

(28) Reimers, D., A. Ježek: Rifampicin und andere Antituberkulotika bei gleichzeitiger oraler Kontrazeption. Prax. Pneumol. 25 (1971), 255.

(30) Remmer, H., B. Schoene, R. A. Fleischmann: Induction of the unspecific microsomal hydroxylase in the human liver. Drug Metab. Disposition 1 (1973), 224.

(31) Scheuer, P. J., J. A. Summerfield, S. Lal, S. Sherlock: Rifampicin hepatitis. Lancet 1974/I, 421.

(32) Schubothe, H., C. D. Seufert,

S. Weber: Chinin- und Rifampicin-spezifische Antikörper mit hämolytischem Effekt. Verh. dtsh. Ges. inn. Med. 78 (1972), 905.

(33) Sunahara, S., H. Nakagawa: Metabolic study and controlled clinical trials of rifampicin. Chest 61 (1972), 526.

Privatdozent Dr. Dr. H. M. Bolt  
Institut für Toxikologie der Universität  
74 Tübingen, Wilhelmstr. 56

## Arztrecht in der Praxis

Rechtsprechung · Aktuelle Mitteilungen · Problemfälle

Redaktion:

Rechtsanwalt Dr. Hans-Jürgen Rieger  
Karlsruhe

### Verweigerung der Mitwirkung beim Schwangerschaftsabbruch

*Frage:* Welche Konsequenzen können sich für einen Arzt ergeben, der sich generell weigert, einen Schwangerschaftsabbruch vorzunehmen oder daran mitzuwirken?

*Antwort:* Der Deutsche Bundestag hat sich für die Fristenlösung entschieden, die vorsieht, daß der Schwangerschaftsabbruch bis zum Ablauf der 12. Woche nach der Empfängnis straffrei ist, wenn die Schwangere ihn wünscht, wenn sie einwilligt.

Das Bundesverfassungsgericht hat am 21. Juni 1974 dem Antrag von Baden-Württemberg auf Erlass einer einstweiligen Anordnung gegen die Fristenlösung stattgegeben, um sodann zu prüfen, ob das Gesetz mit dem Grundgesetz vereinbar ist. Damit kann die vom Bundestag verabschiedete Neufassung des § 218 vorerst nicht in Kraft treten. Eine Hauptverhandlung wird über das endgültige Schicksal der Fristenregelung entscheiden.

Nach Ablauf der zwölf Wochen ist aufgrund des 5. Strafrechtsreformgesetzes (StrRG) der Schwangerschaftsabbruch, der mit Einwilligung der Schwangeren und nach Bestätigung einer zuständigen Stelle erfolgt, straffrei, wenn er

1. zur Abwendung ernster Gefahr für Leben oder Gesundheit der Schwangeren medizinisch indiziert ist oder wenn

2. dringende Gründe für die Annahme sprechen, daß das Kind infolge einer Erbanlage oder schädlicher Einflüsse vor der Geburt an einer nicht behebbaren Schädigung seines Gesundheitszustandes leiden würde, die so schwer wiegt, daß die Fortsetzung der Schwangerschaft nicht verlangt werden kann, und wenn seit der Empfängnis nicht mehr als 22 Wochen verstrichen sind.

Das Bundesverfassungsgericht hat mit der Aussetzung diese vorgesehenen Indikationen auch auf die ersten zwölf Wochen der Schwangerschaft erweitert und die sogenannte ethische Indikation nach Vergewaltigungen in den ersten drei Monaten der Schwangerschaft für zulässig erklärt.

Für Ärzte, medizinisches Assistenzpersonal und Krankenhaussträger stellt sich die Frage, ob sie, falls die Fristenregelung Gesetz wird, zu einem Schwangerschaftsabbruch gezwungen werden können. Sie hat aber auch Bedeutung für die Mitwirkung bei kindlicher, ethischer und medizinischer Indikation.

Das 5. StrRG enthält eine Weigerungsklausel, die lautet:

»(1) Niemand ist verpflichtet, an einem Schwangerschaftsabbruch mitzuwirken.

(2) Abs. 1 gilt nicht, wenn die Mitwirkung notwendig ist, um von der Frau eine anders nicht abwendbare Gefahr des Todes oder einer schweren Gesundheitsschädigung abzuwenden.«

Diese Weigerungsklausel wurde vom Gesetzgeber für notwendig erachtet, obwohl das 5. StrRG keine Mitwirkungspflicht begründet, weil sich ärztliche Hilfeleistungspflichten aus anderen Rechtsgründen ergeben können.

1. Strafbarkeit könnte gegeben sein, wenn der Arzt durch Unterlassen des Schwangerschaftsabbruchs eine Körperverletzung oder Tötung beginge. Das kann jedoch nur bei medizinischer Indikation in Betracht kommen, dann nämlich, wenn durch das Fortbestehen der Schwangerschaft Leben oder Gesundheit der Schwangeren verletzt wird (1). In allen übrigen Fällen, in denen der Arzt einem biologischen Werdegang seinen Lauf läßt, verletzt er nicht den Körper der Schwangeren (2).

Unterlassene Hilfeleistung nach § 330 c Strafgesetzbuch scheidet ebenfalls aus – abgesehen von Fällen medizinischer Indikation. Die sich aus § 330 c ergebende Hilfeleistungspflicht besteht nur dann, wenn ein plötzliches Ereignis eine erhebliche Gefahr für Leib und Leben eines Menschen oder für Sachen verursacht, und wenn die Hilfeleistung zumutbar ist. Es muß sich also um einen »Unglücksfall« handeln. Die Schwangerschaft ist in der Regel jedoch nicht als Unglücksfall in diesem Sinne anzusehen.

Für den Fall der medizinischen Indikation gilt Abs. 2 des Art. 2 StrRG, der zum Ausdruck bringt, daß bestehende Hilfeleistungspflichten unberührt bleiben.

2. Aus dem Behandlungsvertrag kann für den Arzt keine zivilrechtliche Pflicht zur Unterbrechung der Schwangerschaft hergeleitet werden. Gegenstand dieses Vertrages ist es, den Patienten *lege artis* zu behandeln und gesundheitliche Gefahren von ihm abzuwenden (3). Etwas anderes gilt nur dann, wenn der Arzt sich bei Vertragsabschluß ausdrücklich zum Schwangerschaftsabbruch verpflichtet hat und medizinische Gründe dem nicht entgegenstehen.

3. Die Verpflichtung zum Schwangerschaftsabbruch folgt auch nicht aus dem Kassenarztrecht. Der Kassenarzt ist in das öffentlich-rechtliche System einbezogen, das die Vertragsfreiheit des Arztes in gewissem Umfang einschränkt. Die Verpflichtung des Arztes zur Behandlungsübernahme besteht gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung, nicht aber unmittelbar gegenüber dem Kassenpatienten.

Wenn § 200f RVO mit dem Inkrafttreten des Strafrechtsreformergänzungsgesetzes Gesetz werden sollte, wird Anspruch auf Kostenübernahme für einen Schwangerschaftsabbruch gewährt, den die Frau im Falle der Fristenlösung in den ersten drei Monaten ihrer Schwangerschaft wünscht. Durch Änderung des Kataloges des § 368 Abs. 2 RVO können die Leistungspflichten für die Kassenärzte zwar verbindlich erweitert werden, die Erweiterung der Leistungspflichten darf aber nicht dazu führen, daß der Arzt in Konflikt zu seinem Berufsethos gerät, das in dem Gelöbnis und in § 3 der Berufsordnung für die deutschen Ärzte fixiert ist, das in die Berufsordnungen der Ärztekammern Eingang gefunden hat und damit bindendes Recht darstellt. Das Ergebnis einer liberalisierenden Reform des § 218 kann und darf nicht sein, dem einzelnen Arzt seine persönliche Einstellung, die den bisherigen Berufsgrundsätzen entsprochen hat, zu verbieten und ihm eine andere ethische Anschauung aufzuzwingen. Eine einseitige Auferlegung von Mitwirkungspflichten würde gegen das Grundrecht der Gewissensfreiheit verstoßen.

Auch aus § 1 Abs. 2 Bundesärzteordnung folgt die Berechtigung, den Schwangerschaftsabbruch abzulehnen. Nach dieser Bestimmung hat der Arzt das Recht, über sein ärztliches Handeln frei zu entscheiden, also auch darüber, ob er einen Schwangerschaftsabbruch durchführen will oder nicht. Ein von der Kassenärztlichen Vereinigung ausgeübter Zwang mit Hilfe des Kassenarztes würde die Freiberuflichkeit einschränken. Die Ablehnung eines Schwangerschaftsabbruchs muß daher als »begründeter Fall« im Sinne des § 4 Abs. 6 Bundesmantelvertrag angesehen werden (4).

Im übrigen könnte der Arzt den Schwangerschaftsabbruch grundsätzlich deshalb ablehnen, weil er sich auch innerhalb eines Fachgebietes auf bestimmte Teilgebiete beschränken darf (5).

Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben mit der Einführung des § 200f RVO sicherzustellen, daß Ärzte und Einrichtungen vorhanden sind, die die Verwirklichung des Anspruchs der Versicherten ermöglichen. Die Sicherstellung muß, falls sich die Kassenärzte weigern sollten, Schwangerschaftsabbrüche durchzuführen, auf anderem Wege erfolgen.

4. Im Krankenhaus ergeben sich verschiedene Aspekte. Das sogenannte Direktionsrecht des Arbeitgebers, das ihm gestattet, durch einseitige rechtsgeschäftliche Handlung den Inhalt der Arbeitsleistung und die Arbeitsbedingungen zu bestimmen, findet seine Grenze dort, wo Gesetz, Tarifvertrag oder Einzelarbeitsvertrag entgegenstehen (6). Das bedeutet, daß der Krankenhausträger die Pflichten des Arztes, die im Anstellungsvertrag genau umrissen sind, nicht einseitig erweitern kann, um ihn dadurch zur Vornahme von Schwangerschaftsabbrüchen zu bewegen.

Sind die Vertragspflichten nicht genau vertraglich fixiert, wie zum Beispiel im Bundesangestelltentarifvertrag, so kann der Krankenhausträger als Arbeitgeber zwar kraft seines Direktionsrechtes die Pflichten bestimmen, dies gilt aber nur insoweit, als sich die übertragenen Aufgaben im allgemeinen Berufsbild des Arztes unterbringen lassen (7). Auch gelten sowohl § 1 Abs. 2 der Bundesärzteordnung als auch die Bestimmungen der Berufsordnung. Der Vertragsabschluß ist unter Wahrung der gesetzlichen und satzungsrechtlichen Bestimmungen für Ärzte zustande gekommen und kann auch nur in dieser Form weitergelten.

Der Krankenhausträger kann somit nicht die Leistungspflichten der angestellten Ärzte dahingehend erweitern, daß er zu medizinisch nicht indizierten Schwangerschaftsabbrüchen zwingt. Selbst wenn ein Arzt trotz medizinischer Indikation aus Gewissensgründen den Schwangerschaftsabbruch ablehnt, ist der Arbeitgeber gehalten, den nicht mitwirkungsbereiten angestellten Arzt von dieser Verpflichtung freizustellen, wenn die anderweitige Versorgung der Patienten sichergestellt ist.

Die Verweigerung der Durchführung eines Schwangerschaftsabbruches aus anderen als medizinischen Gründen kann kein Grund zur fristlosen Kündigung sein, wenn und solange der Arzt die ihm bisher auferlegten Dienstpflichten ordnungsgemäß erfüllt. Die Weiterverwendung des nicht mitwirkungsbereiten Arztes für andere klinische Tätigkeiten wird in der Regel für den Arbeitgeber auch zumutbar sein. Das dürfte auch dann gelten, wenn ein Krankenhaus sich in eine Abtreibungsklinik umwandeln wollte.

Eine ordentliche Kündigung wegen Abtreibungsverweigerung kommt ebenfalls nicht in Betracht, weil der Arzt nur zu einem den ärztlichen Berufsbestimmungen entsprechenden Handeln verpflichtet ist.

Innerhalb des Krankenhauses ist im medizinischen Bereich nicht der Krankenhausträger weisungsbefugt, sondern der Chefarzt bzw. der Oberarzt. Wenn sich der Chefarzt für die Vornahme medizinisch nicht indizierter Schwangerschaftsabbrüche ausspricht, so kann er dennoch durch Anordnung die nachgeordneten Ärzte nicht zur Mitwirkung zwingen, auch wenn er selbst die volle Verantwortung übernimmt. Anders als bei einem Streit zwischen Chefarzt und nachgeordnetem Arzt um Diagnose und Therapie, bei dem die Anordnung des Chefarztes maßgebend sein wird, wenn er sie aufgrund seiner größeren Erfahrung und seines umfangreichen Wissens erteilt (8), kann er in diesem Falle keine Hand-

lung verlangen, die für die Diagnose und Therapie der Patientin nicht geboten ist.

Zu der Vornahme von medizinisch nicht indizierten Schwangerschaftsabbrüchen in Kliniken müssen sowohl der Krankenhausträger als auch der Chefarzt, der assistierende oder auf Weisung des Chefarztes selbständig arbeitende nachgeordnete Arzt und die mitwirkenden Assistenzberufe bereit sein. Lehnt es der Krankenhausträger ab, daß in seiner Klinik in der Weise gehandelt wird, so sind die Ärzte daran gebunden, da insbesondere die konfessionellen Häuser als sogenannte Tendenzbetriebe in ihrer Auffassung entsprechendes Verhalten ihrer Angestellten verlangen können.

Aber auch staatliche und kommunale Krankenhäuser können die Schwangerschaftsabbrüche zumindest dann ablehnen, wenn deren Durchführung zum Beispiel schwerwiegende Personal- und Finanzierungsprobleme hervorrufen würde oder zur Folge hätte, daß echt Kranke nicht aufgenommen werden könnten (9).

Lehnt der Chefarzt aus Gewissensgründen medizinisch nicht indizierte Schwangerschaftsabbrüche ab, so ist auch der nachgeordnete Arzt aufgrund der Weisungsgebundenheit nicht dazu berechtigt.

Das medizinische Assistenzpersonal kann ebenso wenig zur Mitwirkung an Schwangerschaftsabbrüchen gezwungen werden wie die Ärzte. Das ergibt sich eindeutig aus dem Wortlaut der Weigerungsklausel des 5. StrRG.

5. Ärzte, die zu Schwangerschaftsabbrüchen bereit sind, sollten stets daran denken, daß besonders hohe Anforderungen an die Aufklärungspflicht gestellt werden müssen. Dies gilt insbesondere bei medizinisch nicht

indizierten Eingriffen, ähnlich wie bei kosmetischen Operationen. Auf die Risiken, die mit einem solchen Eingriff verbunden sind, muß besonders aufmerksam gemacht werden, da von deren Kenntnis die Wirksamkeit der Einwilligung der Schwangeren, die die Maßnahme rechtfertigt, abhängt. Die umfassende Aufklärung ist vor allem auch deshalb so besonders wichtig, weil in der Presse Schwangerschaftsabbrüche innerhalb der ersten drei Monate als harmlos dargestellt wurden. Bei jüngeren Patientinnen ist besonders auf das Risiko der Sterilität hinzuweisen, da diese sonst bei einem später auftretenden Wunsch nach einem Kind behaupten können, daß sie die Einwilligung bei Kenntnis dieses Risikos nicht gegeben hätten. Deshalb sollte der den Eingriff vornehmende Arzt Inhalt und Ausmaß der Aufklärung schriftlich fixieren und sich die Einwilligung der Patientin unterschreiben lassen.

#### Literatur

- (1) Kreuzer: Hilfeleistungspflicht in der Sicht des Strafrechts. In: Die juristische Problematik in der Medizin, Bd. II (Goldmann: München), 247. – Bockelmann: Strafrecht des Arztes (Thieme: Stuttgart 1968), 26. – Kohlhaas: Medizin und Recht (Urban & Schwarzenberg: München 1969), 151.
- (2) Kohlhaas: Frauenarzt (1973), 148.
- (3) Kohlhaas: Frauenarzt (1973), 148. – Hollmann: Aufklärungspflicht des Arztes unter besonderer Berücksichtigung der Neurochirurgie. Dissertation 1969, S. 17.
- (4) Maier: Dtsch. Ärztebl. 71 (1974), 385.
- (5) Heinemann-Liebold: Kassenarztrecht. Anm. 9 zu § 4 Bundesmantelvertrag.
- (6) Kluge: Problem des Direktionsrechtes des Arbeitgebers. In: Recht und Arbeit (1962), 177, mit weiteren Literaturhinweisen.
- (7) Braun: Zum Tarifrecht des Arztes. Schriftenreihe des Marburger Bundes Bd. 5, S. 9.
- (8) Kohlhaas: Frauenarzt (1973), 148. – Kohlhaas: Medizin und Recht (Urban & Schwarzenberg: München 1969), 133. – Vgl. auch § 8 Abs. 2 BAT.
- (9) Maier: Neue jur. Wschr. (1974), 1409.

Dr. Angela Hollmann  
53 Bonn-Bad Godesberg, Kölner Str. 40/42

## Leser-Zuschriften

### Zur Problematik der Funktionsanalyse des unteren Ösophagusphinkters

Es freut uns, daß unser Kommentar zur Durchzugs-Perfusionsmanometrie (2) im Verschlusssegment der Speiseröhre gerade bei den erfahrenen und sachverständigen »Manometrikern« ein Echo gefunden hat (7).

Ursprünglich hatten wir dieser Wochenschrift eine ausführliche Arbeit vorgelegt, die die mathematisch-physikalischen Grundlagen der Durchzugsmanometrie behandelte. Auf die Bitte der Schriftleitung hin haben wir diese umfangreiche Arbeit gekürzt, weil wir einsahen, daß physikalische Formeln den Leserkreis der DMW weniger interessieren dürften. Die Zeitschrift für Gastroenterologie war inzwischen so freundlich, die Arbeit in Druck zu nehmen (3).

Aus der Zuschrift von Waldeck und Sievert (7) ist uns klar geworden, daß unser übersichtlich gehaltener Kommentar mehr Verwirrung gestiftet hat, als wenn wir eine mathematisch-physikalische Beweisführung angetreten hätten. So nahmen wir an, daß die abgebildeten Kurven zusammen mit dem Text als in einem Koordinatensystem zu denken erkannt werden würden, zumal Zahlenwerte uns in dem Zusammenhang weniger interessierten.

Wählt man ein Druckmeßverfahren mit konstanter Perfusionsrate (Q), so beobachtet man, daß der Druck im Perfusionsystem (Perfusionspumpe) ansteigt, sobald der perfundierte Querschnitt (F) sich verringert, denn es muß durch diesen neuen Quer-

schnitt ( $F_1$ ) die konstante Menge (Q) gefördert werden. So ergibt es sich aus den Gesetzen der Strömungslehre ( $Q = v \cdot F =$  konstant und  $\frac{Q}{2} v^2 + p =$  konstant).

Dieser Druckanstieg in dem Perfusionsystem ist Ausdruck einer Widerstandserhöhung im perfundierten Abschnitt. Widerstand ist physikalisch nicht gleichbedeutend mit Druck. Waldecks Experimente (6) zeigen deutlich, daß der registrierte Druckwert unter anderem ganz entscheidend von der Durchzugsgeschwindigkeit abhängt: je langsamer, desto höhere »Druckwerte«. Das bedeutet: je langsamer die Sonde den veränderten Querschnitt passiert, desto größer wird der Widerstand, der der konstanten Perfusion entgegensteht.

Diese Überlegungen und die Ergebnisse der nach Einarbeitung mit Sorgfalt durch-