalls einen fehlenden Respekt gegenüber moralischer Diversität: Die ‚Gewissensabsolutisten‘ unter den Ärzten schränken den Wahrheits- und Geltungsanspruch eigener religiös-ethischer Überzeugungen nicht ein, ordnen diese den Wertvorstellungen des Patienten gewissermaßen über und rechtfertigen auf diese Weise ihre handlungsentscheidenden und uneingeschränkt praxisrelevanten COs.

Zusammenfassend gesagt, fordert der Gewissensabsolutismus jedenfalls einen hohen Geltungsanspruch ärztlicher COs und lässt auf der Grundlage des Konzepts der moralischen Mittäterschaft Kompromisslösungen wie den Patiententransfer nicht zu. Das Praktizieren ärztlicher Gewissensgründe erfährt in diesem Ansatz keinerlei Einschränkungen und auf dieser Grundlage werden die COs des Arztes entsprechend toleriert.

Das Argument, das diese Position am stärksten stützt, ist die Ermöglichung moralischer Integrität des Arztes. Diese ist bereits als Eigenschaft mit intrinsischem Wert, als wünschens- und schützenswertes Persönlichkeitsmerkmal und als für ein sinnhaftes Dasein notwendige Disposition festgestellt worden (vgl. Kapitel 2.1.2). Folgende Gefahren könnten sich aus dieser Perspektive aus einem Verbot von ärztlichen COs in der Praxis ergeben: „Intolerance of such self-revealing clinicians would thus amount to the sort of tyranny of the dominant view that our commitment to tolerate moral diversity especially abhors“ ([88], S. 156) und: „Providing health care would seriously damage the health professional's moral integrity by constituting a serious violation of a *deeply held conviction*“<sup>75</sup> ([54], S. 19). Die Verletzung der moralischen Integrität des Arztes sowie seiner Autonomie, die für seine Persönlichkeit jeweils von fundamentaler Bedeutung sind, stellen starke Argumente auf Seiten des Gewissensabsolutismus dar. Von einem konsequentialistischen Standpunkt spricht außerdem „the importance of individuals' moral integrity to society“<sup>76</sup> ([54], S. 18), d.h. ihr Beitrag zum „common good“ ([54], S. 19), für eine Duldung ärztlicher COs – etwa die Beförderung sozialer Stabilität. Dem Arzt Raum für die Ausübung von Gewissensgründen in seinem Beruf zuzubilligen, könnte in der Gesellschaft das Zeichen setzen, dass moralisch gute sowie integrale Entscheidungen

---

<sup>75</sup> Hervorhebung NP.

<sup>76</sup> Hervorhebung NP.

im Allgemeinen unterstützenswert seien und geschützt würden. Ärzte könnten als „morally serious persons“ im Sinne einer Vorbildfunktion einen Benefit für die Gesellschaft bedeuten ([89], S. 1804). Befürworter des Gewissensabsolutismus argumentieren darüber hinaus, dass moralischer Fortschritt durch die Praxis ärztlicher COs möglich wäre: Betroffene Ärzte könnten durch die offene Aussprache ihrer Gewissensvorbehalte die moralisch kontroverse Natur einiger medizinischer Vorgehensweisen aufdecken und als „moral pioneers“<sup>77</sup> ([15], S. 29) sogar zur Überarbeitung der Standards professioneller Norm beitragen, insbesondere im Kontext neuer medizinisch-technischer Errungenschaften (vgl. Kapitel 6). Des Weiteren sprechen die Gefahr von *Burnout* und *Moral Distress* unter Ärzten gegen ein striktes Verbot von COs: Es konnte festgestellt werden, dass ein „having to deaden one’s conscience“ im Beruf mit der Erfahrung von „emotional exhaustion“ und einer Verschlechterung der Versorgungsqualität durch den Arzt ([34], S. 392) zusammenhängt. So wäre es im Umkehrschluss ggf. möglich, durch die Akzeptanz und Förderung gewissensgelenkten ärztlichen Handelns psychischen Stress im Beruf zu reduzieren und damit größere Sensitivität bzw. Sympathie des Arztes gegenüber dem Patienten zu erreichen (vgl. [89], S. 1804). Dieses Argument betrifft jedoch ausschließlich eine psychisch-emotionale Ebene, ohne normativ begründet zu sein.

Die stärksten Gründe auf Seiten des Gewissensabsolutismus sind zugleich die stärksten Kontraargumente gegen die Inkompatibilitätsthese und umgekehrt. Denn es handelt sich um die zwei extremen und einander entgegengesetzten Antworten auf die Frage nach dem Umgang mit ärztlichen COs. Die Tatsache, dass es sowohl eine abgeschwächte Form des *Conscience Absolutism* gibt, die die Transferpflicht des Arztes aufgrund von professionellen Verpflichtungen durchaus in Betracht zieht und die Wirksamkeit seiner COs einschränkt, als auch eine abgeschwächte Form der *Incompatibility Thesis*, die ärztliche COs in Ausnahmefällen toleriert, deutet an, dass es einen „moderate or middle-ground approach“ ([90], S. 6) geben muss. Diese zwischen den beiden extremen Standpunkten vermittelnde Position soll Thema des nächsten Unterkapitels sein.

---

<sup>77</sup> Rapp R. In [15].

### 5.2.3 Die Kompromiss-Position

Dem Gewissensabsolutismus und der Inkompatibilitätsthese wird nun also der „konventionelle Kompromissvorschlag“ (vgl. [14], S. 187) gegenübergestellt. Er argumentiert v.a. anhand von *Core Professional Obligations* des Arztes, wie dem Respekt vor Würde und Autonomie des Patienten sowie der Verfolgung seines Wohlergehens, um zu rechtfertigen, wieso der Ausübung von Gewissensgründen in der ärztlichen Tätigkeit ganz offensichtlich Grenzen gesetzt werden müssen (vgl. [92], S. 88). *Dass* und *warum* die „ethical limitations on the exercise of conscience“ ([92], S. 86) zwingend erforderlich sind und die ärztlichen COs, insbesondere auch im Kontext der ‚passiven‘ Sterbehilfe, nicht uneingeschränkt praxisrelevant sein dürfen, ist bereits geklärt worden. Doch *wie* einerseits „boundaries of tolerance in health care“ (vgl. [80], S. 145) formuliert werden können, der Bewahrung von Gewissensfreiheit und moralischer Integrität des Arztes andererseits aber ein angemessener Platz eingeräumt werden kann, muss noch eingehend diskutiert werden. Jedenfalls sind im Zuge des Kompromissvorschlags sowohl solche Situationen denkbar, in denen *Conscientious Refusals* des Arztes gegen legale medizinische Handlungen auftreten dürfen als auch solche Situationen, in denen die direkte oder indirekte Teilhabe des Arztes an einer medizinischen Handlung trotz moralischer Bedenken aufgrund beruflicher Pflichten notwendig ist. Generell ist der „conventional compromise“ ([14], S. 187) offensichtlich sehr *kontextabhängig* und wird durch viele situative Faktoren der Patientenversorgung, z.B. das Vorhandensein stellvertretender Kollegen, mitbestimmt.

Autoren, die diesen Kompromissvorschlag verteidigen, nennen als Voraussetzung für die teilweise Befolgung ärztlicher COs übereinstimmend, dass der Patient durch die Verweigerung des Arztes wegen Gewissensvorbehalten keine Lasten oder Unannehmlichkeiten erfahren dürfe: „Harms and burdens beyond an acceptable limit“ müssen durch entsprechende Maßnahmen in der Praxis unbedingt vermieden werden ([92], S. 99). Sogenannte Gewissensklauseln, eine Besonderheit des US-amerikanischen Rechts, dürften deswegen keinesfalls eine „blanket protection for the exercise of conscience“ ([92], S. 239) unabhängig vom medizinischen Kontext darstellen, geben Wicclair und Maggelsen zu bedenken: In medizinischen Notfällen und „life threatening conditions“ ([54], S. 19) etwa dürfe dem Schutz des ärztlichen Gewissens *überhaupt kein* Stellen-

wert eingeräumt werden. Nur so könnten Nachteile für den Patienten, wie etwa seine verzögerte Behandlung, auf jeden Fall verhindert werden (vgl. [92], S. 211). Wo die Grenze zwischen praktizierten COs mit akzeptablen Nachteilen für den Patienten, und solchen, deren praktische Umsetzung sich kategorisch verbietet, im Einzelfall zu ziehen ist, wird nicht erklärt. Doch leuchtet es aus der Perspektive der Kompromiss-Position unmittelbar ein, dass ärztliche Gewissensbedenken in Notfällen keinesfalls als handlungsleitende Gründe toleriert werden können, wenn sich daraus negative Konsequenzen für den Patienten ergeben.

Diese Vermeidung von *Harms* und *Burdens* für Patienten setzt außerdem unbedingt deren transparente Versorgung mit zuverlässigen, ausreichenden medizinischen Informationen voraus. Nur so könne auch dem Missverständnis vorgebeugt werden, es handle sich bei der Umsetzung ärztlicher COs um eine Entscheidung aus medizinisch-fachlichen Gründen (vgl. [92], S. 115-118). Die verantwortliche Rolle des Arztes als „gatekeeper“ für den Zugang des Patienten zu sämtlichen medizinisch indizierten und legalen Behandlungsoptionen dürfe unter keinen Umständen durch die Praxis ärztlicher COs missbraucht werden ([21], S. 398). Wear nennt ein Beispiel für dieses „disclosing options“ ([92], S. 103) durch den Arzt, das für den Kontext ärztlicher COs gegen die ‚passive‘ Sterbehilfe sehr relevant ist: Er fordert nämlich beispielsweise die Kommunikation über die Möglichkeit des WH einer Intubation und mechanischen Beatmung bzw. das spätere WD der Ventilation bei einem terminal kranken Patienten mit einer akut exazerbierten COPD. Trotz etwaiger moralischer Zweifel und Gewissensbedenken gegen diese ‚passive‘ Sterbehilfe, müsse der verantwortliche Arzt alle Behandlungsoptionen offenlegen und den Patienten frei entscheiden lassen (vgl. [88], S. 151-152).

Folgende vier Arten von Nachteilen können für den Patienten aus der Praxis ärztlicher COs resultieren, deren Verhinderung dementsprechend Ziel eines Lösungsvorschlags sein muss: „delay or expense in getting the treatment; restriction of access to the treatment; lack of important information and a sense of moral disapproval of the patient’s choices or lifestyles.“ (vgl. [54, S. 19]).

Die Vorschläge zu notwendigen Limitationen der Gewissensbefolgung des Arztes, insbesondere zur Vermeidung von *Harms* und *Burdens* für den Patienten, beinhalten alleamt die Transferpflicht, mindestens aber das Angebot der Überweisung gegenüber den

Patienten: „At least, they might have a legitimate expectation to receive a referral.“ ([92], S. 84) Sich wegen moralischer Bedenken von dem konkreten Fall zurückzuziehen, ohne zumindest entsprechende Schritte für die wunschgemäße Versorgung des Patienten in Gang zu setzen, würde nämlich dessen Vernachlässigung bedeuten, professionelle Pflichten des Arztes verletzen und den Respekt vor der Patientenautonomie missachten ([92], S. 109-110). Davis formuliert diese Verpflichtung des *Conscientious Objectors* zum Patiententransfer im Zuge seines „restitution approach[es]“ noch präziser:

transform your existing relationship with a patient into a sufficiently close approximation of what would had happend had that patient gone to some other doctor ([27], S. 78)

Jedenfalls macht es die effiziente und zeitnahe Überweisung von Patienten im Rahmen dieses Kompromissvorschlags möglich, dass etwaige COs für den Arzt zwar handlungsentscheidend sein können, indem er wegen persönlicher ethischer Beweggründe eine bestimmte medizinische Handlung ablehnt, ohne dabei aber vollständig praxisrelevant für die Versorgung des Patienten zu sein, da dieser durch einen anderen Kollegen wunschgemäß versorgt wird. Für einen ethisch adäquaten Umgang mit ärztlichen COs, der wesentliche Nachteile für den Patienten ausschließt, gehen Wilkinsons Forderungen aber noch um einiges weiter. Über die Transferpflicht hinaus, fordert sie die „conscientious non-objection“. Hinter diesem Oxymoron verbirgt sich Folgendes:

*A considered decision by a medical professional to provide a legal and professionally accepted medical course of action requested by or on behalf of a patient despite a personal belief that this action would be morally wrong.*<sup>78</sup> ([93], S. 133)

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass der klassische Kompromissvorschlag als zentrales Element die Überweisung des Patienten beinhaltet, dass er in Ausnahmefällen aber um die Forderung einer Handlung entgegen ärztlichen COs ergänzt werden muss.

Die *Advanced Notifications* ärztlicher COs sind ein weiterer Vorschlag zur Limitation der Gewissensausübung in der Praxis (vgl. u.a. [92], S. 115-118). Die frühzeitige Kommunikation über die COs des Arztes könnte es dem Patienten nämlich ersparen, überhaupt in die Verlegenheit zu kommen, Anspruch auf solche medizinischen Vorge-

---

<sup>78</sup> Hervorhebung durch Autor.

hensweisen zu erheben, gegen die der Arzt moralische Bedenken hat. Um die zusätzliche Belastung des Zurückgewiesenwerdens für den in dieser Situation ohnehin auf Hilfe angewiesenen und vulnerablen Patienten zu vermeiden und ihm die Chance zu geben, zeitnah eine Beziehung zu einem anderen Arzt aufzubauen, könnten sich Vorab-Ankündigungen etwaiger COs des Arztes als angebracht und zielführend erweisen (vgl. [92], S. 115-119). Dieser Ansatz des „moral counseling“ ([27], S. 84) setzt zu einem gewissen Maß eine partnerschaftliche Arzt-Patienten-Beziehung voraus, die eine solch' offene Kommunikation über sittliche Beweggründe ermöglicht. Unter dieser Prämisse ist folgendes Fazit möglich: „Das Gewissen muss also nicht ausgeschaltet werden, vielmehr ist zu fordern, dass der Arzt seine ethischen Vorbehalte gegenüber dem Patientenwillen zum Ausdruck bringt und die Übernahme einer Behandlung dann konsequenterweise ablehnt.“ ([28], S. 128) Diese Verweigerung von medizinischer Handlung muss natürlich durch die Transferpflicht ergänzt werden.

If there are services they will not perform, physicians should make that fact known to patients for whom they have accepted responsibility. Doing so not only saves patients the distress of seeking those services and being turned down, it also saves physicians from the dilemma of unfulfilled responsibilities to those whose care they have agreed to undertake. ([23], S. 338)

An dieser Stelle wird also die Hoffnung formuliert, dass die *Advanced Notifications* und ein prospektiver Umgang mit COs in der Praxis sowohl für den Patienten als auch für den Arzt Vorteile enthalten und Probleme vermeiden helfen könnten.

Dass ärztliche COs niemals die Diskriminierung von Patienten zu Folge haben dürfen, ist, neben den praxisnäheren Vorschlägen zur Transferpflicht sowie zu den Vorab-Ankündigungen, eine weitere Forderung hinsichtlich der Begrenzung ärztlicher Gewissensausübung in der Praxis. Maßstäbe der Gerechtigkeit, Gleichheit, Würde und des Respekts im ärztlichen Handeln sind stets vorauszusetzen (vgl. u.a. [92], S. 92). Somit müssen auf Vorurteilen gegen die Ethnie, Herkunft oder Religion bestimmter Patientengruppen fußende COs ebenso kategorisch verboten werden wie solche, die auf falschen klinischen Überzeugungen beruhen oder professionellen Zielen widersprechen. Als ein auch für den Anwendungskontext der Sterbehilfe relevantes Beispiel nennt Wicclair bezüglich des zuletzt genannten Punkts ärztliche COs gegen eine suffiziente Analgesie von Patienten, was ein unstrittig akzeptiertes Ziel der Tätigkeit des Arztes darstellt.

Dementsprechend seien Gewissensbedenken intolerabel, die dieser Absicht widersprechen und z.B. mit der buddhistischen Überzeugung, der Schmerz sei essentiell für das Vorankommen im Kreis der Wiedergeburten oder mit dem Glauben, das Leid des Patienten sei eine gerechte Strafe Gottes, begründet würden (vgl. [92], S. 92-94). Im Umkehrschluss kommt dann solchen ärztlichen COs gegen bestimmte medizinische Praktiken, die sich in „medicine’s own values“ begründen ließen, aber ein besonderer Stellenwert zu ([54], S. 19).

Neben einer unbedingten Beachtung grundsätzlicher medizinethischer Prinzipien sowie professioneller Ziele, erfordert die Praxis ärztlicher COs auch einen respektvollen und sensiblen Umgang mit den Wertvorstellungen des Patienten, um Maßstäben der Gerechtigkeit und Gleichheit zu genügen. Andernfalls droht als Konsequenz praktizierter Gewissensbedenken des Arztes ein Zustand, den Wilkinson als „arbitrary and unjust“ ([93], S. 133) qualifiziert und über den Savulescu äußert: „The door to value-driven medicine is a door to a Pandora’s box of idiosyncratic, bigoted, *discriminatory* medicine.“<sup>79</sup> ([66], S. 297) Schüklenk veranschaulicht diesen Zusammenhang mit der Metapher der „today’s conscientious objection lottery“ ([72], S. 3). Dass der Patient als Objekt praktizierter ärztlicher Gewissensvorbehalte Willkür, Ungerechtigkeit und einen „sense of moral disapproval“ empfindet, muss vermieden werden. Um diese Gefahr abzuwenden, müssen die COs des Arztes das Prädikat „carried out with sensitivity“ tragen ([54], S. 19). Kurz gesagt, muss eine Diskriminierung von Patienten, sei es durch anerkannten medizinischen Zielen widersprechende Motive oder durch eine Abwertung ethischer Vorstellungen des Patienten, bei der Praxis ärztlicher COs unbedingt ausgeschlossen werden können.

Eine letzte wichtige Forderung derjenigen, die sich für eine Zulassung ärztlicher COs unter Berücksichtigung wesentlicher ethischer Limitationen aussprechen, ist die der Toleranz gegenüber moralischer Diversität. Sulmasy spricht davon, dass Ungewissheit in vielen ethischen Fragestellungen unvermeidbar und moralisches Urteilen niemals perfekt sei. Deswegen fordert er eine Haltung der Toleranz und Bescheidenheit in der ärztlichen Tätigkeit. ([80], S. 144) Ebenso spricht Wilkinson von der Notwendigkeit, „ethically humble and tolerant“ zu sein. Wiederum stellen für sie die „moral uncertain-

---

<sup>79</sup> Hervorhebung NP.

ty“ und die „possibility of error“ im ärztlichen Urteilen auch Gründe dar, in einigen Fällen eine „conscientious *non-objection*“ des Arztes zu fordern: Weil es in manchen Fragen eben keine letztgültige moralische Sicherheit gebe, müssten Ärzte bereit sein, auch gegen eigene Gewissensgründe zu handeln, um Patientenwünsche zu erfüllen<sup>80</sup> ([93], S. 141). An dieser Stelle erfährt die Praxis ärztlicher COs nun eine deutliche Einschränkung, die sich in der Begründung jedoch nicht, wie in den bisherigen Forderungen, an der Vermeidung negativer Konsequenzen für den Patienten orientiert, sondern am Wesen der nicht absolut sicheren Gewissensbedenken. Diese Perspektive widerspricht in gewissem Maße den erarbeiteten Eigenschaften des „true conscientious objector[s]“ ([88], S. 154) auf subjektiver Seite, v.a. wenn man an Luthers Position und seine Äußerung „Daher kann und will ich nichts widerrufen, weil wider das Gewissen etwas zu tun weder *sicher* noch heilsam ist“<sup>81</sup> ([67], S. 115) zurückdenkt. Theoretisch werden die COs von ihren Verfechtern als sicherer und kompromissloser Handlungsmaßstab ausgelegt (vgl. Kapitel 2.2.3), doch erfährt diese Sichtweise nun vor dem Hintergrund moralischer Vielfalt eine deutliche Einschränkung. Praktisch bedeutet dies auch, dass ein Arzt mit COs gegen eine bestimmte Handlung durchaus tolerant gegenüber anderen ethischen Sichtweisen sein und dass er die Überweisung eines Patienten an einen praktizierenden Kollegen ‚guten Gewissens‘ durchführen sollte.

Es wurde bereits festgestellt, dass, gemäß der Studienlage, weder die Positionen des Gewissensabsolutismus noch der Inkompatibilitätsthese großen Zuspruch in der befragten Ärzteschaft erhalten. Demgegenüber können die Studienergebnisse bei der Mehrzahl der Teilnehmer eine Zustimmung zum konventionellen Kompromissvorschlag nachweisen: 57 % (vgl. [21], S. 398) bis 75 % ([13], S. 82) der Ärzte sprechen sich demnach zwar eindeutig *für* ein bestehendes Recht zur persönlichen Verweigerung aus Gewissensgründen aus, sehen sich aber gleichzeitig zur Überweisung des Patienten im Falle eigener COs gegen eine bestimmte medizinische Handlung verpflichtet. Diese Haltung wird nach den empirischen Erhebungen insbesondere von denjenigen Ärzten vertreten, die einen theologischen Pluralismus befürworten, sich als politisch liberal einschätzen und die Patientenautonomie als wichtigste Handlungsmaxime ihrer klini-

---

<sup>80</sup> Hervorhebung NP.

<sup>81</sup> von Loewenich H.: Zur Freiheit befreit. Evangelische Kirche und evangelische Erziehung. In [67]. Hervorhebung NP.

schen Tätigkeit ansehen (vgl. [21], S. 399). Ihre Zustimmung zu religiöser Pluralität könnte einen Respekt vor der moralischen Diversität bedeuten, sodass diese Ärzte eigene ethisch-religiöse Überzeugungen anderen nicht überordnen und die Konsequenzen praktizierter COs dementsprechend einzuschränken versuchen. Weiterhin vermuten die Studienautoren, dass die Korrelation zwischen einer politisch-sozial liberalen Einstellung und der Überzeugtheit von der Transferpflicht „the liberalism of neutrality“ widerspiegeln könnte: Die Überweisung des Patienten ermöglicht es dem Arzt, neutral gegenüber dessen Wünschen und Vorstellungen zu bleiben, statt eine wertende Position zu beziehen (vgl. [21], S. 401). Wiederum zeigt sich hier eine Haltung, die nicht direkt die Eigenschaften des „true conscientious objectors“ reflektiert. Dieser würde nämlich keinesfalls neutral bleiben wollen, sondern versuchen, seinen ethischen Standpunkt plausibel normativ zu begründen und über den individuellen Rahmen hinaus einen Geltungsanspruch seiner Gewissensbedenken zu erheben (vgl. Kapitel 2.2.3).

Zusammenfassend lässt sich nun Folgendes feststellen: Der hier vorgestellte konventionelle Kompromissvorschlag, der offensichtlich von einem Großteil der Ärzteschaft befürwortet wird, begründet anhand grundsätzlicher professioneller Pflichten deutlich die Grenzen ärztlicher COs, ohne jedoch die Gewissensbefolgung des Arztes in der Praxis zu verbieten. Denn sofern ethische Limitationen respektiert werden, können die COs des Arztes mit seinen beruflichen Pflichten durchaus kompatibel sein. Diese Annahme widerspricht ggf. manchen Eigenschaften, die eingangs für den „true conscientious objector“ festgelegt wurden bzw. relativiert den Geltungsanspruch seiner Gewissensbedenken. Vor dem Hintergrund moralischer Diversität und möglicher moralischer Irrtümer werden aber die ärztlichen Gewissensgründe aus Sicht des konventionellen Kompromissvorschlags als nicht alleiniger, nicht anderen übergeordneter und nicht absolut sicherer, wahrer Handlungsmaßstab gewertet.

Für einen ethisch angemessenen Umgang mit den COs des Arztes bestehen im Zuge des *Conventional Compromise* jedenfalls diese Forderungen: Negative Folgen müssen durch eine prospektive Nennung und Besprechung ethischer Beweggründe des Arztes, durch ein Offenlegen sämtlicher legaler medizinischer Behandlungsoptionen gegenüber dem Patienten und durch seine zeitnahe Überweisung an Kollegen vermieden werden. Nur so kann die Patientenautonomie gewahrt werden. Unbedingt muss eine Diskrimi-

nierung bestimmter Patientengruppen durch ärztliche COs ausgeschlossen werden. Um stattdessen eine gerechte und gleiche Versorgung von Patienten möglich zu machen, dürfen die Gewissensvorbehalte niemals auf Vorurteilen über Ethnie, Herkunft oder Religion beruhen und sich nicht gegen allgemein anerkannte medizinische Ziele richten. Konflikte über Wertvorstellungen müssen außerdem respektvoll sowie sensitiv geklärt werden, sodass sich der Patient nicht in seinen eigenen normativen Überzeugungen verletzt sieht. Fraglich ist, ob diese Limitationen des Geltungsanspruchs ärztlicher COs ausreichend sind, oder aber, ob darüber hinaus die Forderung der *Conscientious Non-Objection* in Einzelfällen zu erheben ist. Jedenfalls sind die diskutierten Forderungen v.a. darauf ausgelegt, dass die COs durchaus *handlungsrelevant* für den Arzt sein können, jedoch keine vollständige *Praxisrelevanz* für die Versorgung des Patienten haben dürfen. So können die Gefahren der beiden extremen Positionen, nämlich die regelhaft notwendige Verletzung der moralischen Integrität des Arztes oder aber die Missachtung grundsätzlicher Patientenrechte in der Praxis, idealerweise vermieden werden.

Allerdings muss ein wesentlicher Kritikpunkt dieses Vermittlungsansatzes bedacht werden, der die Konsequenzen der Transferpflicht betrifft: Das Überweisen könnte für denjenigen Arzt, der den primär zurückgewiesen Patienten wunschgemäß behandelt, erhebliche Nachteile bergen. Dieser Stellvertreter müsste nämlich nicht nur objektiv mehr Arbeit und einen höheren Zeit-, vielleicht auch Kostenaufwand hinnehmen, sondern könnte auch ein Opfer sozialer Stigmatisierung werden: „In regions in which the service is legal but nevertheless widely condemned, clinicians who offer it may be subject to *social stigma*.“<sup>82</sup> ([91], S. 7) Ein Arzt, der im Gegensatz zu anderen Kollegen also moralisch strittige oder gesellschaftlich kontrovers angesehene, aber legale medizinische Handlungen praktiziert, könnte möglicherweise unter einer sozialen Diskreditierung und Ausgrenzung von der Gesellschaft leiden. Angesichts des großen Zuspruchs der Ärzte zum *Conventional Compromise* darf die Dimension dieser negativen Folgen für stellvertretende Ärzte sicherlich nicht unterschätzt werden. So hält Wicclair es für erforderlich, neben den wesentlich anhand der Patientenrechte begründeten Limitationen der Gewissensausübung des Arztes auch andere Einschränkungen der COs zu bedenken: „These include constraints in relation to employers, colleagues who are members of the same profession, and members of other professions.“ ([92], S. 118) Daher müsste der

---

<sup>82</sup> Hervorhebung NP.

Blickwinkel über den zurückgewiesenen Patienten hinaus ggf. auch auf indirekt beteiligte Dritte geöffnet werden.

#### 5.2.4 Beispielhafter Umgang mit ärztlichen *Conscientious Objections*: die ATS-Leitlinie

Abschließend soll ein Beispiel praxisnaher Guidelines – nämlich die offiziellen Empfehlungen der *American Thoracic Society* zum Umgang von Ärzten mit ihren Gewissensvorbehalten in der Intensivmedizin (s. Anhang) – analysiert werden und es soll überprüft werden, inwiefern die erforderlichen ethischen Limitationen der ärztlichen Gewissensausübung respektiert wurden und der konventionelle Kompromissvorschlag dabei konkretisiert wurde.

Zur Einordnung der zu analysierenden Guideline sei noch auf die groß angelegte systematische Übersichtsarbeit von Lemienegre et al. verwiesen, in der 19 Studien aus Amerika, Kanada, Belgien und den Niederlanden über ethische Richtlinien zu Entscheidungen am Lebensende eines Patienten ausgewertet wurden. Sie fanden heraus, dass die Richtlinien zum WH und WD in den genannten Ländern v.a. auf prozedurale Aspekte beschränkt seien, ethische Aspekte aber oft unberücksichtigt ließen. Ferner fanden sie heraus, dass die explizite Erwähnung von *Conscientious Objectons* nur in den Richtlinien zur aktiven Sterbehilfe und zum ärztlich assistiertem Suizid erfolgte, wobei diesbezüglich eine Verpflichtung zur Überweisung des Patienten im Falle von Gewissensbedenken gegen die Behandlung gefordert wurde (vgl. [52], S. 139).

Die nun zu diskutierende Leitlinie der ATS ist in ihrem Anwendungskontext sehr allgemein gehalten, d.h. nicht beschränkt auf eine bestimmte Vorgehensweise am Lebensende eines Patienten, und benennt jedoch deutlich auch *ethische* Gesichtspunkte.

Die *erste* Empfehlung spricht sich zugunsten einer Lösung ärztlicher COs mittels institutioneller Mechanismen anstelle individueller „ad hoc“-Entscheidungen des einzelnen Arztes aus, um Maßstäbe wie Fairness, Transparenz und Konsistenz in medizinischen Entscheidungssituationen zu gewährleisten. Dass durch solche institutionellen Regelungen größerer administrativer und zeitlicher Aufwand entstehen könnte, müsse in Kauf genommen werden ([53], S. 222). Voraussetzungen für die Praxis ärztlicher COs seien, so die *zweite* Empfehlung, dass dem betroffenen Patienten durch eine praktische Um-

setzung der ärztlichen Gewissensvorbehalte weder Informationen noch der Zugang zu medizinischen Leistungen verwehrt bleiben, dass diskriminierende Motive ausgeschlossen sind und dass andere Ärzte oder die Institution nicht erhebliche Nachteile haben ([53], S. 222). Der *dritte* Punkt lautet, dass ärztliche COs nie die *alleinige* Rechtfertigung für das Vorenthalten einer bestimmten medizinischen Handlung dem Patienten gegenüber sein dürften. Das „moral weight“ der COs stärker als das des autonomen Patientenwillens einzuschätzen, würde einen Missbrauch ärztlicher Autorität darstellen ([53], S. 223-224)]. Die *vierte* Empfehlung der Richtlinie spricht schließlich von einem offenen moralischen Dialog der Beteiligten in respektvollem Umgang, um *Moral Distress* zu vermeiden ([53], S. 224).

Für das konkrete Management etwaiger ärztlicher COs in der klinischen Praxis bedeutet dies nun Folgendes: *Erstens*, müssen Gewissensvorbehalte des Arztes prospektiv identifiziert und proaktiv angegangen werden, um Unannehmlichkeiten für Patient und Arzt zu vermeiden. *Zweitens*, muss ein unparteiischer Dritter, beispielsweise in Form eines Klinischen Ethikkomitees (KEK), über den konkreten Fall anhand der klinischen Fakten urteilen, zeitnah über einen Lösungsvorschlag diskutieren und dann eine beratende Funktion einnehmen. *Drittens*, müssen dem Patienten alle legalen medizinischen Optionen, die für ihn in Frage kommen, offengelegt werden. *Viertens*, muss der Transfer des Patienten an einen anderen Kollegen in die Wege geleitet werden, wobei diese Überweisung innerhalb derselben Institution oder in eine externe Einrichtung erfolgen könne. *Fünftens*, müsse für den Umgang mit etwaigen Beschwerden aller Beteiligten ein institutionelles Gremium bereitstehen. *Sechstens*, sollten Fälle ärztlicher COs auch retrospektiv evaluiert werden, um den effizienten und konsistenten Umgang mit ärztlichen Gewissensvorbehalten in der Praxis stetig verbessern zu können ([53], S. 224-226).

Diese praxisnahen Empfehlungen der *American Thoracic Society* liegen inhaltlich offensichtlich sehr nahe an den zuvor theoretisch erarbeiteten Aspekten zu den „limits to conscientious objection“ ([79], S. 25) im Rahmen des konventionellen Kompromissvorschlags ([14], S. 187): Um *Harms and Burdens* handlungsentscheidender COs für den Patienten zu vermeiden, müssen ärztliche Gewissensbedenken in der Praxis prospektiv identifiziert werden, eine Versorgung des Patienten mit medizinisch notwendigen Informationen über sämtliche legalen Optionen muss gewährleistet sein, diskriminierende Motive müssen ausgeschlossen werden, der Patient muss zeitgerecht an Kollegen über-

wiesen werden, usw. Die Stärke dieser Guideline liegt darin, diese Forderungen insofern zu konkretisieren, als sie die institutionellen Mechanismen, die bei einem ethisch angemessenen Umgang mit den ärztlichen COs in der Praxis hilfreich sein könnten, deutlich benennt und einen ‚Algorithmus‘ notwendiger Schritte beschreibt. Der Fokus wird von der 1:1-Situation zwischen dem Patienten mit seinen Behandlungswünschen und dem Arzt mit diesen Behandlungswünschen widersprechenden COs wegbewegt und auf die Institution ausgeweitet: KEKs sollen helfen, einen transparenten Rahmen für das Management ärztlicher COs zu schaffen und Willkür sowie Inkonsistenz in der Entscheidungssituation zu vermeiden. Prospektiv sollen mit Hilfe einer solchen unparteiischen multiprofessionalen Expertengruppe Schwierigkeiten im Umgang von Ärzten mit moralischen Bedenken aufgedeckt und retrospektiv die Fälle evaluiert werden.

Die Inhalte der diskutierten Guideline stimmen auch hoffnungsvoll, dass eine Etablierung institutioneller Mechanismen wie KEKs einen Beitrag dazu leisten kann, die Problembewältigung aus dem rein subjektiven und im individuellen Ermessen des jeweiligen Arztes liegenden Rahmen zu holen und eine konsistente Praxis anhand transparenter ethischer Maßstäbe zu ermöglichen.

So zeigt die Auseinandersetzung mit den Inhalten der Guideline v.a. auch, dass der Arzt mit seinen COs in der Praxis nicht isoliert betrachtet werden kann. Es ist ein System notwendig, in dem die Arzt-Patienten-Beziehung und die Entwicklung von Lösungsstrategien unter Einschluss Dritter, nämlich stellvertretender Kollegen und institutioneller Hilfestellungen, erfolgen können. Dies ist mit der *Kontextabhängigkeit* des Kompromissvorschlags gemeint. Jedenfalls kann als Resultat des ethischen Diskurses über einen adäquaten Umgang mit COs in der Praxis Folgendes resümiert werden: Die Kompromisslösung, wie sie offensichtlich mehrheitlich von der Ärzteschaft befürwortet wird, ist am ehesten kompatibel mit der Wahrung der Patientenautonomie einerseits und der moralischen Integrität des Arztes andererseits, sofern wesentliche ethische Limitationen der Gewissensausübung respektiert werden, d.h. v.a. die Transferpflicht besteht.

## 6. Zusammenfassung und Ausblick

Im Zentrum der hier dargestellten Debatte steht der Umgang mit ärztlichen Gewissensvorbehalten (engl. *Conscientious Objections*, COs) im Kontext von Therapielimitierung am Lebensende. Präziser formuliert geht es um Ärzte, die sich auf der Basis von COs weigern, lebenserhaltende Therapien zu reduzieren, abubrechen oder gar nicht erst zu beginnen, obwohl der betroffene Patient dies aktuell, vorausverfügt oder mutmaßlich wünscht. Einerseits wäre eine solche ‚passive‘ Sterbehilfe straf- wie berufsrechtlich und nach vorherrschender medizinethischer Auffassung eindeutig zulässig und ihre Verweigerung verstieße gegen das Selbstbestimmungsrecht des Patienten. Andererseits berufen sich betroffene Ärzte auf ihre individuellen Gewissensgründe und ihre subjektive Normativität, die nicht zu befolgen einer Verletzung ihrer moralischen Integrität gleichkäme. Wie ist damit umzugehen?

Bei genauerer Analyse hat sich gezeigt, dass die persönliche Verweigerung auf der Basis von COs entweder (i) direkt und eng aufgefasst werden kann oder (ii) mit der Annahme der *Causal Chain* bzw. *Moral Complicity* so verstanden werden kann, dass sie auf der Teilhabe an der Handlung im Allgemeinen ausgeweitet ist. Jedenfalls stellen die COs eine ‚Störung‘ der kohärenten Verbindung zwischen *Core Moral Beliefs* und äußerer Handlung dar. Im Anwendungskontext dieser Arbeit ist der den Patienten an dessen Lebensende begleitende Arzt Inhaber der COs und ihr Gegenstand die straf- und berufsrechtlich eindeutig zulässige ‚passive‘ Sterbehilfe durch Therapieabbruch, -verzicht oder -reduktion. Eine Abgrenzung ‚echter‘, d.h. auf aufgeklärter Überzeugung beruhender Gewissensvorbehalte von ‚COs im Irrtum‘ aufgrund juristischer Missverständnisse und terminologischer Unsicherheiten sowie emotionalen, psychologisch erklärbaren Bedenken erweist sich im Zusammenhang mit der ‚passiven‘ Sterbehilfe als notwendig. ‚Echte‘ COs zeichnen sich v.a. durch folgende Eigenschaften aus: Sie beruhen auf tiefgreifenden normativen „‚bottom-line‘ principles“ ([68], S. 32), sie sind in ihrer Argumentationsstruktur plausibel und kohärent, das Handeln gemäß den sittlichen Ansprüchen ist für den *Conscientious Objector* alternativ- bzw. kompromisslos und ihre Ausübung in der Praxis gewährt moralische Integrität, die – nicht nur nach meiner Auffassung – einen intrinsischen Wert trägt und eine für ein gutes sowie sinnhaftes Leben essentielle Disposition darstellt.

Die Recherche nach empirischen Evidenzen zu diesen ‚echten‘ COs des Arztes in der

Praxis war nur in Maßen ergiebig. Offensichtlich fehlen bislang groß angelegte Studien zu ärztlichen Gewissensbedenken, insbesondere im Kontext der ‚passiven‘ Sterbehilfe. Bei der Suche mussten viele Einschränkungen berücksichtigt werden, die insbesondere aus der Komplexität und Unschärfe des Begriffs der COs selbst resultieren. Es konnten zahlreiche Befunde zu ärztlichen Bedenken unterschiedlicher Natur herausgearbeitet werden, doch eine trennscharfe Untersuchung von ‚echten‘ Gewissensbedenken auf der Grundlage der voranstehenden Definitionen erwies sich als nicht trivial. Fokussiert man bei der Analyse der Studienergebnisse dann aber, soweit möglich, auf den praktischen Umgang mit ‚echten‘ ärztlichen COs, zeigt sich insbesondere Folgendes: Zwar äußern Ärzte deutlich den Anspruch, eigene normative Überzeugungen gegenüber professionellen Pflichten in ihrer Tätigkeit geltend machen zu dürfen und nicht gegen ihre persönlichen Gewissensgründe handeln zu müssen, doch sehen sie sich andererseits dazu verpflichtet, Patienten an stellvertretende Kollegen zu überweisen und so deren wunschgemäße Behandlung zu ermöglichen. Auf diese Weise wären die COs zwar handlungsleitend für den sich verweigernden bzw. sich der Situation entziehenden Arzt, nicht aber praxisentscheidend für den Patienten, der im Endergebnis dennoch seinen Wünschen entsprechend behandelt würde.

Im normativen Diskurs über den Umgang mit ärztlichen COs ist zunächst die in Ethik und Recht gängige Differenzierung zwischen normativ starken negativen Abwehr- und schwächeren positiven Anspruchsrechten des Patienten zwingend nötig. Der hohe normative Status des im Selbstbestimmungsrecht, d.h. im Recht auf die freie Entfaltung der eigenen Persönlichkeit und dem Recht auf körperliche Integrität, fußenden Abwehrrechts impliziert nämlich die Pflicht des Arztes, keine Behandlung gegen den Patientenwillen vorzunehmen, während positive Pflichten zur Gewährung von Anspruchsrechten, je nach Kontext, deutlich schwächer sein können. Für den Kontext der Therapielimitierung am Lebensende bedeutet diese normative Asymmetrie der Patientenrechte, dass der Arzt den Wunsch des Patienten nach ‚passiver‘ Sterbehilfe erfüllen *muss* und dass COs in diesem Rahmen *keine* Praxisrelevanz haben dürfen.

So stellt sich die entscheidende Frage, wie sich ein Arzt, der moralische Bedenken gegen das Behandlungslimit am Lebensende hat, dem es aber ethisch wie rechtlich verboten ist, diesen Patientenwunsch zu missachten, in der Praxis verhalten kann.

In der normativen Debatte, ob und wie gleichzeitig grundlegende Patientenrechte gewahrt und dem ärztlichen Gewissen dennoch ein gewisser Raum gegeben werden kann, lassen sich drei grundsätzliche Positionen aufzeigen: (1) die Inkompatibilitäts-Position, die COs vor dem Hintergrund unbedingter professioneller Pflichten des Arztes und mit dem Ziel einer gerechten sowie qualitativ guten Patientenversorgung verbietet; (2) der Gewissensabsolutismus, der dem Handeln des Arztes zugunsten seiner moralischen Integrität keine Grenzen setzt und praxisentscheidende COs uneingeschränkt zulässt, und (3) der schon genannte konventionelle Kompromissvorschlag des Überweisens des Patienten an einen anderen Arzt, dem der Ausgleich zwischen den widerstreitenden Interessen von Arzt und Patient näherungsweise gelingt und der einen praktikablen Lösungsansatz in der Konfliktsituation liefern kann. Nachteile für Patienten infolge der Gewissensausübung des Arztes müssen unbedingt vermieden werden. Dies soll u.a. durch eine prospektive Identifizierung sowie eine Vorab-Ankündigung etwaiger ärztlicher COs, durch das Schaffen einer adäquaten Informationsgrundlage über legale medizinische Optionen für den Patienten, durch dessen Überweisung an stellvertretende Ärzte, durch ein unbedingtes Befolgen anerkannter medizinischer Ziele und einen respektvollen Umgang mit den Wertvorstellungen Beteiligter erfolgen. Als zentrales Element dieser Kompromisslösung besteht in jedem Fall die Verpflichtung des Arztes zur Überweisung von Patienten, wie dies auch nach den empirischen Erhebungen in der Ärzteschaft größtenteils akzeptiert wird. Unter Beachtung wesentlicher Limitationen der ärztlichen Gewissensausübung in der Praxis, können gemäß diesem vermittelnden Ansatz jedenfalls Maßstäbe der Gerechtigkeit und Gleichheit in der Patientenversorgung sowie eine Haltung der Toleranz gegenüber der moralischen Diversität gewahrt werden. KEKs können in Krankenhäusern zudem helfen, einen transparenten sowie konsistenten Umgang mit den ärztlichen COs auf institutioneller Ebene zu etablieren. Ferner stellen institutionelle ethische Leitlinien zum Umgang mit ärztlichen Zweifeln bei der Sterbehilfe einen zielführenden Ansatz dar, um rechtliche Unsicherheiten sowie auch moralische Bedenken zu lösen. Sofern dem Geltungsanspruch und der Praxisrelevanz ärztlicher Gewissensgründe zugunsten der Wahrung grundsätzlicher Patientenrechte Grenzen gesetzt werden und eine institutionelle Strategie zum Umgang mit COs etabliert wird, kann die ärztliche Verweigerung aus ethischen Beweggründen mit der Erfüllung professioneller Pflichten also durchaus vereinbar sein.

Die große aktuelle Bedeutung der Thematik ärztlicher Gewissensbedenken und die mutmaßliche Zunahme ihrer Relevanz in der Zukunft können vielfältig begründet werden, was die Bedeutsamkeit der ethischen Debatte über den adäquaten Umgang mit den ärztlichen COs unterstreicht:

First, moral controversies in health care often concern questions of life and death, and may thus be of great moral significance. Second, advances in medical technology expand medicine's possibilities. Some new procedures will be morally controversial. Third, many western societies are experiencing increasing cultural, religious and moral pluralism. *Conscientious objection in health care may thus become more common.*<sup>83</sup> [54, S. 18]

Der zuerst genannte Punkt betrifft unmittelbar den Anwendungskontext dieser Arbeit, nämlich die moralisch signifikanten Fragen nach dem Leben und Sterben von Patienten, um „die Kultur und Humanität des Sterbens in der Obhut der Medizin“ ([63], S. 161). Die Tragweite dieses Diskurses beruht auf der Praxis des Durchführens oder Ausbleibens der Sterbehilfe im Klinikalltag. Die Aufgabe des Arztes bleibt es, ein humanes und würdevolles Sterben *in* der Medizin und *mit* der Medizin möglich zu machen, ein prolongiertes Leiden zu verhindern und bei allen Fragen am Lebensende stets die Patientenautonomie zu wahren. Ferner sind die Zunahme kultureller und religiöser Pluralität sowie moralischer Diversität und der medizinisch-technische Fortschritt als wichtige Kontextfaktoren ärztlicher COs anzusehen.

Darin sieht der US-Medizinethiker Wicclair, der sich prominent mit COs beschäftigt hat, auch die wesentliche Schwierigkeit sogenannter *CO-Policies* begründet: Wegen der Zunahme pluralistischer Denkweisen in der Gesellschaft und aufgrund der stetigen Weiterentwicklung der medizinischen Wissenschaft hält er es für undenkbar, zukünftige COs abzusehen und prospektiv zu regeln (vgl. [92], S. 132). Das leuchtet auch für Deutschland ein, bedeutet es doch, dass Ärzte ein stetig wachsendes Spektrum medizinischer Möglichkeiten erhalten, über deren sinnvolle und ethisch vertretbare Anwendung sie für den jeweiligen Patienten entscheiden müssen: „Allein schon wegen der weiter fortschreitenden Technik und der Vielfalt immer neuer Sachverhaltskonstellationen“ sehen der deutsche Medizinrechtler Verrel und der Medizinethiker Schmidt eine „völlige *Rechtssicherheit*“<sup>84</sup> des Arztes in der Entscheidungssituation am Lebensende

---

<sup>83</sup> Hervorhebung NP.

<sup>84</sup> Hervorhebung NP.

von Patienten sogar als unmöglich an ([87], S. 516). Diese wachsende Unsicherheit des potentiellen Sterbehelfers könnte gewiss auch in *ethischer* Hinsicht bestehen, wie dies von verschiedenen Ethikern international postuliert wird:

There is no global consensus on the ethical acceptability of many of the healthcare services such as abortion, contraception, and euthanasia that frequently give rise to *conscience-based refusals*.<sup>85</sup> ([91], S. 111)

Und:

Conscientious objection carries greater weight if the disputed medical procedure is widely regarded to be fraught with moral uncertainty. This may be the case for treatments based on *new technologies*.<sup>86</sup> ([54], S. 21)

Im Spektrum zwischen dem Anspruchsrecht des Patienten auf die neuesten Errungenschaften der Intensivmedizin einerseits und seinem Abwehrrecht bezüglich lebenserhaltender Maßnahmen der modernen Gerätemedizin andererseits, sind die Erwartungshaltung und der Wille des Patienten anzusiedeln, denen der Arzt, möglicherweise gegen eigenen Bedenken, Rechnung zu tragen hat.

Neben dem Zusammenhang von ärztlichen Bedenken und medizinisch-technischem Fortschritt sollte als Kontextfaktor ärztlicher COs auch die Veränderung und Weiterentwicklung rechtlicher Rahmenbedingungen berücksichtigt werden. Der US-amerikanische Bioethiker Wear lädt seine Leser z.B. dazu ein, sich auszumalen, wie man die Pflichten und Rechte von Ärzten beurteilen würde, sollte die Tötung auf Verlangen jemals juristisch legalisiert werden. Sollte man Ärzte in dieser hypothetischen Situation zwingen können, ‚aktive‘ Sterbehilfe gegen ihre normativen Überzeugungen zu leisten, oder wäre es legitim, wenn diese sich dann aus Gewissensgründen verweigern würden? (vgl. [88], S. 147 und S. 156) Der Gegenstand ärztlicher COs muss sich im Rahmen rechtlich legaler Vorgehensweisen bewegen. Wenn die Tötung auf Verlangen legalisiert würde, stellt sich die Frage, ob es sich bei den Vorbehalten des Arztes um eine persönliche Verweigerung im Einzelfall handeln würde mit dem Ziel, vor seinem Gewissen Zeugnis abzulegen und seine moralische Integrität bewahren zu können, oder eher um einen öffentlichen Protest, um eine rechtliche oder soziale Änderung zu bewirken, weil Zweifel an der Rechtmäßigkeit und Allgemeingültigkeit des neuen Gesetzes besteht. Hier wird abermals die wichtige Unterscheidung zwischen den COs (*Conscientious Objections*) und der CD (*Civil Disobediance*) deutlich, ebenso wie die

---

<sup>85</sup> Hervorhebung NP.

<sup>86</sup> Hervorhebung NP.

verschiedenen Rollen und Auswirkungen des ärztlichen Gewissens in der medizinischen Praxis.

In Ergänzung zur vermittelnden Position im ethischen Diskurs über den adäquaten Umgang mit ärztlichen COs (vgl. Kapitel 5.2.2) soll die „relational perspective“ ([15], S. 23) des Gewissens der US-amerikanischen Bioethikerin Buchbinder und ihrer Kollegen den ausblickhaften Abschluss dieser Arbeit bilden. Ihr Ansatz komplettiert nämlich den konventionellen Kompromissvorschlag durch die Betonung einer Arzt-Patienten-Beziehung, die auf gegenseitiger moralischer und persönlicher Wertschätzung beruht. Buchbinder et al. sehen die Rolle des ärztlichen Gewissens in der medizinischen Praxis als „positive productive force“ und sprechen sich deutlich *gegen* eine Deutung des Gewissensbegriffs ausschließlich im Kontext einer „ethics of refusal“ aus (vgl. [15], S. 22). Für ihr Anliegen, nämlich die „dichotomy between conscientious refusal and morally compromised action“ ([15], S. 24) zu überwinden, ist eine Gleichstellung von negativen und positiven Gewissensansprüchen, also von „conscientious non-treatment and conscientious treatment“ ([94], S. 226) vorausgesetzt. Wie auch Wicclair der „*Moral Asymmetrie Thesis (MAT)*“<sup>87</sup> widerspricht, halten Buchbinder et al. einen selektiven Schutz der *Verweigerung* aus Gewissensgründen für *nicht* gerechtfertigt. Vielmehr solle auch bedacht werden, dass ein Arzt auf der Grundlage ethischer Motive medizinische *Handlungen* ausführt ([92], S. 219 und S. 222-223). Damit die COs eine ‚positive Kraft‘ sein könnten, müssen – so Buchbinder et al. – die „relational perspective“ ([15], S. 23) des Gewissens jedenfalls gestärkt und „*the role of relationship and mutual responsibilities*“ gefördert werden<sup>88</sup> (vgl. [15], S. 23). Aus dieser Perspektive könnten COs positive Momente der Interaktion zwischen Arzt und Patienten ermöglichen, im Sinne von Verantwortung, Wertschätzung und Fürsorge anstelle von Zurückweisung und Verweigerung. Wenn der konventionelle Kompromissvorschlag durch dieses Beziehungskonzept zwischen Arzt und Patient ergänzt wird, kann er meiner Meinung nach eine angemessene Umgangsweise mit ärztlichen COs in der Praxis darstellen. Auf dieser Grundlage kann auch folgendem Zitat begegnet werden:

Conscientious-based refusals should be a ‚*shield*‘ to protect individual physicians from being compelled to violate their core moral belief rather than a

---

<sup>87</sup> Hervorhebung durch Autor.

<sup>88</sup> Hervorhebung NP.

*„sword“* to force their beliefs onto patients.<sup>89</sup> ([89], S. 1804)

Entgegen der Metapher der COs als ‚Schwert‘ oder ‚Schild‘ sollte es also *weder* um eine die Patientenrechte verletzende Gewissensbefolgung des Arztes („sword“), *noch* um einen rein defensiven Modus der Gewissensgründe („shield“) gehen. Aus medizin-ethischer Sicht kann nämlich in der Zusammenschau von konventionellem Kompromissvorschlag und Buchbinders relationalem Gewissensbegriff eine durchaus positive Bewertung der Rolle ärztlicher COs in der klinischen Praxis vorgenommen werden. Bei der dennoch notwendigen Erörterung all der Schwierigkeiten und Problematiken im Umgang mit ‚echten‘ Gewissensvorbehalten, die zu einer ärztlichen Verweigerung führen können, sollte Folgendes nicht vergessen werden: Aus dem Gewissen erwachsende Beweggründe des Arztes können auch als Chance aufgefasst werden, indem sie statt zu *Refusal*, in einer angemessenen, zielführenden Umgangsweise auch zu *Care* führen könnten.

---

<sup>89</sup> Hervorhebung NP.

## 7. Literaturverzeichnis

1. Albisser Schleger H., Pargger H., Reiter-Theil S.: „Futility“ - Übertherapie am Lebensende? Gründe für ausbleibende Therapiebegrenzung in Geriatrie und Intensivmedizin. *Zeitung für Palliativmedizin*. Thieme Verlagsgruppe. Stuttgart. 9/2008. S. 67-75.
2. Antiel R.M., Katherine M.H., Tilburt J.C.: Spanning our differences: moral psychology, physician beliefs, and the practice of medicine. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*. BioMed Central. The Open Access Publisher. 2014. S. 1-10.
3. Asch D.A.: Why Do Physicians Prefer to Withdraw Some Forms of Life Support over Others? Intrinsic Attributes of Life-Sustaining Treatments Associated with Physicians' Preferences. *Medical Care*. Lippincott Williams & Wilkins. 34/1996. S. 103-111.
4. Baberg H.T.: Behandlungsgebot und Behandlungsbegrenzung. Einfluss des Patientenwillens und Prioritäten in der palliativen Versorgung. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. Georg Thieme Verlag. Stuttgart. 127/2002. S. 1690-1694.
5. Bartels S.: Wie hilfreich sind „ethische Richtlinien“ im Einzelfall? Eine vergleichende kasuistische Analyse der Deutschen Grundsätze, Britischen Guidelines und Schweizerischen Richtlinien zur Sterbebegleitung. *Ethik in der Medizin*. Springer-Verlag GmbH. Stuttgart. 17/2005. S. 191-205.
6. Beck S., van de Loo A., Reiter-Theil S.: A „little bit illegal“? Withholding and withdrawing of mechanical ventilation in the eyes of German intensive care physicians. *Medicine, Health Care and Philosophy. A European Journal*. Springer-Verlag GmbH. Stuttgart. 2008. S. 7-16.
7. Birnbacher D.: Die ärztliche Beihilfe zum Suizid in der Standesethik. In: *Aktive und passive Sterbehilfe. Medizinische, rechtswissenschaftliche und philosophische Aspekte*. Herausgegeben von Thiele F. Wilhelm Fink Verlag. München. 2010. 2. Auflage. S. 117-134.
8. Birnbacher D.: Sterbehilfe - Eine philosophische Sicht. In: *Aktive und passive Sterbehilfe. Medizinische, rechtswissenschaftliche und philosophische Aspekte*. Herausgegeben von Thiele F. Wilhelm Fink Verlag. München. 2010. 2. Auflage. S. 31-42.
9. Birnbacher D.: Vulnerabilität und Patientenautonomie - Anmerkungen aus medizinethischer Sicht. *Medizinrecht*. Springer-Verlag GmbH. Stuttgart. 2012. S. 560-565.
10. Borasio G.D., Weltermann B., Voltz R., Reichmann H., Zierz S.: Einstellungen zur Patientenbetreuung in der letzten Lebensphase. Eine Umfrage bei neurologischen Chefarzten. *Der Nervenarzt*. Springer Medizin Verlag. München. 57/2004. S. 1187-1193.
11. Bosshard G.D.: *Medizinethische Überlegungen zur aktuellen Diskussion um die Regelung von Sterbehilfe in der Schweiz*. Zürich. 2001. Diplomarbeit im Rahmen des Masterstudiengangs zur angewandten Ethik an der Universität Zürich.
12. Bosshard G.D., Faisst K., Fischer S., Minder R., Zellweger U., Tschopp A., Gutzwiller F., Bär W.: *Begrenzung lebenserhaltender Maßnahmen bei Patienten am Lebensende in der deutschsprachigen Schweiz - Resultate einer Todesfallstudie*. Deutsche Medizin-

- sche Wochenschrift. Thieme Verlagsgruppe. Stuttgart. 2005. S. 2887-2892.
13. Brauer S., Yoon J.D., Curlin F.A.: US primary care physicians' opinions about conscientious refusals: a national vignette experiment. *Journal of Medical Ethics*. BMJ Publishing Group. London. 7/2015. S. 80-84.
  14. Brock, D.W.: Conscientious refusal by physicians and pharmacists: Who is obligated to do what, and why? *Theoretical Medicine and Bioethics*. 29/2008. S. 187-200.
  15. Buchbinder M., Lassiter D., Mercier R., Bryant A., Drapkin Lyerly A.: Reframing Conscientious Care. Providing Abortion Care When Law and Conscience Collide. Hastings Center Report. April-Mai 2016. S. 22-30.
  16. Bülow H.H., Sprung C.L., Baras M., Carmel S., Svantesson M., Benbenitsy J., Maia P.A., Beihuizen A., Cohen S., Nalos D.: Are religion and religiosity important to end-of-life-decisions and patient autonomy in the ICU? The Ethicatt Study. *Intensive Care Medicine*. Springer International Publishing AG. 38/2012. S. 1126-1133.
  17. Buschhausen L.: Nierenersatztherapie - Überlegungen zum Umgang mit dem Wunsch nach einem Therapieabbruch. Masterarbeit am Institut für Geschichte, Theorie und Ethik in der Medizin der Universitätsmedizin der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz. 2014.
  18. Butler J.: *Five Sermons Preached at the Rolls Chapel and a Dissertation Upon the Nature of Virtue*. Hackett. Indianapolis. 1983.
  19. Chavkin W., Leitman L., Polin K.: Conscientious objection and refusal to provide reproductive healthcare: A white paper examining prevalence, health consequences, and policy responses. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. Elsevier Verlag. Amsterdam. 123/2013. S. 41-56.
  20. Childress J.: *Civil Disobedience, Conscientious Objection and Evasive Noncompliance: A Framework for the Analysis and Assessment of Illegal Actions in Healthcare*. The Journal of Medicine and Philosophy. Reidel Publishing Company. Dordrecht. 10/1985. S. 63-83.
  21. Combs M.P., Antiel R.M., Tilburt J.C., Mueller, P.S., Curlin, F.A.: Conscientious refusals to refer: Findings from a national physician survey. *Journal of Medical Ethics*. BMJ Publishing Group. London. 07/2011. S. 397-401.
  22. Cook D.J., Guyatt G.H., Jaschke R., Reeve J., Spanier A., King D., Molloy D.W., Willan A., Streiner D.L.: Determinants in Canadian Health Care Workers of the Decision to Withdraw Life Support from the Critically Ill. *The Journal of the American Medical Association*. 273/1995. S. 703-708.
  23. Cook R., Dickens B.M.: The Growing Abuse of Conscientious Objection. *The Virtual Mentor*. American Medical Association. 8/2006. S. 337-340.
  24. Cugliari A.M., Miller T.E.: Moral and Religious Objections by Hospitals to Withholding and Withdrawing Life-sustaining Treatment. *Journal of Community Health*. Human Sciences Press. New York. 19/1994. S. 87-100.

25. Curlin F.A., Nwodim C., Vance J.L., Chin M.H., Lantos J.D.: To Die, to Sleep: US physicians' Religious and other Objections to Physician Assisted Suicide, Terminal Sedation, and Withdrawal of Life-Support. *American Journal of Hospice and Palliative Care*. Sage Publications. 25/ 2008. S. 115-120.
26. Danis M.: Stopping Artificial Nutrition and Hydration at the End of Life. *UpToDate*. Wolters Kluwer. 09/2015.
27. Davis J.: Conscientious Refusal and a Doctor's Right to Quit. *Journal of Medicine and Philosophy*. Taylor and Francis Ltd. London. 29/2004. No.1. S. 75-91.
28. Dirksen H.: Patientenwille und ärztliches Gewissen - das Selbstbestimmungsrecht in Gefahr? *Gesundheitsrecht*. Verlag Dr. Otto-Schmidt. GBI-Genios Deutsche Wirtschaftsdatenbank GmbH. Köln. 4/2004. S. 124-129.
29. Ericson-Lidman E., Strandberg G.: Dealing with troubled conscience in municipal care of older people. *Nursing Ethics. An international Journal for Health Care Professionals*. Sage Publishing. 20/2013. S. 300-311.
30. Farber N.J., Simpson P., Salam T.: Physicians' Decisions to Withhold and Withdraw Life-Sustaining treatment. *Archives of Internal Medicine Journal*. American Medical Association. 166/2006. S. 560-564.
31. Fischer Grönlund C., Dahlqvist V., Söderberg A.: Feeling trapped and being torn: Physicians' narratives about ethical dilemmas in hemodialysis care that evoke a troubled conscience. *BMC Medical Ethics*. 12/2011. S. 8.
32. Flannery L., Ramjan L.M., Peters K.: End-of-life-decisions in the Intensive Care Unit (ICU)-Exploring the experiences of ICU nurses and doctors - A critical literature review. *Australian Critical Care*. Elsevier Verlag. Amsterdam. 29/2016. S. 97-103.
33. Fuchs M.: Sterbehilfe und selbstbestimmtes Sterben - Zur Diskussion in Mittel- und Westeuropa, den USA und Australien. Broschürenreihe der Konrad-Adenauer-Stiftung. Sankt Augustin / Berlin. 2006. S. 7-116.
34. Glasberg A.L., Eriksson S., Norberg A.: Burnout and Stress of Conscience among healthcare personnel. *Journal of Advanced Nursing*. Original Research. Blackwell Publishing Ltd. Hoboken, New Jersey. 2006. S. 393-403.
35. Graumann S.: Zulässigkeit später Schwangerschaftsabbrüche und Behandlungspflicht von zu früh und behindert geborenen Kindern - ein ethischer Widerspruch? *Ethik in der Medizin*. Bd. 23. 2011. Springer-Verlag GmbH. Stuttgart. S. 123-134.
36. Griffith L., Cook D., Hanna S., Rucker G., Sjøkvist P., Dodek P., Marshall J., Levy M., Varon J., Finfer S., Jaeschke R., Buckingham L., Guyatt G.: Clinician discomfort with life support plans for mechanically ventilated patients. *Intensive Care Medicine*. Springer-Verlag. Vol. 30. 2004, S. 1783-1790.
37. Haidt J.: *The Righteous Mind. Why Good People are Divided by Politics and Religion*. Pantheon Books. New York. 2012.

38. Hill, T.E.Jr.: Four Conceptions of Conscience. In: Integrity and Conscience (Nomos XL). Herausgegeben von: Shapiro I., Adams, R.: New York University Press. New York. 1998. S. 13-52.
39. Hinkka H., Kosunen E., Lammi U.K., Metsanoja R., Puustelli A., Kellokumpu-Lethinen P.: Decision making in terminal care: a survey of Finish doctors' treatment decisions in end-of-life scenarios involving a terminal cancer and a terminal dementia patient. Palliative Medicine. Sage Publications. 16/2002. S. 195-204.
40. Hinkka H., Kosunen E., Lammi U.K., Kellokumpu-Lethinen P.: Factors affecting physicians' decisions to life-sustaining treatments in terminal care. Journal of Medical Ethics. BMJ Publishing Group. London. 28/2002. S. 109-114.
41. Hübner D.: Rechtstypen und Pflichtentypen in der biomedizinischen Ethik. Über Abwägungskonstellationen beim Embryonenschutz. In: Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik. Herausgegeben von: Hoonefelder L., Streffer C., Gethmann C.F. De Gruyter. Berlin. 10/2004. S. 65-93.
42. Hüsebo S.: Palliativmedizin. Grundlagen und Praxis. Springer Medizin Verlag. Heidelberg. 5. Auflage. 2009. S. 77-78.
43. Ilkic I.: Kulturelle Aspekte bei ethischen Entscheidungen am Lebensende und interkulturelle Kompetenz. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz. Springer-Verlag GmbH. Stuttgart. 8/2008. S. 857-864.
44. Jox R.J., Winkler E.C., Borasio G.D.: Änderung des Therapieziels am Lebensende: Effekte einer Klinikleitlinie. Deutsche Medizinische Wochenschrift. Georg Thieme Verlag. Stuttgart, New York. 137(16)/2012. S. 829-833.
45. Jox R.J., Schaidler A., Marckmann G., Borasio G.D.: Medical futility at the end of life: the perspectives of intensive care and palliative care clinicians. Journal of Medical Ethics. BMJ Publishing Group. London. 38/2012. S. 540-545.
46. Kant I.: Grundlegung zur Metaphysik der Sitten. Ausgabe der Preußischen Akademie der Wissenschaften. Berlin. 1900. AA 4.
47. Kirschner R., Elkeles T.: Ärztliche Handlungsmuster und Einstellungen zur Sterbehilfe in Deutschland. Das Gesundheitswesen. Thieme Verlagsgruppe. Stuttgart. 60/1998, S. 247-253.
48. Kreß H.: Gesundheitsschutz als normatives Kriterium der Medizinethik. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz. Springer Medizin Verlag. München. 2008. S. 809-817.
49. Laufs A.: Zur Entwicklung des Arztberufs im Spiegel des Rechts. Der Anästhesist. Springer-Verlag GmbH. Stuttgart. 53/2004. S. 1231-1238.
50. Lawrence R.E.: Conscientious objection and its social context. Journal of Medical Ethics. BMJ Publishing Group. London. 8/2013.

51. Lawrence R.E. et al.: Physicians' Beliefs about Conscience in Medicine: A National Survey. *Academic Medicine*. Association of American Medical Colleges. 84/2009. S. 1276-1282.
52. Lemienegre J., de Casterlé B.D., Van Craen K., Schotsmans P., Gastmans C.: Institutional ethics policies on medical end-of-life decisions: A literature review. *Health Policy*. Elsevier Verlag. Amsterdam. Vol. 83. 2007. S. 131-143.
53. Lewis-Newby M., Wicclair M., Pope T., Rushton C., Curlin F., Diekema D., Durrer D, Ehlenbach W., Gibson-Scipio W., Glavan B., Langer R.L., Manthous C. Rose C., Scardella A., Shanawani H., Siegel M.D., Halpern S.D., Truog R.D., White D.B.: An Official American Thoracic Society Policy Statement: Managing Conscientious Objection in Intensive Care Medicine. *American Journal for Respiratory and Critical Care Medicine*. 119/2015. S. 219-227.
54. Magelssen M.: When should conscientious objections be accepted? *Journal of Medical Ethics*. BMJ Publishing Group. London. 38/2012. S. 18-21.
55. Marckmann G.: Entscheidungen am Lebensende. Lebensverlängerung um jeden Preis? Vortragsskript. Ärztliche Fortbildung. Kliniken Südostbayern AG. Klinikum Traunstein. 2013. S. 1-25
56. McFall L.: Integrity. *Ethics*. The University of Chicago Press. Vol. 98, No. 1. 1987. S. 5-20.
57. Melltorp G., Nilstun T.: The difference between withholding and withdrawing life-sustaining treatment. *Intensive Care Medicine*. Springer-Verlag. 23/1997. S. 1264-1267.
58. Mittelstraß J.: Sterben in einer humanen Gesellschaft oder: Wem gehört das Sterben? In: *Aktive und passive Sterbehilfe. Medizinische, rechtswissenschaftliche und philosophische Aspekte*. Herausgegeben von Thiele F. Wilhelm Fink Verlag. München. 2010. 2. Auflage. S. 51-66.
59. Möller T., Grabensee B., Frister H.: Passive Sterbehilfe - die ärztliche Entscheidung im Spiegel der Rechtslage. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. Georg Thieme Verlag KG Stuttgart, New York. 133/2008. S. 1059-1063.
60. Palda V.A., Bowmann K.W., McLean R.F., Chapman M.G.: „Futile“ Care: Do we provide it? Why? A semistructured, Canada-wide survey of intensive care unit doctors and nurses. *Journal of Critical Care*. Elsevier Verlag. Amsterdam. 20/2005. S. 207-213.
61. Reiner H.: Gewissen. In: *Historisches Wörterbuch der Philosophie*. Bd. 3. Wissenschaftliche Buchgesellschaft. Darmstadt. 1974. Sp. 574-592.
62. Reiter-Theil S.: The ethics of end-of-life decisions in the elderly: deliberations from the ECOPE study. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*. Elsevier Verlag. Amsterdam. 2003. Vol. 17. No. 2. S. 273-287.
63. Reiter-Theil S., Träbert S., Lange D., Hiddemann W.: Sterben und Sterbehilfe. Problemwahrnehmung von Ärzten und Pflegenden in der Onkologie - Ergebnisse einer In-

- tervwestudie. Der Onkologe. Springer-Verlag GmbH. Stuttgart. 9/2003. S. 153-161.
64. Ricciardi M.: Die ethische Diskussion um Entscheidungen am Lebensende in Deutschland und Israel. Ein Kulturvergleich zu Einstellungen und Handlungsmustern bei medizinischem Fachpersonal und Laien. Göttingen. 2004. Dissertation aus dem Institut für Ethik und Geschichte der Medizin der Medizinischen Fakultät der Universität Göttingen. S. 1-119.
  65. Roxin C., Schroth U.: Indizierte und nicht indizierte ärztliche Eingriffe - Grundlagen. Handbuch des Medizinstrafrechts. Richard Boorberg Verlag GmbH & Co KG für Wolters Kluwer Deutschland GmbH. Alphen aan den Rijn. 4. Auflage, 2010. S. 393-406.
  66. Savulescu J.: Conscientious Objection in Medicine. Journal of Medical Ethics. BMJ Publishing Group. London. 332/2006. S. 294-297.
  67. Scheilke C.T., Schweitzer F.: Religion, Ethik, Schule. Bildungspolitische Perspektiven in der pluralen Gesellschaft. Waxmann. Münster / New York / München / Berlin. 1999. S. 115-127.
  68. Scherkose G.: Whither Integrity I: Recent Faces of Integrity. Philosophy Compass. Blackwell Publishing Ltd. Hoboken, New Jersey. 2013. S. 28-39.
  69. Schildmann J., Hoetzel J., Baumann A., Mueller-Busch C., Vollmann J.: Limitation of treatment at the end of life: an empirical ethical analysis regarding the practices of physician members of the German Society for Palliative Medicine. Journal of Medical Ethics. BMJ Publishing Group. London. 37 / 2011. S. 327-332.
  70. Schobersberger W., Fries D., Hasibeder W., Schwamberger H., Klingler A., Antretter V., Kofler A., Hackl J.M.: Durchführung therapielimitierender Maßnahmen an intensivmedizinischen Stationen. Therapieabbruch, Therapieverzicht, Therapiereduktion an den Intensivmedizinischen Abteilungen der Uniklinik Innsbruck. Wiener Klinische Wochenschrift 111/19 Springer-Verlag GmbH. Stuttgart. 1999. S. 802-809.
  71. Schöne-Seifert B.: Einführung in die Medizinethik. Skript zum Grundkurs Ethik im Rahmen von GTE. WWU Münster. Sommersemester 2014.
  72. Schüklenk U.: Conscientious Objection in Medicine: private ideologic convictions must not supercede Public Service. Wiley-Blackwell. 29/2015. S. 1-4.
  73. Simon A.: Betreuungsgerichtliche Genehmigung der stellvertretenden Einwilligung in den Behandlungsabbruch. Kommentar zum Beschluss des BGH vom 29.7.2014 aus Sicht eines klinischen Medizinethikers. Zeitschrift für Medizinstrafrecht. C.F. Müller GmbH. Heidelberg. 4/2015. S. 214-217.
  74. Simon A.: Formen der Sterbehilfe und ihre rechtliche Bewertung. Entscheidungen am Lebendende. In: Praktische Ethik der Neuromedizin. Herausgegeben von: Erbguth F., Jox R.J. Springer-Verlag GmbH. Stuttgart. 2016. S. 1-10.
  75. Solomon M.Z., O'Donnell L., Jennings B., Guilfooy V., Wolf S.M., Nolan K., Jackson R., Koch-Weser D., Donnelly S.: Decision Near the End of Life: Professional Views on Life-Sustaining Treatments. American Journal of Public Health. American Public

- Health Association. 83/1993. S. 12-32.
76. Sprung C.L., Coehen S.L., Sjokvist P., Baras M., Bulow H.H., Hovilheto S., Ledoux D., Lippert A., Maia P., Phelan D., Schobersberger W., Wennberg E., Woodcock T.: End-of-Life Practices in European Intensive Care Units. The Ethicus Study. The Journal of the American Medical Association. 290/2003. S. 790-797.
  77. Sprung C.L. et al.: Seeking Worldwide Professional Consensus on the Principles of End-of-Life Care for the Critically Ill. The Consensus for Worldwide End-of-Life Practice for Patients in Intensive Care Units (WELPICUS) Study. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine. Vol. 190. 8/2014. S. 855-866.
  78. Strech D., Synofzik M., Marckmann G.: Systematic review of empirical bioethics. Journal of Medical Ethics. BMJ Publishing Group. London. 2007. S. 472-477.
  79. Strickland S.: Conscientious objection in medical students: a questionnaire study. Journal of Medical Ethics. BMJ Publishing Group. London. 7/2011. S. 22-25.
  80. Sulmasy D.P.: What is conscience and why is respect for it so important? Theoretical Medicine and Bioethics. Springer Science and Business Media. 29/2008. S. 135-149.
  81. Tilburt J.C., James K.M., Jenkins S.M., Antiel R.M., Curlin F.A., Rasinski K.A.: „Righteous Minds“ in Health Care: Measurements and Explanatory Value of Social Intuitionism in Account for the Moral Judgments in a Sample of U.S. Physicians. Plos One. 8/2013. S. 1-8.
  82. Van Aken H.K.: Der Arzt in der Entscheidung zwischen Therapiefortführung und Therapiereduktion bzw. Therapieabbruch. Anästhesiologie und operative Intensivmedizin des Uniklinikum Münster. Vorlesungsskript.
  83. Van Aken H., Jahn U.R.: Intensivmedizin. Georg Thieme Verlag. Stuttgart, New York. 2007. 2. Auflage.
  84. Van McCrary S., Swanson J.W., Perkins H.S., Winslade W.J.: Treatment Decisions for Terminal Ill Patients: Physicians' Legal Defensiveness and Knowledge of Medical Law. The Journal of Law, Medicine and Health Care. John Wiley & Sons. 20/1992. S. 364-376.
  85. Van Oorschot B., Lipp V., Tietze A., Nickel N., Simon A.: Einstellung zur Sterbehilfe und zu Patientenverfügung. Ergebnisse einer Befragung von 727 Ärzten. Deutsche Medizinische Wochenschrift. Thieme Verlagsgruppe. Stuttgart. 130/2005. S. 261-265.
  86. Van Oorschot B., Simon A.: Entscheidungen am Lebensende. Psychologie und Gesellschaftskritik. GBI-Genios Deutsche Wirtschaftsdatenbank GmbH. München. 126,127/2008. S. 39-53.
  87. Verrel T. und Schmidt K.W.: Sterbehilfe und Sterbebegleitung. Eine Orientierungshilfe zur ärztlichen Entscheidungsfindung aus juristischer und medizinethischer Sicht. Hessisches Ärzteblatt. Deutscher Ärzteverlag GmbH. Köln. 8/2012. S. 501-502 und 512-516.

88. Wear S., Lagaipa S., Logue G.: Toleration of Moral Diversity and the Conscientious Refusal by Physicians to Withdraw Life-Sustaining Treatment. *The Journal of Medicine and Philosophy*. Kluwer Academic Publishers, Dordrecht. 19/1994. S. 147-159.
89. White D.B.: Would Accomodating Some Conscientious Objections by Physicians Promote Quality in Medical Care? *The Journal of the American Medical Association*. Vol. 305. 5/2011. S. 1804-1805.
90. Wicclair M.R.: Consciene. *The International Encyclopedia of Ethics*. Blackwell Publishing Ltd. Hoboken, New Jersey. 2013. S. 1-12.
91. Wicclair M.R.: Conscientious Objections. *Encyclopedia of Global Bioethics*. Springer Science and Business Media Dordrecht. 2014. S. 1-13.
92. Wicclair M.R.: *Conscientious Objection in Health Care*. Cambridge University Press. 2011.
93. Wilkinson D.: Conscientious Non-Objection in Intensive Care. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*. Cambridge University Press. 01/2017. S. 132-142.
94. Wilkinson D.: Rationing Conscience. *Journal of Medical Ethics*. 43/2017. BMJ Publishing Group. London. S. 226-229.
95. Winkler E.C.: Therapieverzicht gegen den Patientenwillen? *Ärzteblatt Baden-Württemberg*. Gentner Verlag. Stuttgart. 04/2012. S. 140-144.

#### Allgemeine Literatur und Internetquellen

96. Der Bundesminister der Justiz: *Bundesgesetzblatt*. Bundesanzeiger-Verlag-GmbH. Bonn/Köln. Nr. 36. S. 657.
97. Grundsätze der BÄK zur ärztlichen Sterbebegleitung. *Deutsches Ärzteblatt*. Jg.108. Deutscher Ärzte Verlag GmbH. Köln. 2011. S. 346-348.
98. Musterberufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte - MBO-Ä 1997 in der Fassung des Beschlusses des 118. Deutschen Ärztetages 2015 in Frankfurt am Main. *Deutsches Ärzteblatt*. 10.3238. S. 1-9.
99. Bundesgerichtshof. Mitteilung der Pressestelle. Abbruch lebenserhaltender Behandlung auf Grundlage des Patientenwillens ist nicht strafbar. Karlsruhe. 2 StR 454/09. 2010.
100. <http://www.gesetze-im-internt.de>. Fassung August 2019. Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland. *Bundesgesetzblatt Teil III*. S. 1-51.
101. <http://www.clearinghouse.edu.tum.de/glossar/narrativer-review/> Fassung von November 2017.
102. <http://bioethics.pitt.edu/people/mark-r-wicclair-phd>. Fassung von Januar 2018.

103. <http://www.djt.de>. 66. Deutscher Juristentag. Stuttgart 19 bis 22. September 2006.  
Fassung von September 2018.
104. <http://www.drze.de>. Sterbehilfe. Rechtliche Regelungen. Bonn. Fassung von März  
2016.

## 8. Abkürzungsverzeichnis

---

<b>CO</b>	Conscientious Objection
<b>CD</b>	Civil Disobedance
<b>WD</b>	Withdrawing Treatment
<b>WH</b>	Withholding Treatment
<b>KEK</b>	Klinisches Ethikkomitee
<b>BÄK</b>	Bundesärztekammer
<b>MBO</b>	Musterberufsordnung
<b>StGB</b>	Strafgesetzbuch
<b>BGH</b>	Bundesgerichtshof

---

## 9. Danksagung

Zu allererst möchte ich mich sehr herzlich bei meiner Erstbetreuerin Frau Prof. Dr. Schöne-Seifert für ihre Unterstützung, ihre Ratschläge beim Schreiben, ihre Literaturvorschläge und auch für ihre Geduld bei der fast dreijährigen Betreuung bedanken.

Ebenso großer Dank gilt meinem Zweitbetreuer Herrn Prof. Dr. Simon, dessen Anmerkungen zu meinen Texten von Anfang an eine große Hilfe waren, und mich schrittweise zur endgültigen Version geführt haben. Dies gilt insbesondere für zahlreiche Emails zum Kapitel über den rechtlichen Rahmen der Sterbehilfe.

Außerdem möchte ich mich auch bei Susanne Raphael aus Göttingen für ihre hilfreiche Unterstützung bei der Pubmed-Recherche sehr herzlich bedanken.



## 11. Anhang

- a) Tabellarische Übersicht zu Studien und Übersichtsarbeiten über die Einflussfaktoren auf die ärztliche Therapieentscheidung am Lebensende und über Gewissensvorbehalte gegen die Behandlungsbegrenzung (Kapitel 4)

Autoren (Jahr)	Fragestellung(en) und Methode der Studie	Probanden / Studienkollektiv	wichtigste Ergebnisse zu ärztlichen Bedenken und COs gegenüber WH und WD lebenserhaltender Therapiemaßnahmen bei terminal kranken Patienten
<b>Antiel et al. (2014)</b>	Fragebogen zu moralischen Bedenken gegen die Sterbehilfe sowie Haidts Moral Foundation Questionnaire (MFQ 30)	1032 US-amerikanische Ärzte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 33 % starke moralische Bedenken, 30 % moderate Vorbehalte, 33% keine COs bezüglich der Sterbehilfe (keine Präzision: welche Form?)</li> <li>• größter Unterschied in Bewertung der Kategorie „sanctity/degradation of life“ zwischen Befürwortern und Kritikern der Sterbehilfe</li> <li>• vergleichbares Ergebnis bei Frage nach ärztlichem Schwangerschaftsabbruch</li> <li>➔ psychologischer Erklärungsansatz ärztlicher Vorbehalte (Deutung der Autoren)</li> </ul>
<b>Cugliari und Miller (1994)</b>	Fragebogen mit 12 klinischen Fallkonstellationen, Fragen zu Einflussfaktoren auf COs gegen das WH und WD von Behandlungen am Lebensende und zur Rolle von institutionellen ‚Gewissensklauseln‘	medizinisches Personal in 243 Krankenhäuser im New York State (medizinische und pflegerische Direktion, Verwaltung)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ärztliche COs gegen die Therapiebegrenzung bei „terminally ill“ &lt; „permanently unconscious“ &lt; „severely debilitated patients“ (patientenbezogener Einflussfaktor auf ärztliche Bedenken)</li> <li>• COs gegen WH &lt; WD (Handlungsmodus des Sterbehelfers) z.B. 4 % vs. 11 % bei mechanischer Beatmung ...</li> <li>• institutionelle COs gegen die Therapiebegrenzung bei 41 % religiöser Häuser</li> <li>• „written policy“ über institutionellen Gewissensvorbehalte nur in 10 %</li> <li>➔ Kritik am informellen Vorgehen, Forderung prozeduraler Regelung von CO</li> </ul>
<b>Brauer et al. (2015)</b>	Fragebogen zur Einstellung von Ärzten gegenüber der Verpflichtung zur Überweisung im Falle von COs gegen Patientenwünsche	1504 US-amerikanische „primary care“-Ärzte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recht zur Verweigerung, aber Verpflichtung zur Überweisung des Patienten im Falle eigener COs gegen medizinische Maßnahme (75 %)</li> <li>• Assoziation zwischen empfundenem Recht zur Verweigerung aufgrund eigener COs und Religiosität der Ärzte (OR 2,2)</li> </ul>

<b>Combs et al. (2011)</b>	Fragebogen zur Einstellung gegenüber Verpflichtung zur Überweisung des Patienten im Falle von COs sowie zur Selbsteinschätzung beruflicher Handlungsmaßstäbe und religiöser und politischer Sichtweisen	2000 US-amerikanische Ärzte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verpflichtung zur Überweisung des Patienten im Falle eigener moralischer Bedenken gegen medizinische Maßnahme (57 %)</li> <li>• positive Korrelationen zwischen empfundener Verpflichtung des Arztes zur Überweisung des Patienten und Autonomie als wichtigstem bioethischem Prinzip (OR 1,6), Einschätzung als politisch liberal (OR 2,4) und Befürwortung eines theologischen Pluralismus (OR 1,9)</li> <li>➔ Relativierung des Geltungsanspruchs von COs sowie Reduktion des negativen Einflusses von in die Tat umgesetzten Gewissensvorbehalten</li> </ul>
<b>Lawrence et al. (2009)</b>	Fragebogen zur Rolle ärztlicher Gewissensgründe in Therapieentscheidungen im Allgemeinen (unabhängig vom Kontext der Sterbehilfe)	500 US-amerikanische Ärzte, ergänzt durch je 250 arabische und südasiatische Ärzte (zwecks repräsentativer Stichprobe bezüglich Religionszugehörigkeit)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• der Arzt ist niemals und unabhängig von Expertenmeinungen verpflichtet, etwas zu tun, das er aus moralischen Gründen ablehnt (78 %)</li> <li>• der Arzt ist manchmal verpflichtet, aus professionellen Gründen entgegen eigenen moralischen Vorbehalten zu handeln (57 %)</li> <li>• Korrelation zwischen „high“ gegenüber „low intrinsic religiosity“ mit der Zustimmung zur ersten Aussage (OR 2,8)</li> <li>➔ Religiosität als Prädiktor für den Geltungsanspruch eigener Gewissensgründe</li> </ul>
<b>Albisser Schleger et al. (2008)</b>	qualitative Interviewstudie zu Erfahrungen und Einstellungen bezüglich ausbleibender Therapiebegrenzung am Lebensende	52 Ärzte und Pflegenden des Klinikums Basel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 86 % der Ärzte: <i>Futile Treatment</i> im Klinikalltag schon erlebt</li> <li>• Ursachen: Unvereinbarkeit des WD lebenserhaltender Therapien mit dem Gewissen, Mühe, den Tod zu akzeptieren, Angst und Unsicherheit, Vermeiden der Verantwortungsübernahme für die Entscheidung (COs und emotionale Motive)</li> <li>➔ praktische Umsetzung ärztlicher COs sowie psychologischer Bedenken gegen die Sterbehilfe kann in ‚Übertherapie‘ am Lebensende resultieren</li> </ul>
<b>Asch et al. (1996)</b>	Fragebogen zur ärztlichen Einschätzung der Begrenzung verschiedener lebenserhaltender Therapien	862 internistische Ärzte der Universität Pennsylvania	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bereitschaft von Ärzten zum WD von EK (OR 2,69) &gt; HD (OR 2,66) &gt; Katecholamine (OR 1,91) &gt; Beatmung (OR 0,5) &gt; Flüssigkeitssubstitution (OR 0,32)</li> <li>• Assoziation ärztlicher Bedenken gegen den Therapieabbruch mit „causes death rapidly“, „requires active intervention“ ...</li> <li>➔ Tod als direkte Konsequenz des ärztlichen Handelns = psychische Belastung</li> </ul>

<b>Beck et al. (2008)</b>	qualitative Studie zu zwei klinischen Fallbeispielen terminal erkrankter Patienten, semistrukturiertes Interview	4 Chef-, 11 Ober- und 13 Assistenzärzte auf Intensivstationen in tertiären Versorgerkrankenhäusern Baden-Württembergs	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 64 % der Ärzte wären zu einem WH von Therapiemaßnahmen bereit</li> <li>• 92 % der Ärzte würden das WD lebenserhaltender Behandlung verweigern</li> <li>• 12/26 der Teilnehmer halten das WD von Therapiemaßnahmen für illegal</li> <li>➔ rechtliche Unsicherheit und psychisch-emotionale Schwierigkeit der Konfrontation mit dem Tod als direkte Konsequenz des eigenen Handelns im Falle des WD (Deutung der Autoren)</li> </ul>
<b>Borasio et al. (2004)</b>	Fragebogen zur Behandlungsentscheidung in zwei klinischen Fallbeispielen sowie Verständnis- und Einstellungsfragen zur Sterbehilfe	152 deutsche neurologische Chefarzte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 76 % „wachsender Konsens von Ethikern über <i>ethischen</i> Unterschied von WH und WD“ (vermeintliche Rechtfertigung der Bedenken?!)</li> <li>• 28 % „regelmäßig Rechtsberater bei Therapieentscheidungen am Lebensende hinzuzuziehen wäre sinnvoll“ (Abgabe von Verantwortung)</li> <li>• 60 % Angst vor Anklage wegen WD am Lebensende (<i>legal</i>) // 50% Sorge vor Anklage wegen Verweigerung von Therapiereduktion (<i>tatsächliche Straftat!</i>)</li> </ul>
<b>Bülow et al. (2012)</b>	Fragebogen zu Einstellungen bezüglich der Therapiebegrenzung am Lebensende und des Einflusses der Religiosität auf Therapieentscheidungen („Ethicatt-Studie“)	1899 Ärzte, Pflegende, Patienten und Angehörige auf 142 ICUs in 6 europäischen Ländern	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 84 % protestantischer, 73 % katholischer und 67 % jüdischer Ärzte würden Patientenwunsch zum WH und WD erfüllen</li> <li>• 66 % jüdischer, 53 % katholischer und 35 % protestantischer Ärzte würden <i>trotz</i> Patientenwunsch <i>kein</i> WH oder WD durchführen, wenn eine Chance zur Lebensrettung bestünde</li> <li>➔ Einfluss religiöser Werte auf ärztliche Einstellungen zur Sterbehilfe und auf Respektierung autonomer Patientenwünsche? (Deutung der Autoren)</li> </ul>
<b>Cook et al. (1995)</b>	Querschnittsstudie mit Fragen zur Therapieentscheidung in 12 klinischen Fallbeispielen terminal Erkrankter und Fragen zu Einflussfaktoren (Likert-Skalen 1-7)	1361 Ärzte und Pflegende (37 Unikliniken in Kanada)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einflussfaktoren (homogene Bewertung unter den Teilnehmern): Überlebenswahrscheinlichkeit (6,3), Wille des Patienten (6,3), präorbiter kognitiver (5,9) und physischer (5,0) Zustand ...</li> <li>• dennoch sehr unterschiedliche Wahl des angemessenen „level of care“ (aggressiv bis rein palliativ) unter den Befragten</li> <li>➔ Teil der Variabilität der Entscheidung am Lebensende begründet in <i>ethischen und religiösen Wertvorstellungen</i> verantwortlicher Ärzte (Fazit der Autoren)</li> </ul>

<b>Curlin et al. (2008)</b>	Fragebogen zu Bedenken gegenüber PAS, WD lebenserhaltender Therapien sowie TS und zum Einfluss von Religiosität und ethischen Wertvorstellungen	2000 U.S. amerikanische Ärzte (randomisierte Stichprobe)	<ul style="list-style-type: none"> <li>positive Korrelationen zwischen Vorbehalten gegen WD und „high intrinsic religiosity“ (OR 2) sowie Zustimmung zu „religion influences medicine“ (OR 2)</li> <li>➔ Religiosität als Prädiktor von ärztlichen Bedenken?</li> <li>Bedenken bei katholischen (OR 2,8) und muslimischen (OR 3,4) &gt; bei protestantischen Ärzten (OR 1)</li> </ul>
<b>Flannery et al. (2016)</b>	„critical literature review“: Analyse von 12 europäischen, nordamerikanischen und australischen Studien zu Therapieentscheidungen am Lebensende		<ul style="list-style-type: none"> <li>Entscheidung über Therapiebegrenzung wird primär unilateral durch den Arzt getroffen, alleinige Verantwortlichkeit des Arztes</li> <li>individuelle Entscheidung bei jedem Patienten, kein Fall gleicht anderem</li> <li>Einfluss <i>individueller moralischer und religiöser Wertmaßstäbe</i> des Arztes (darunter möglicherweise COs?)</li> </ul>
<b>Farber et al. (2006)</b>	Fragebogen zur Therapieentscheidung am Lebensende in 32 klinischen Kasuistiken terminal erkrankter Patienten	1000 amerikanische Internisten (randomisierte Stichprobe)	<ul style="list-style-type: none"> <li>ärztliche Weigerung, Flüssigkeit und Ernährung zu begrenzen &gt; Hämodialyse und Beatmung zu limitieren (p=0,001)</li> <li>➔ Invasivität und technologische Komplexität entscheidend? (Deutung der Autoren)</li> <li>Bereitschaft zum WH &gt; WD (p= 0,001) (Handlungsmodus des Sterbehelfers)</li> <li>Behandlungslimit eher bei terminal Kranken (p=0,02) und Dementen (p=0,001)</li> </ul>
<b>Griffith et al. (2004)</b>	prospektive Kohortenstudie (1995 bis 1998): Therapiepläne der Ärzte für Intensivpatienten und empfundenes „level of discomfort“ bezüglich der Behandlung	657 Patienten in 13 kanadischen, US-amerikanischen sowie einer schwedischen und einer australischen ICU	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unbehagen viel häufiger gegen einen zu intensiven Therapieplan (93,9%), „discomfort“ bei Fortführung HD (OR 3,39) &gt; inotrope Therapie (OR 1,36)</li> <li>➔ moralische Bedenken von Ärzten gegen das <i>Futile Treatment</i> auf den ICUs</li> <li>Vorbehalte der Ärzte bezüglich WH (0,4) &lt; WD (0,65) im Falle der Begrenzung mechanischer Ventilation (Handlungsmodus des Sterbehelfers)</li> </ul>
<b>Hinkka et al. (2002)</b>	Fragebogen mit 40 Fragen zu Patientenbeispielen und Einflussfaktoren auf Therapieentscheidungen am Lebensende	300 Chirurgen, 300 Internisten, 500 Allgemeinmediziner, 82 Onkologen aus Finnland	<ul style="list-style-type: none"> <li>79% bereit zum WD mechanischer Ventilation, 60 % zum WD der Antibiose, nur 29% zum WD der Hydratation</li> <li>Bedenken Jüngerer &gt; Älterer (p=0,004) (Berufserfahrung der Ärzte)</li> <li>Bedenken bei Onkologen &lt; bei Ärzten anderer Disziplinen</li> <li>rechtliche Sicherheit bei Entscheidung am Lebensende sehr wichtig, v.a. bei weiblichen Ärzten, Ärzten mit wenig Berufserfahrung und Allgemeinmedizinern</li> </ul>

<b>Jox et al. (2012)</b>	semistrukturiertes Interview nach ethischen Fallbesprechungen über die Therapiefortführung oder -begrenzung am Lebensende von Patienten	17 Intensiv- und 12 Palliativärzte sowie -pflegende (Teilnehmer der Fallbesprechungen)	<p>Ursachen für ausbleibende Therapielimitierung:  Angst vor dem Tod, Furcht falsch zu handeln, Rechtfertigung vor Angehörigen, Lebensbewahrung als ärztliche Handlungsmaxime, Zuwiderhandlung gegen das eigene <i>Berufsethos</i> (emotionale Motive und COs im Irrtum)  → traditionelles Verständnis des ärztlichen Berufsethos (Kuration als Maxime) verbunden mit ärztlichen <i>Bedenken gegen das Sterbenzulassen</i></p>
<b>Jox et al. (2012)</b>	prospektiv-longitudinale und im prä-post-Design angelegte Studie vor und 1 J. nach Einführung einer klinikeigenen Leitlinie	251 Ärzte und Pflegende auf 10 Erwachsenen-Intensivstationen des Uniklinikums München	<p>48 % der Teilnehmer: Zunahme an „rechtlicher Sicherheit“  42 % der Teilnehmer: Hilfe bei „<i>moralischen Zweifeln</i>“ (darunter ggf. COs)  45 % der Teilnehmer: „Unterstützung bei der Kommunikation“  ... in Folge der Einführung der Leitlinie</p>
<b>Kirschner et al. (1998)</b>	qualitative Interviewstudie zu ärztlichen Handlungsmustern sowie zu ihren Einstellungen bzgl. der Sterbehilfe	300 niedergelassene und 191 Klinikärzte der Inneren Medizin, Chirurgie und Intensivmedizin	<p>Beweggründe für die Sterbehilfe:  „Leid“, „Not“ und „Hilfslosigkeit“ des Patienten (patientenbezogene Einflussfaktoren)</p> <p>Kontra-Argumente gegen die Sterbehilfe:  „Strafbarkeit“, „<i>Berufsethik</i>“, „Glauben“ (rechtliche Unsicherheit, Religion, ggf. COs)</p>
<b>Lemienegre et al. (2007)</b>	„systemativ review“ zu 19 Studien aus Amerika, Kanada, Belgien und den Niederlanden über ethische Richtlinien zu Entscheidungen am Lebensende eines Patienten		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arzt in primärer Verantwortung für die Entscheidungsfindung am Lebensende</li> <li>• Existenz einer klinischen Ethikleitlinie assoziiert mit religiöser Trägerschaft des Krankenhauses</li> <li>• Richtlinien zum WH und WD inhaltlich auf prozedurale Aspekte beschränkt, Fehlen <i>ethischer Inhalte</i> (Kritik der Autoren)</li> <li>• explizite Erwähnung von <i>COs</i> nur in den Richtlinien zur aktiven Sterbehilfe und zum ärztlich assistiertem Suizid, hier Verpflichtung zur Überweisung des Patienten im Falle von <i>COs</i></li> </ul>
<b>Melltorp und Nilstun (1997)</b>	Fragebogen zur ärztlichen Einstellung gegenüber Therapieverzicht vs. Therapieabbruch	148 Ärzte und Pflegende einer ICU im Universitäts-Krankenhaus von Malmö	<p>79 % der Teilnehmer: psychologische Differenz zwischen WH und WD  50 % der Teilnehmer: <i>ethischer Unterschied</i> zwischen WH und WD  37 % der Teilnehmer: rechtliche Unterscheidung zwischen WH und WD</p>

<b>Palda et al. (2005)</b>	Fragebogen zur Wahrnehmung und zu den möglichen Ursachen von <i>Futile Treatment</i> in der Intensivmedizin	141 Pflegende und 114 Intensivärzte aus 64 ICU-Zentren in Kanada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 59 % der Teilnehmer: <i>persönliche Werte und Beweggründe</i> des Arztes (COs?)</li> <li>• 75 % der Teilnehmer: <i>rechtlicher Druck</i> (Missverständnisse)</li> <li>• 37 % der Teilnehmer: <i>Unfähigkeit, Tod als Resultat des eigenen Behandlungsversagens zu akzeptieren</i> (kurative Handlungsmaxime, COs im Irrtum)</li> </ul>
<b>Schoberberger et al. (1999)</b>	Fragebogen zu Einstellungen und Standpunkten von Intensivmedizinern bzgl. der Therapielimitierung am Lebensende	49 Intensivärzte aus dem Bereich der Inneren, der Chirurgie und der Neurologie der Uniklinik Innsbruck	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 64 % der Teilnehmer zu WH lebenserhaltender Therapien eher bereit als zu WD, 82 % der Teilnehmer würden WD <i>nicht</i> vorziehen (Handlungsmodus des Arztes)</li> <li>• WD: erst AB, HD, Blutprodukte, später künstliche Hydratation und Beatmung (Widerstreben v.a. bei der Begrenzung der Flüssigkeitssubstitution)</li> </ul>
<b>Solomon et al. (1993)</b>	123-Item-Fragebogen zu Einstellungen bzgl. rechtlicher und ethischer Richtlinien, institutioneller Vorgaben und zu persönlichen Erfahrungen mit Entscheidungen am Lebensende	687 Ärzte und 759 Pflegende aus 5 Krankenhäusern in den USA (Georgia, Massachusetts, Washington und Kalifornien)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 7-15 % der Teilnehmer: „Patienten zu schnell aufgegeben“</li> <li>• <i>nur</i> 38-44 % der Teilnehmer: „ethisch <i>kein</i> Unterschied zwischen dem WH, WD“ (Handlungsmodus des Sterbehelfers)</li> <li>• 74-77 % der Teilnehmer: Differenzierung zwischen „extraordinary measures“ vs. „ordinary treatment“ wäre angemessen (trotz Konsens über Therapielimit werden manche lebenserhaltenden Therapien dennoch fortgeführt)</li> <li>• 34-45 % künstliche Hydratation sollte trotz Entscheidung zugunsten WH / WD mechanischer Ventilation fortgeführt werden (große <i>Bedenken</i> gegen das WD von Flüssigkeitssubstitution am Lebensende)</li> </ul>
<b>Sprung et al. (2003)</b>	prospektive Studie zur Prävalenz von WH und WD lebenserhaltender Therapien auf ICUs unter Beachtung von Kontextfaktoren der Therapieentscheidung („Ethicus“-Studie)	4248 Patientenfälle von 37 ICUs aus 17 europäischen Ländern	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 76 % der Todesfälle auf ICUs in Folge WH oder WD von Therapiemaßnahmen</li> <li>• WD in Südeuropa (17,9 %) seltener als in Nord- / Zentraleuropa (47,4 %)</li> <li>• WD häufiger durch protestantische und katholische (41,2-44,4 %) als durch jüdische (15,7 %), griechisch-orthodoxe (13 %) und muslimische (23 %) Ärzte</li> <li>➔ Einfluss religiöser, kultureller, ethischer Werte auf Therapieentscheidungen? (Fazit der Autoren)</li> </ul>

<b>Van Oorschot und Simon (2008)</b>	Fragebogen zu Entscheidungen am Lebensende und zu Einstellungen zur Sterbehilfe, v.a. zur Behandlungsbegrenzung am Lebensende von Patienten	479 Vormundschaftsrichter aus 80% der deutschen Amtsgerichte und 1556 Weiterbildungsermächtigte Ärzte aus Bayern, NRW und Thüringen (nach Zufallsverfahren ausgewählt)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 38-55 % der Teilnehmer: korrekte Zuordnung von Beispielen der Behandlungsbegrenzung am Lebensende zur vormals ‚passiven‘ Sterbehilfe</li> <li>• 50 % der Teilnehmer: „Verzicht auf Chemotherapie ist ‚indirekte‘ Sterbehilfe“, 39 % der Teilnehmer: „Abbruch einer Beatmung ist ‚aktive‘ Sterbehilfe“</li> <li>• WD signifikant häufiger der ‚aktiven‘ Sterbehilfe zugeordnet als das WH (<math>p &lt; 0,01</math>)</li> <li>➔ enorme Begriffsverwirrung, terminologische und rechtliche Missverständnisse bzgl. der Sterbehilfe unter Ärzteschaft und Richtern</li> <li>➔ psychologische Ursache der Ungleichbewertung von WD vs. WH am Lebensende (Fazit der Autoren)</li> </ul>
--------------------------------------	---	--	---

- *kursiv gedruckt und blau gefärbt*: Arbeiten, die die ärztlichen COs im Zusammenhang mit der Therapiebegrenzung am Lebensende von Patienten thematisieren
- *kursiv gedruckt und schwarz gefärbt*: Arbeiten, die die COs des Arztes und die Rolle des ärztlichen Gewissens allgemein im Kontext medizinischer Entscheidungen analysieren
- normal gedruckt: Arbeiten, die sich mit Einflussfaktoren auf die ärztliche Therapieentscheidung am Lebensende eines Patienten sowie Einstellungen zur Sterbehilfe auseinandersetzen
- *grün gefärbt*: Arbeiten, die sich v.a. mit dem *Futile Treatment* am Lebensende beschäftigen

b) Empfehlungen der *American Thoracic Society* (vgl. [52], S. 222-224)

Recommendation 1:

COs in ICUs should be managed through institutional mechanisms rather than ad hoc by clinicians. Healthcare institutions should develop and implement CO policies that encourage prospective management of foreseeable COs and that provide a clear process to manage unanticipated COs. [...]

Recommendation 2:

Institutions should accommodate COs in ICUs if the following criteria are met: (1) the accommodation will not impede a patient's or surrogate's timely access to medical services or information, (2) the accommodation will not create excessive hardships for other clinicians or the institution, and (3) the CO is not based on invidious discrimination.

Recommendation 3:

A clinician's CO to providing potentially inappropriate or futile medical services should not be considered sufficient justification to unilaterally forgo the treatment against the objections of the patient or surrogate. Clinicians should instead use a fair process-based mechanism to resolve such disputes.

A clinician may use the institutional CO management process to request a personal exemption from providing the medical service.

Recommendation 4:

Institutions should promote open moral dialogue, advance measures to minimize moral distress, and generally foster a culture that respects diverse values in the critical care setting.