

### Abstract

Ärzte befinden sich häufig in Entscheidungssituationen für Ihr ärztliches Handeln, die nicht mit sicherer Alltags- und Lehrbuchroutine bewältigt werden können. Ethische Fragen können die Unsicherheit vergrößern. Welche Hilfe bieten Newmans Auffassungen von theologischer und ethischer Gewissheit für solche Fälle? Welche ethischen Entscheidungskriterien können Ärzte von Moralphilosophie und –theologie für unsichere Situationen bekommen? Neben Newmans Grundgedanken wird hierfür auch die aristotelisch–thomanische Tradition und die der Moralsysteme ins Feld geführt und diskutiert werden.

## Ethische Entscheidungskriterien und –strategien für Ärzte in unsicheren Situationen?

Wie weit helfen Newmans Auffassungen von theologischer und ethischer Gewissheit?<sup>1</sup>

### Übersicht:

1. Vorbemerkung
2. Ärztliches Entscheiden – bemüht um Sicherheit
3. Intuitives ärztliches Entscheiden und Unsicherheiten in konkreten Fällen
4. Gewissen – insbesondere als *moral sense* – nach Newman
5. Ethische Bemühungen, zu Sicherheiten zu gelangen
6. Die unvertretbare sittliche Verantwortung – *sense of duty*

### 1. Vorbemerkung:

Der Beitrag ist bewusst mit zwei Fragen überschrieben. Es handelt sich bei diesen Ausführungen um sehr vorläufige Überlegungen als Versuch, zwischen Newmans Überlegungen zum Gewissen und ärztlichen Entscheidungssituationen eine Brücke zu schlagen bzw. evtl. Schwierigkeiten hierbei auszumachen, ohne zu beanspruchen, diese auch schon lösen zu können.

Zum „täglichen Brot“ von Ärzten gehört, oft sehr schnell wichtige Entscheidungen treffen zu müssen, in denen es manchmal um Leben und Tod, viel häufiger jedoch um die richtigen therapeutischen Maßnahmen für ihre Patienten geht und darum, möglichst Leiden und Schaden von ihnen abzuwenden. Die Grundfrage ist: wie weit können ihnen in unsicheren

Entscheidungssituationen Newmans Auffassungen von theologischer und ethischer Gewissheit möglicherweise helfen? Inwiefern bietet John Henry Newman Kriterien oder Strategien für das ärztliche Entscheiden an?

## 2. *Ärztliches Entscheiden – bemüht um Sicherheit*

Medizin ist nicht einfach eine Naturwissenschaft. Besonders deutlich wird es im Begriff „ärztliche Kunst“, der in seiner Schönheit jedoch kaum zum Ausdruck bringt, in welcher Spannung praktizierende Ärztinnen und Ärzte häufig tagaus tagein stehen – in ständigem Kontakt mit Menschen, die von Krankheit belastet sind, die physisch und psychisch angeschlagen sind, leiden, ihre Begrenztheit und Sterblichkeit aufdringlich zu spüren bekommen, wie schon Seneca (*Epistulae morales* 70,8) über die Belastungen durch Krankheit formulierte:

„Tria haec in omni morbo gravia sunt:

1. metus mortis,
2. dolor corporis,
3. intermissio voluptatum.

(In jeder Krankheit sind diese drei Dinge beschwerlich: die Todesfurcht, der körperliche Schmerz und die Einschränkungen der Lebensfreude.)

Das ärztliche Handeln, das stets ein Handeln in Beziehung mit solcherart physisch, psychisch, sozial und spirituell belasteten Menschen ist, muss wissenschaftlich und ethisch verantwortet werden, es muss vor dem Recht bestehen können – und zunehmend bekommen gesundheitsökonomische Aspekte an Bedeutung, die auch die Ethik immer stärker zu Vereinnahmungen scheinen. So zeichnete das jüngst skizzierte Szenario (DAMMANN 2007) folgende eng an die gesamtökonomische Situation angelehnten Phasen der Medizinethik:

- I. „Maximal-Ethik“ (ca. 1950–1990): Was können wir noch zusätzlich für den Patienten tun? („Darf es noch etwas mehr sein?“)
- II. „Optimal-Ethik“ (ca. 1990–2000): Welche Sonderleistungen sind nicht unbedingt erforderlich?
- III. „Verzichts-Ethik“ (ca. seit 2000): Auf was können wir verzichten, ohne dem Patienten zu schaden? – Wie lange muss er oder sie im Krankenhaus verweilen? („Blutige Entlassungen“)

Ein weiteres Zurückschrauben der Leistungen wird prognostiziert:

- IV. ? „Wegnahme-Ethik“: Wo/ bei wem schaden wir am wenigsten, wenn wir auf eigentlich notwendiges Tun zukünftig verzichten (müssen)?
- V. ?? „Selektions-Ethik“: Wer erhält von vornherein bestimmte medizinische Leistungen nicht (weil er zu arm, alt oder kognitiv zu beeinträchtigt ist)?

Von Ethik zu sprechen entbehrt hier freilich nicht der Ironie – und zeigt das Diktat der Ökonomie auf Ärzte und ihr Ethos wie auf Patienten, ihr Wohl und ihre Selbstbestimmung. Als eine wichtige Strategie im Druck zwischen medizinischen Erkenntnissen, ärztlicher Erfahrung, rechtlichen und ethischen Konsequenzen und Unsicherheiten stellt die

„Evidenz-basierte Medizin (EBM) ... den aktuellen – systematischen wie aufwendigen – Versuch dar, die klinische Praxis auf die jeweils beste ‚externe Evidenz‘ aus kontrollierten klinischen Studien zu gründen.“ (RASPE/ MICHAELIS 2001, 7)

Evidenz steht natürlich für sichere Erkenntnis – mit der Hoffnung auf möglichst naturwissenschaftlich fundiertes und damit wissenschaftlich abgesichertes ärztliches Entscheiden und Handeln.

„Die Wirksamkeit der Maßnahmen gezielt zu überprüfen, kann als Konsequenz die Anwendung unwirksamer Maßnahmen verhindern und die Anwendung wirksamer Maßnahmen erhöhen, kann also Leid lindern, und das ist immer ein gutes ethisches Argument, insbesondere in der Medizin.“ (WIESING 2001, 160–161)

Doch bleibt EBM ambivalent:

„Während die Protagonisten [von EBM] gelegentlich zu einer kritiklosen Euphorie neigen, befürchten die Kritiker eine Beschränkung ärztlicher Handlungsspielräume durch Leitlinien und normbasierte Qualitätssicherung.“ (RASPE/ MICHAELIS 2001, 8)

Denn mit der von WIESING soeben herausgestellten Aufgabe von EBM, die Wirksamkeit von Maßnahmen zu überprüfen, ist freilich nur eine notwendige, noch keine hinreichende Basis gegeben für ein ärztliches Handeln, das auch ethischen, rechtlichen und gesundheitsökonomischen Ansprüchen genügt.

Zur ärztlichen Moral gehören nach WIESING mindestens drei Elemente:

1. Der Arzt muss bestimmte Ziele anstreben, die moralischen Normen entsprechen.
2. Er muss sie nicht nur anstreben, sondern überdies über Wissen und Fähigkeiten verfügen, die ein Erreichen des Zieles wahrscheinlicher machen.
3. Da er das Erreichen nicht garantieren kann, muss er auf die stets verbleibende Unsicherheit mit einer internalisierten Reaktionsbereitschaft, einer bestimmten Haltung, oder wenn man will: Tugend, reagieren.“ (WIESING 2001, 161)

EBM hilft (nicht mehr, nicht weniger) zum zweiten Punkt. So verstandene EBM schränkt die ärztliche Entscheidungsfreiheit nicht ein, sondern soll dem Arzt ermöglichen, seine ärztliche Freiheit im Dienst der Patienten besser auszuüben (d.h. die Normen ärztlichen Handelns besser zu erfüllen) – im behutsamen Anwenden der EBM auf den Einzelfall.

„Es ist offensichtlich, dass in der klinischen Medizin – insbesondere in der individuellen Arzt–Patienten–Beziehung – noch weitere Evidenztypen eine Rolle spielen, z.B. Evidenzen der Fremd- und Selbstbeobachtung, des (Wieder-) Erkennens und Verstehens, des logischen Beweises oder der kausalen Erklärung. Dabei bestehen zwischen einzelnen medizinischen Disziplinen zum Teil erhebliche Unterschiede (zum Beispiel Psychotherapie versus Chirurgie).“ (RASPE/ MICHAELIS 2001, 7)

Die Synthese von verschiedenen Evidenzen und Einsichten ist bisweilen unter großem Zeitdruck und verschiedensten weiteren situativen Pressionen nötig – so dass ärztliches Entscheiden in konkreten Fällen häufig mit Intuition zu tun hat.

### *3. Intuitives ärztliches Entscheiden und Unsicherheiten in konkreten Fällen*

Ich will drei Fallbeispiele aus medizinethischen Artikeln berichten, in denen es nicht einfach um Routine geht, sondern um Einsatz, Beginn, Nichtbeginn oder Abbruch lebenserhaltender Behandlungen geht. Hier spitzen sich ethische Fragen oft besonders zu.

**Fall 1:** Fallbeispiel eines 42-jährigen Patienten mit bestehender HIV Infektion:

„Nach der notfallmäßigen Aufnahme in der Klinik wegen starken Bauchschmerzen wurde ein Darmverschluss diagnostiziert. Anamnestisch ergab sich ein vor wenigen Monaten entfernter Lymphknotentumor und aktuell wurde ein Tumor festgestellt, der weite Teile des Bauchraumes einnahm. Der Patient wurde mit dieser Diagnose beatmet und analgosediert auf die Intensivstation verlegt. Dort wurde die Sedierung des Patienten unterschiedlich bewertet. Zur Lösung der Konflikte um die Punkte Patientenaufklärung, Entscheidungsfindung wurde eine Konsensusgespräch oder Ethikkonsil unter Leitung des Klinikseelsorgers durchgeführt, bei dem die verschiedenen Aspekte diskutiert wurden.

Von besonderer Bedeutung war die Frage, ob und wie weit der Patient selber an der Entscheidung über seine weitere Behandlung beteiligt werden könne.“ (MAY 2003, 84–85)

**Fall 2** (Vgl. SPITTLER 2003, 69–71):

Von einer mit 68 Jahren stationär aufgenommenen Patientin war anamnestisch lediglich ein Bluthochdruck bekannt. Später wurde bekannt, dass sie 6 Wochen zuvor mit einer Freundin über Patientenverfügungen gesprochen hatte, im Unterschied zur Freundin jedoch selbst keine verfasst / ausgefüllt und unterschrieben hatte.

Sie war 3 Tage nicht außerhalb ihrer Wohnung gesehen worden und wurde bewusstlos am Boden liegend angetroffen.

„Vom Notarzt wurde die Patientin intubiert (mit einem Atemschlauch versehen) – atmete jedoch spontan – und wurde ins Krankenhaus eingeliefert. Bei der Aufnahme ins Krankenhaus waren ihre Augen geschlossen und sie bewegte Arme und Beine auch auf nachdrückliches Anrufen oder Schmerzreiz nicht.“ (SPITTLER 2003, 69)

Die Computertomographie ließ einen Schlaganfall im Hirnstamm aufgrund einer Thrombose der Hirnstammarterie erkennen. Nach zwei Tagen Bewusstlosigkeit ohne jegliche Reaktion auf Außenreize öffnete und schloss sie die Augen entsprechend den Aufforderungen. Andere spontane oder aufgeforderte Bewegungen waren nicht zu beobachten. Es wurde ein Locked-in-Syndrom diagnostiziert; typischerweise sind dabei Hören, Sehen, Berührungs- und Schmerzempfinden unbeeinträchtigt, die Augen können aufwärts und abwärts, meist

aber nicht seitlich bewegt werden, ebenso wenig die Arme oder Beine. Schlucken und Sprechen sind auch nicht möglich. Da das Großhirn unbeeinträchtigt ist, wird vermutet, dass auch Erleben, Erinnern und Wollen unbeeinträchtigt sein dürften.

Am dritten Tag atmete die Patientin spontan so weit ausreichend, dass der Atemschlauch entfernt werden konnte. Am vierten Tag drohte sie infolge Zurückfallens der Zunge zu ersticken. In dem Wissen, dass durch eine erneute Beatmung ein chronisches Zustandsbild bewirkt werden könnte, wurde entschieden, den Atemschlauch wieder einzuführen. Nach weiteren 3 Wochen dieser Behandlung stabilisierte sich der Zustand der Patientin so weit, dass der Beatmungsschlauch wieder entfernt werden konnte. Sie konnte auf Aufforderung die Augen öffnen und schließen, eine Verständigung über „Ja“ oder „Nein“ durch ein- oder zweimaliges Augenschließen zu trainieren, gelang jedoch nicht. In diesem Zustand wurde sie in ein Altenpflegeheim verlegt.

Bei einem Besuch 5 Monate später war ihr Zustand unverändert – zur Verzweiflung, Wut und Trauer der Angehörigen. 3 Jahre und 7 Monate nach der Erkrankung berichtet der betreuende Arzt, dass der Zustand sich geringfügig so verbessert hat, dass die Patientin mit ausdrücklichem Augenschließen „Ja“ und „Nein“ mit einer minimalen Seitwärtsbewegung des Kopfes um 30° mitteilen kann. Andere Aktivitäten oder Kommunikation sind nicht zu beobachten, jedoch ist anzunehmen, dass die Patientin wahrnimmt, denkt und fühlt. Nach Auskunft des berichtenden Arztes haben nur Pflegekräfte die Patientin zu fragen gewagt, ob sie weiterleben möchte, und eine verneinende Antwort erhalten. Die Schwägerin und gesetzlich bestellte Betreuerin der Patientin lehnt den Gedanken an eine Nahrungs- oder Flüssigkeitskarenz kategorisch ab. Dieser Option scheinen der berichtende Arzt und zum Teil das Pflegepersonal zuzuneigen.

### **Fall 3 (Vgl. SPITTLER 2003, 71–72):**

Bei der stationären Aufnahme war der Patient 61 Jahre alt, unverheiratet, ohne Kinder, lebte er allein in der Nähe seiner Schwester und ihrer Familie und hatte mit ihr engen Kontakt. In der Vorgeschichte gab es ein zurückliegendes Alkoholproblem, mit Entwöhnungsbehandlung unter energischem Einsatz der Schwester; nach einmaligem Rückfall war der Patient langjährig abstinent.

Der Patient wurde wegen zunehmender, besonders nächtlicher Atemnot stationär aufgenommen. Die Untersuchung ergab einen sehr unterschiedlich verteilten, erheblichen Muskelschwund an den Armen und Beinen. Essen und Trinken und besonders Schlucken waren sehr erschwert, das Husten mangelhaft, die Atmung mit aufgestützten Armen mühsam und aus der Nacht wurde jeweils eine erhebliche Zunahme der Atemnot berichtet.

„Aufgrund der sichtbaren feinen Muskelzuckungen (Faszikulationen) und des entsprechenden elektromyographischen Befundes war nach Ausschluss anderer Möglichkeiten die Diagnose einer amyotrophen Lateralsklerose ... gestellt worden.“ (SPITTLER 2003, 71)

In zwei wegen seiner Beeinträchtigung mühsamen Gesprächen an aufeinanderfolgenden Tagen wurde der Patient über den zu erwartenden Verlauf und die Behandlungsmöglichkeiten aufgeklärt. Die neue, medikamentöse Behandlung mit einer aufschiebenden Wirkung von 4–6 Monaten lehnte er ebenso ab wie die Möglichkeit einer Maskenbeatmung unter häuslichen Bedingungen, die die akute Atemnot beseitigen kann. Ebenso lehnte er klar den Vorschlag seiner Schwester ab, ihn in ihren Haushalt mit Heimbeatmung aufzunehmen wie auch die Aufnahme in ein Hospiz mit zeitweiser Heimbeatmung. Mehrfach und nachdrücklich äußerte er:

„Dann will ich nicht so lange leiden!“

Im gemeinsamen Gespräch mit ihm und seiner Schwester wurden die in Deutschland juristisch zulässigen Möglichkeiten durchgesprochen bis hin zum (nicht zulässigen) assistierten Suizid. Die sehr warmherzig wirkende Schwester wäre ohne Rücksicht auf juristische Konsequenzen bereit gewesen, gegebenenfalls dazu zu helfen.

Angesichts der Atemnot wurde ein mildes Beruhigungsmittel verabreicht und der noch nicht ganz akut bedrohlich wirkende Verlauf abgewartet. In der Nacht wurde jedoch bei erneut hochgradig quälender Atemnot ein Handeln notwendig. In der Notfallsituation fiel die Entscheidung zur Beatmung. Am anderen Morgen reagierte der Patient unter milde dosierender Medikation nicht erkennbar auf Ansprache und Berührung. Zur Vermeidung von Atemnot wurde laut Fallbericht die sedierende Medikation erhöht, die Beatmungsmaschine abgestellt und der Patient verstarb. (In einem Nachgespräch ein Jahr danach äußerte die Schwester des Patienten ohne jede Bedenken ihre Überzeugung, dass das Handeln des Arztes im Sinne ihres Bruders gewesen sei.)

Es könnte nun reizvoll sein, über diese und viele andere ethisch brisante Fälle eine offene Diskussion miteinander zu beginnen und Argumente auszutauschen. Argumentieren heißt nach Cicero (vgl. Thomas von Aquin, S Th I–II 14, 4) „rei dubiae facere fidem“ – in einer zweifelhaften Sache Glauben – Gewissheitsglauben – zu schaffen. Meine Frage ist mit unserem Tagungsthema jedoch spezifischer: Hilft Newmans Gewissenskonzeption dazu, in solchen unsicheren Situationen für ärztliches Handeln Gewissheit zu erlangen?

#### 4. Gewissen – insbesondere als *moral sense* – nach Newman

Im Folgenden werden nur Grundzüge der Gewissenskonzeption Newmans skizziert.<sup>2</sup> Insbesondere werden für den Kontext ärztlicher Entscheidungssituationen einige wichtig erscheinende Kernelemente herangezogen.

Newman setzt das Gewissenserlebnis – das Erlebnis eines guten wie eines aufgrund *realer* Schuld schlechten Gewissens – als allgemeine Erfahrungstatsache in jedem Menschen voraus. Er unterscheidet an diesem Phänomen zwei Aspekte und schreibt in „Entwurf einer Zustimmungstheorie“ (in: *Ausgew. Werke VII*, 74):

„Dieses Gefühl des Gewissens ist ein doppeltes: Es ist ein Sinn für das Sittliche (*moral sense*) und ein Sinn für Pflicht (*sense of duty*); ein Urteil der Vernunft (*judgment of reason*) und ein

herrscher Befehl (*magisterial dictate*). Natürlich ist seine Tätigkeit unteilbar; aber es hat doch diese beiden Aspekte, die voneinander verschieden sind und eine gesonderte Betrachtung zulassen. ... So hat das Gewissen sowohl ein kritisches (*critical*) als auch ein richterliches Amt (*judicial office*).“

Der *moral sense* des einen Gewissens meint das Gewissen als „moralisches Sensorium allgemeiner Art, durch das wir die sittlichen Werte erfassen und unser Handeln im Licht der Unterscheidung von gut und böse beurteilen“ (SCHOCKENHOFF 2003, 125) Der *sense of duty* steht für das Gewissen „als Pflichtgefühl und als Wissen um die Unbedingtheit des sittlichen Anspruchs“ (SCHOCKENHOFF 2003, 125) hinter den einzelnen Gewissensurteilen. Beide gehören zusammen zur einen unteilbaren Gewissenserfahrung, sind unterscheidbar, aber nicht trennbar voneinander. Als *moral sense* vernimmt das Gewissen konkrete sittliche Forderungen, das inhaltliche „Was“; der *sense of duty* lässt den unbedingten Verpflichtungscharakter der sittlichen Forderung spüren, das gebieterische „dass“ der Pflicht.

In einer ersten groben Annäherung könnte man das Gewissen als *moral sense* der Sicht vom Gewissen als natürlicher Anlage bei Thomas von Aquin zuordnen, den *sense of duty* der augustianischen Sprechweise vom Gewissen als *vox Dei*, wobei Newman eher vom *Echo einer Stimme* spricht. Allerdings ist Newman auch eigenständig gegenüber der Tradition von Augustinus und Thomas von Aquin, besonders wo er von der instinkthaft-intuitiven Erfassung sittlicher Werte durch den *moral sense* spricht, von der formlosen Schlussfolgerung des Gewissensurteils und schließlich in der religiösen Interpretation der Gewissenserfahrung, insbesondere in der Erfahrung des *sense of duty*. Von ihr ausgehend zeichnet er originell und eigenständig das Entstehen des Gottesgedankens im menschlichen Geist nach (vgl. SCHOCKENHOFF 2003, 126; darin liegt der Hauptakzent der Rezeption von Newmans Gewissenslehre – der Verweis auf Gott, bzw. die Verbindung des Geschöpfes mit dem Schöpfer im Gewissen; vgl. LEDEK 1996; A'TTARD 2000; 2001; 2002; MACERI 2000; MADDEN 2002; RULE 2004; ROHMANN 2006).

In seinem Buch „Wie gewiss ist das Gewissen?“ sieht EBERHARD SCHOCKENHOFF den eigenständigen Beitrag John Henry Newmans zur Gewissenslehre vor allem:

1. „im Aufweis der religiösen Dimension des Gewissens,
2. im Ernstnehmen der intuitiven, vorrationalen Tiefenschichten der sittlichen Erfahrung und
3. in dem Bemühen ..., den personalen Charakter der Gewissensverpflichtung herauszustellen, ohne ihre objektive Wahrheitsbindung in irgendeiner Weise abzuschwächen.“ (SCHOCKENHOFF 2003, 122)

Mit Seitenblick auf die beiden gegenläufigen Tendenzen eines liberalen Subjektivismus und Relativismus einerseits und eines heteronom wirkenden, autoritären Objektivismus in ethischen Fragen andererseits unterstreicht er:

„Gerade das Bestreben, an der Würde und unbedingten Verbindlichkeit des Gewissens jederzeit festzuhalten und mit derselben Entschiedenheit den Anspruch der Wahrheit zu verteidigen, macht Newmans Gewissenslehre zur denkerischen Herausforderung für die Gegenwart.“ (SCHOCKENHOFF 2003, 122; vgl. HEATH 1986)

Ich will im Blick auf unsere Fragestellung die religiöse Seite keineswegs ausklammern, jedoch insbesondere auf das Gewissen als Prinzip *ethischen Erkennens* eingehen, in dem Bewusstsein, dass beides bei Newman untrennbar zusammengehört, der *moral sense* und der *sense of duty*. Mir erscheint die Konzentration auf den *moral sense* plausibel, da es in ethischen Entscheidungssituationen von Ärzten, die pflichtbewusst handeln wollen, gerade in unsicheren Situationen um das „Was“ geht: Was sollen sie hier und jetzt tun oder auch unterlassen?

Dies verdeutlicht auch folgende Übersicht (TROCHOLEPCZY 1998, 61) als Versuch einer schematischen Darstellung der Gewissenslehre Newmans:

Gewissen	Sense of duty General religious sense Act of moral judgment	Moral sense Rule of morals Particular judgment formed
Herkunft	[Echo der] Stimme Gottes	Menschliche Folgerung
Eigenart	Judex Unbedingt	Index Bedingt, wenn dies so oder so ist, dann ...
Bereich	Personal Gut oder böse	Sachgerecht Sittlich richtig oder falsch im Einzelfall

Was aus dieser Übersicht auf der Seite des *moral sense* allerdings noch nicht hervorgeht, ist gerade das, was SCHOCKENHOFF (2003, 127) mit „Gewissen als intuitives Erkenntnisprinzip der Ethik“ bezeichnet. Zum Gewissen gehört für Newman der „Instinkt“ des menschlichen Geistes als ein inneres Gespür für das sittlich Richtige und Falsche. Dieser Instinkt liegt dem diskursiven und schlussfolgernden Denken voraus. Er verleiht der Vernunft ihre Erfahrungsbasis. Das moralische Erkennen verläuft ursprünglich wie anderes Erkennen auch vom Konkreten und Besonderen zum Abstrakten und Allgemeinen. Moral wird also nicht und nicht primär von Prinzipien oder Normen her *deduziert*, sondern die Vernunft gewinnt diese in umgekehrter Richtung aus vielfältigen und ähnlichen Einzelerlebnissen unter der Führung des *moral sense*.

„Dieser ist zunächst immer auf ein konkretes Erleben, auf das instinkthafte Erfassen einer sittlich wertvollen Tat oder auf den unmittelbar empfundenen Abscheu über eine verwerfliche Handlungsweise gerichtet.“ (SCHOCKENHOFF 2003, 127)

Das relativiert für Newman nicht den Anspruch des moralischen Gesetzes. Zwischen dem ursprünglicheren realen und dem folgenden begrifflichen Erfassen des sittlich Richtigen herrscht kein relativierendes Geltungsgefälle, sondern („nur“) eine Folgerungsrichtung: von der anfänglichen Gewissheit intuitiven Erfassens hin zur begrifflichen Zustimmung zu ab-

strakten (ethischen) Wahrheiten. Ein Zitat aus dem „Grammar of Assent“ (Entwurf einer Zustimmungslern, Ausgew. Werke VII, 46) verdeutlicht das Gemeinte:

„Es fällt mir natürlich nicht im Traum ein, die objektive Existenz des Sittengesetzes zu leugnen, noch auch unsere instinktive Anerkennung des unveränderlichen Unterschiedes in der sittlichen Qualität von Akten, der in uns schon bei einem einzigen Beispiel klar hervortritt. Schon ein einziger Akt von Grausamkeit, Undankbarkeit, Großmut und Gerechtigkeit offenbart uns auf einmal intensiv den unveränderlichen Unterschied zwischen diesen Qualitäten und ihren Gegensätzen, das heißt in diesem besonderen Beispiel und *pro hac vice*. Aus solcher Erfahrung – einer Erfahrung, die immer wiederkehrt – gehen wir zur Abstraktion und Verallgemeinerung über; und so wird der abstrakte Satz ‚es gibt recht und unrecht‘, der einen Akt der Folgerung darstellt, vom Geist mit einer begrifflichen, nicht mehr mit einer realen Zustimmung angenommen.“

Neben der *formellen Folgerung* (im Sinne formaler Logik) kennt Newman die „*natürliche*“ *Folgerung*, die implizit und unbewusst verläuft (*illative sense*) und zielsicher zu ihrem Ergebnis kommt – wie ein Bauer auf seine Erfahrung vertrauen kann, auch ohne meteorologische Fachkenntnisse; oder wie ein Arzt intuitiv den Zustand seines Patienten erfasst, schon bevor er alle Untersuchungen abgeschlossen hat (vgl. Entwurf einer Zustimmungslern, Ausgew. Werke VII, 232ff).

Darüber hinaus nennt Newman ein *formloses Folgern*, das ähnlich wie das natürliche Folgern implizit, unbewusst und auf je persönliche Art verläuft. Es beruht auf der Häufung konvergierender Wahrscheinlichkeiten (wie dies modern auch im „Konvergenzbeweis“ geschieht: die Häufung unterschiedlichster Wahrscheinlichkeiten, die in dieselbe Richtung weisen). Newman vergleicht dieses Folgern mit einem Kabel, das aus vielen Einzeldrähten besteht, und in seinen Eigenschaften einer massiven Stange überlegen sein kann.

Das intuitive Erfassen des Gegensatzes von gut und böse im konkreten Gewissenserleben des *moral sense* ordnet Newman dem *natürlichen und dem formlosen Folgerungsgeschehen* zu: Dieses sei „eine sichere Urteilskraft in allem Konkreten“ (Entwurf einer Zustimmungslern, Ausgew. Werke VII, 240) und das „leitende, kontrollierende und bestimmende Prinzip“ (Entwurf einer Zustimmungslern, Ausgew. Werke VII, 248) in den Fragen der persönlichen Lebensführung.

„Durch den Instinkt des *moral sense* vermag der Mensch spontan, unmittelbar und schon in einer einmaligen Erfahrung die sittliche Qualität seiner eigenen oder auch fremder Handlungen zu erfassen, um dann in einem weiteren Schritt sittliche Begriffe zu bilden, durch die er allgemeine Grundsätze über gut und böse erkennen kann. ... Wegen seiner grundlegenden Bedeutung für die Erkenntnis des Sittlichen hat Newman ihn das ‚Prinzip der Ethik‘ [Entwurf einer Zustimmungslern, Ausgew. Werke VII, 77] genannt, weil er die materialen Aspekte des moralischen Erkennens bereitstellt und in den intuitiv erfassten Ausgangsdaten der sittlichen Urteilsbildung die Gewissheit erlangt, von der aus die schlussfolgernde Vernunft zur Erkenntnis allgemeiner sittlicher Grundsätze und ihrer Verknüpfung untereinander fortschreitet.“ (SCHOCKENHOFF 2003, 129; vgl. BIEMER 2002, 398–399)

## 5. Ethische Bemühungen, zu Sicherheiten zu gelangen

Um welche Sicherheiten geht es? ARISTOTELES betont zu Beginn seiner *Nikomachischen Ethik*:

„Wir werden uns aber mit demjenigen Grade von Bestimmtheit begnügen müssen, der dem gegebenen Stoffe entspricht. Denn man darf nicht bei allen Fragen die gleiche Präzision verlangen, wie man es ja auch nicht im Handwerklichen tut. ... Denn es kennzeichnet den Gebildeten, in jedem einzelnen Gebiet nur so viel Präzision zu verlangen, als es die Natur des Gegenstandes zulässt.“ (NE I 1, 1094b11–14. 23–25).

- Es kann und muss also stets um moralische Gewissheit – nicht um etwa streng logische oder um (gar „unfehlbare“) metaphysische Gewissheit und Sicherheit gehen.

Newman illustriert das formlose Folgern des *moral sense* direkt am Beispiel eines Arztes:

„Weiter gibt es Ärzte, die hervorragend sind in der Diagnose von Krankheiten. Gleichwohl folgt daraus nicht, daß sie in einem einzelnen Fall ihre Entscheidung gegen einen Kollegen, der sie bestreitet, verteidigen können. Sie werden geleitet durch ihre eigene idiosynkratische Art zu beobachten, zu verallgemeinern und zu schließen. Wenn man sie fragt, können sie sich nur auf ihre eigene Autorität berufen oder an den künftigen Ausgang appellieren.“ (Entwurf einer Zustimmungslehre, Ausgew. Werke VII, 233)

So wichtig dieses intuitive Urteil von erfahrenen Ärzten sein mag – die spontane Urteilskompetenz des Gewissens wird heute vielleicht mehr denn je von einer zunehmenden Komplexität und Unübersichtlichkeit überlagert. Das gilt nicht nur im Feld ärztlichen Handelns, aber auch dort. Das Leben mit dem Zweifel angesichts drängenden Handlungsbedarfs stellt vor schwierige Situationen, die häufig die Form von Dilemmata annehmen. Es wird den Handelnden in diesen Komplexitäten bewusster, dass ihre ethische Praxis auch korrektur- und reversionsoffen sein muss. Das widerspricht keineswegs der absoluten Verpflichtungskraft angemessen erkannter sittlicher Normen und Werte.

In der moraltheologischen Tradition wurden in anderem Kontext (v.a. im Kontext des Bußsakraments) sog. Moralsysteme ausgearbeitet, um in *unklaren* Situationen und Fällen mit sich überschneidenden ethischen Normen, Werten und Zielen Gewissenszweifeln abzuhefen. Moralsysteme sind wie ein geistiges Ordnungsraster (MAUSBACH/ ERMECKE 1959; CAPONE 1990; DEMMER 1998) für konfus erscheinende Situationen, um eine unmittelbar hilfreiche, praktische Entscheidungsgewissheit zu ermöglichen.

Vorausgesetzt sind dabei einerseits klare ethische Überzeugungen und Vorstellungen, Normen und Werte. Etwa die vier Prinzipien für medizinische Praxis nach BEAUCHAMP /CHILDRESS (2001), die gerne zum Gegenstand von Fallbesprechungen verwendet werden (vgl. MAY 2003), die jedoch ihrerseits *unterbestimmt* und sehr deutungsoffen sind:

- Respekt vor Selbstbestimmung (autonomy)
- Nicht-Schaden (nonmaleficence, primum nil nocere)
- Gutes tun (beneficence, bonum facere, Hilfsangebot)
- Gerechtigkeit (justice)

Andererseits steht im konkreten Fall in Frage, ob hier eine Norm verpflichtet, das sog. *Dubium iuris*. Ich will nur kurz die Grundpositionen der beiden wichtigsten Moralsysteme skizzieren:

Der sog. *Probabilismus* erklärt: Der solide begründete Zweifel genügt zur Entpflichtung, selbst wenn wahrscheinlichere Gründe für eine Verpflichtung sprechen (*lex dubia non obligat* – in dubio pro libertate)

Der gemäßigte *Tutorismus* besteht auf erreichbarer Sicherheit. Er ist anzuwenden, wenn Rechtszwecke garantiert werden müssen – z.B. grundlegende Menschenrechte.

Etwas anders liegt es bei einem Tatsachenzweifel (*dubium facti*): Hier ist der Regelfall die Grundlage für eine Entscheidung. (Etwa im Falle eines Locked-in-Syndroms wie im 2. Fall: die Regel ist volle Empfindungsfähigkeit). Beschneidet eine *zweifelhafte* Tatsache die Freiheit, muss sie bewiesen werden. Involviert der Tatsachenzweifel sichere Rechte (z.B. das Recht, als Mensch behandelt zu werden – einfach aufgrund der Tatsache, ein Mensch zu sein<sup>3</sup>), ist nach Maßgabe des Möglichen tutoristisch zu entscheiden und das Recht zu sichern.

Newmans unterschiedliche Äußerungen lassen zwar keine eindeutige Identifikation des *moral sense* mit der praktischen Vernunft zu (vgl. GEIBLER 1992, 84–91), aber doch eine klare Zuordnung, wenn nicht Zugehörigkeit der praktischen Vernunft zum *moral sense* (zu dessen Eigenart als geistigem Instinkt). Es wäre also eine Aufgabe des *moral sense* als praktischer Vernunft, um schnell und klar urteilen zu können, sich zu bilden – auch im Sinne dieser Moralsysteme – um die eigene praktische Urteilskraft zu entwickeln und zu stärken.

Dies wird in anderer Sprache auch im Kontext der EBM von ärztlich-ethischer Seite diskutiert. Denn die Ergebnisse von EBM sind stets nur an empirischen Stichproben (Kollektiven) geprüft und naturgemäß probabilistischer Art; damit sind sie vorläufig bis zum Finden einer effektiveren Maßnahme.

„Ärztliches Handeln ist aber immer Handeln im Einzelfall und sollte sich am einzelnen Patienten orientieren. Zudem kann man nicht probabilistisch und auch nicht vorläufig handeln.“ (WIESING 2001, 162)

Es bedarf also der ärztlichen Urteilskraft – bei Anwendung von EBM einer subsumierenden Urteilskraft – und nicht immer weiterer Regeln zur Subsumtion (vgl. Kant, KrV A 202; Urteilskraft A VII):

„Um das methodisch abgesicherte Handlungswissen anzuwenden, bedarf es bestimmter Fähigkeiten, die das Handlungswissen eben nicht enthält, ja gar nicht enthalten kann, allen voran die subsumierende Urteilskraft. Es bedarf der Umsicht, der vorsichtigen Anwendung der Indikationsregeln auf den einzelnen Fall unter Berücksichtigung dessen individueller Konstellation.“ (WIESING 2001, 162)<sup>4</sup>

Ähnlich legte NOICHL dar:

„Die Verengung auf die Verfahren der evidenzbasierten Medizin und die damit drohende Vernachlässigung der Entwicklung von Regeln für das Handeln unter Zeitdruck oder in komplexen Situationen kann sich ... zum Schaden auswirken.“ (NOICHL 2001, 367–368)

Die Folgerung liegt auf der Hand:

„Soll die Evidence-based Medicine daher als Bereicherung der medizinischen Verfahren verstanden und angewandt werden, muss sie in der Medizin als einer praktischen Wissenschaft mit normativem Charakter integriert werden und darf diese nicht im Sinne einer Anwendung theoretischen Wissens ersetzen.“ (NOICHL 2001, 369–370)

Wie wichtig die Formung und Ausbildung der praktischen ärztlich-ethischen Urteilskraft ist, unterstreicht auch ARND MAY, von dem das Fallbeispiel des 42-jährigen Patienten mit bestehender HIV Infektion (MAY 2003, 84f) stammt. Die Rolle von Ethikkomitee bzw. Klinischen Ethik Komitees (MAY 2003, 86) bestehe im ethischen Argumentieren. An einzel-fallbezogene Ethik-Komitees darf keine Verantwortung delegiert werden, und „Voten können das Urteil des Entscheidungsträgers wohl erhellen, aber nicht ersetzen“ (zit. MAY 2003, 86); es soll ein Forum für schwierige und kontroverse moralische Entscheidungen darstellen. Und die Ergebnisse einer Ärztebefragung (vgl. MAY 2003, 85), von der MAY berichtet, zeigen, dass bei ihrer Entscheidung zur Unterlassung von Behandlungen der Patientenwunsch erst *nach* internationalen Standards und *nach* eigenen Erfahrungen kommt. Bei umstrittenen Behandlungen oder ihrer Beendigung bei Patienten mit infauster Prognose sei der Patientenwunsch der wichtigste Einflussfaktor auf die Entscheidungsfindung. Bei der Frage nach dem Einfluss von intuitiven Entscheidungen hatten Chefarzte deutlich höhere Werte (Mean 3,0) als Ärzte im Praktikum (Mean 2,47) – sie treffen häufiger Entscheidungen aus dem Bauch – aus ihrer ärztlich-ethischen Intuition heraus.

Damit komme ich nochmals zu Newman und dem Folgerungssinn (*illative sense*) als Teil des *moral sense* zurück; Newman führt in thomanisch-aristotelischer Tradition von Klugheit als Tugend der praktischen Vernunft aus:

„Statt der logischen Wissenschaft zu vertrauen, müssen wir Personen vertrauen, denen nämlich, die durch eine lange Bekanntschaft mit ihrem Gegenstand ein Recht zu urteilen haben. Und wenn wir selber den Wunsch haben, an ihren Überzeugungen und den Gründen dafür teilzuhaben, müssen wir ihre Geschichte nachvollziehen und lernen, wie sie gelernt haben. ... dann verlassen wir uns mit Recht auf uns selbst und lassen uns durch unser sittliches oder intellektuelles Urteil leiten, nicht durch unsere Geschicklichkeit im Argumentieren. [Aristoteles zitiert in NE I 2 Hesiod:] ‚Am besten von allen ist der, der weise ist mit seinem eigenen Kopf; der nächstbeste der, der weise ist mit dem Kopf anderer; aber wer da weder fähig ist zu sehen, noch willig zu hören, der ist ein Taugenichts.‘ Urteilskraft in allem Konkreten ist also die architektonische Fähigkeit; und was man den Folgerungssinn (*illative sense*) nennen kann, oder das richtige Urteil beim Schlußfolgern, ist ein Zweig von ihr.“ (Entwurf einer Zustimmungslehre, Ausgew. Werke VII, 240)

Newmans ganzes Leben war von diesem Lernen bzw. von dieser Lernbereitschaft geprägt, dabei stets den Verpflichtungen und Einsichten seines Gewissens folgend.<sup>5</sup>

## 6. Die unvertretbare sittliche Verantwortung – *sense of duty*

Alle kennen wir die Rede vom „Irrenden Gewissen“ – worin aber besteht dieser Irrtum? Ob es ein Gewissensspruch ist oder worauf der Gewissensspruch sich bezieht? Vom Phänomen und von der Definition der Gewissenserfahrung als Erfahrung unbedingten Sollens her wird einsichtig: Der Irrtum betrifft nur den Inhalt, d.h. *was* es sagt oder *wie* es urteilt; darin ist das Gewissen wie alles menschliche Erkennen fehlbar. Es irrt aber nicht darin, *dass* es das so Beurteilt als unbedingte Gewissensverpflichtung erfährt.

Mit Newman klärt und vertieft SCHOCKENHOFF:

„Dem Gewissen ist immer nur eine subjektive Gewissheit (*certitude*) gegeben, woraus seine unbedingte Verbindlichkeit für den Betreffenden folgt, während ihm objektive Gewissheit (*certainty*) im Sinne einer inhaltlichen Unfehlbarkeit seiner Urteile versagt bleibt. Im Falle des (unüberwindlich) irrenden Gewissens treten beide Aspekte auseinander, so dass das Gewissen, ohne seine Verbindlichkeit für die Dauer des Irrtums einzubüßen, in einen Widerspruch zur sittlichen Wahrheit gerät. Der Vorschlag, in einem derartigen Fall lieber von einer Selbstverfälschung des Gewissens als von einem bloßen Irrtum zu sprechen, möchte das überaus Prekäre der Situation herausstellen, in die ein solcher Mensch gerät. Sein Gewissen irrt nämlich nicht nur gegenüber einer von außen an es herangetragenen oder im Namen einer fremden Autorität aufgestellten Norm, sondern in dem, was es selbst sein sollte und als ein recht gebildetes Gewissen auch sein könnte.“ (SCHOCKENHOFF 2003, 206–207).

Das Gewissen braucht Bildung: Bildung seiner praktischen Urteilskraft, gerade auch für ärztliches Handeln in der Verantwortung gegenüber den Patienten, in Verantwortung des Arztes bzw. der Ärztin gegenüber sich selbst und in Verantwortung gegenüber dem, von dessen Stimme das Gewissen nach Newman ein Echo darstellt, das ebenso verpflichtet wie es erschüttern und faszinieren kann.

Lassen sie mich mit einem Wort von Thomas von Aquin schließen, in dem er Aristoteles zu dem kommentiert, was schon oben zitiert wurde:

„Wir werden uns aber mit demjenigen Grade von Bestimmtheit begnügen müssen, der dem gegebenen Stoffe entspricht. Denn man darf nicht bei allen Fragen die gleiche Präzision verlangen, wie man es ja auch nicht im Handwerklichen tut. ... Denn es kennzeichnet den Gebildeten, in jedem einzelnen Gebiet nur so viel Präzision zu verlangen, als es die Natur des Gegenstandes zulässt.“ (NE I 1, 1094b11–14. 23–25).

Dazu erläutert Thomas von Aquin:

„Der Gegenstand der Ethik ist so, dass ihm keine perfekte Sicherheit zukommt. ... Es ist die Aufgabe eines gebildeten Menschen, dass er bei jeglichem Gegenstand so viel Sicherheit sucht, wie dies der Natur der Sache entspricht. Er darf aber auch nicht mit weniger zufrieden sein.“<sup>6</sup>

Diese Spannung zu halten ist nochmals Aufgabe des Gewissens und bewahrt vor überzogenen Wahrheitsansprüchen im Bereich der Ethik und Sittlichkeit ebenso wie vor einem ethi-

schen Relativismus (vgl. BAUMANN 1996; 1999) – auch im Feld medizinischer Ethik und ärztlichen Entscheidens.

### *Anmerkungen*

1 Vortrag am 26.01.2008 im Rahmen der Tagung "Auf der Suche nach Gewissheit: Nachfrage bei John Henry Newman" – Tagung der Katholischen Ärztarbeit Deutschlands und der St.–Albertus–Magnus–Apothekergilde in Maria Laach, 26./27.01.2008.

2 Sehr hilfreich dafür sind die Ausführungen von E. SCHOCKENHOFF (2003).

3 Vgl. hierzu jüngst auch die „Antworten auf Fragen der Bischofskonferenz der Vereinigten Staaten bezüglich der künstlichen Ernährung und Wasserversorgung“ sowie den zugehörigen „Kommentar“ seitens der vatikanischen Glaubenskongregation vom 01.08.2007.

4 Weitere Gefahr: "Es könnte sich eine Diskrepanz ergeben zwischen dem, was die EBM aus methodischer Vorliebe vorzugsweise misst, und dem, was für die Patienten relevant ist und nach ärztlichem Auftrag beeinflusst werden sollte" (WIESING 2001, 163), z.B. Vorliebe für somatische Erkrankungen und Vernachlässigung psychischer Aspekte.

5 Zu seinem unruhigen Erkenntnis- und Lebensweg schrieb er selbst, er habe nie gegen das Licht – allenfalls im Dunkel des Nicht-Erkennens also! – gesündigt.

6 Thomas von Aquin, In Eth Nic I ,III, n. 32. 36: *Materia autem moralis talis est, quod non est ei conveniens perfecta certitudo. ... ad hominem disciplinatum, idest bene instructum, pertinet, ut tantum certitudinis quaerat in unaquaque materia quantum natura rei patitur. ... debet ... nec minori esse contentus.*

#### Literatur:

ARISTOTELES, Nikomachische Ethik.

ATTARD, FABIO (2000) John Henry Newman: Advocacy of conscience – 1825–1832, in: *Salesianum* 62 (2000) 331–351. 433–456.

ATTARD, FABIO (2001) John Henry Newman. Advocacy of conscience – 1833–1843, in: *Salesianum* 63 (2001) 315–340. 521–536.

ATTARD, FABIO (2002) La coscienza e la ragione come esperienza della verità divina in John Henry Newman, in: ATTARD, FABIO / CARLOTTI, PAOLO (Hrsg.) *Teologia morale e pastorale in dialogo*, Rom: LAS 2002, 101–117

BAUMANN, KLAUS (1999) The Concept of Human Acts Revisited. St. Thomas and the Unconscious in Freedom, in: *Gregorianum* 80 (1999) 147–171.

BIEMER, GÜNTER (2002) Die Wahrheit wird stärker sein. Das Leben Kardinal Newmans, Frankfurt u a.: Peter Lang (2. Aufl.).

BIEMER, GÜNTER (1998) Newman, in: KASPER, WALTER u.a. (Hrsg.) *Lexikon für Theologie und Kirche*. Bd. 7. Freiburg: Basel, Rom, Wien: Herder 31998, 795–797.

CAPONE, DOMENICO (1990) Art. Sistemi morali, in: *Nuovo Dizionario di Teologia Morale*, Cinisello Balsamo (Milano): Edizioni San Paolo, 1246–1254.

DAMMANN, GERHARD (2007) Ethische Argumente für und wider werbeorientiertes Marketing von Ärzten und Krankenhäusern, in: *Zeitschrift für medizinische Ethik* 53 (2007) 255–273

DAWSON, DAVID (1984) Between the Cross and the Church: John Henry Newman's Crisis of Conscience, in *Anglican Theological Review* 66 (1984) 360–374

- DEMME, KLAUS (1998) Art. Moralsysteme, in: *Lexikon für Theologie und Kirche* (3. Aufl.) Bd. 7, 461–462.
- DESSAIN, CHARLES STEPHEN (1980) John Henry Newman, Anwalt redlichen Glaubens, Freiburg u.a.: Herder.
- GEIBLER, HERMANN (1992) Gewissen und Wahrheit bei John Henry Kardinal Newman, Frankfurt u.a.: Peter Lang.
- HEATH, THOMAS (1986) Honest thinking and obedience in Cardinal Newman, in: *One in Christ* 22 (1986) 234–240
- KOPECKY, FRANTISEK (1990) Moralsysteme, in: *Neues Lexikon der Christlichen Moral*, 516–522.
- LEDEK, RONALD (1996) The Nature of Conscience and its Religious Significance with Special Reference to John Henry Newman, San Francisco u.a.: International Scholars Publications
- MACERI, FRANCESCO (2000) Il ruolo della coscienza nel dialogo tra fede e ragione secondo Newman: un aiuto per il superamento della tensione tra integralismo e nichilismo, in: *Euntes docete* 53 (2000) 139–15
- MADDEN, NICHOLAS (2002) Newman: Conscience, the Matrix of Spirituality, in: *Irish Theological Quarterly* 67 (2002) 145–151
- MAUSBACH, JOSEPH/ ERMECKE, GUSTAV (1959) *Katholische Moraltheologie I* (9. Aufl.), Münster: Aschendorff, 171–188.
- MAY, ARND T. (2003) Tun und Unterlassen im klinischen Entscheidungskonflikt, in: KICK, HERMES ANDREAS/ TAUPITZ, JOCHEN (Hrsg.) *Handeln und Unterlassen. Ethik und Recht in den Grenzbereichen von Medizin und Psychologie*, Berlin u.a.: Springer 2003, 83–89.
- MICHAELIS, JÖRG/ RASPE, HANS HEINRICH (Hrsg.) *Die Evidenz-basierte Medizin im Licht der Fakultäten. Symposium der Akademie der Wissenschaften und der Literatur (Mainz 15./ 16.10.1999)*, Basel: Schwabe 2001, 7–9 (Vorwort).
- NOICHL, FRANZ (2001) Neue Rationalität in der Medizin. Ethische Aspekte der Evidence-based Medicine (EBM), in: *Ethica* 9, 353–373.
- ROHMANN, KLAUS (2006) Gewissen und Lebensentscheidungen: Döllinger und Newman, in: *Internationale kirchliche Zeitschrift* 96(2006) 16–35
- RULE, PHILIP C. (2004) *Coleridge and Newman The Centrality of Conscience*, New York: Fordham University Press
- SCHOCKENHOFF, EBERHARD (2003) Wie gewiss ist das Gewissen? Eine ethische Orientierung, Freiburg u.a.: Herder, bes. 122–143, 143–151.
- SPITTLER, JOHANN FRIEDRICH (2003) Handeln und Unterlassen in der neurologischen Intensivbehandlung, in: KICK, HERMES ANDREAS/ TAUPITZ, JOCHEN (Hrsg.) *Handeln und Unterlassen. Ethik und Recht in den Grenzbereichen von Medizin und Psychologie*, Berlin u.a.: Springer 2003, 69–82.
- TOLKSDORF, WILHELM (2000) Rezension: Die Wahrheit wird stärker sein. Überlegungen zu einer neuen Newman-Biographie, in: *Pastoralblatt für die Diözesen Aachen*, Berlin, Essen, Hamburg, Hildesheim, Köln, Osnabrück 52 (2000) 311–314.
- TROCHOLEPCZY, BERND (1998) Gewissen: Befähigung und Herausforderung zur *conversio continua*, in: BIEMER, GUNTER/KULD, LOTHAR/ SIEBENROCK, ROMAN (Hrsg.) *Sinnsuche und Lebenswenden. Gewissen als Praxis nach John Henry Newman*, Frankfurt u.a.: Lang 1998, 51–64
- WEBER, HELMUT (1991) *Allgemeine Moraltheologie: Ruf und Antwort*, Graz u.a.: Styria 1991.
- WIESING, URBAN (2001) Evidenz-basierte Medizin aus ethischer Sicht, in: MICHAELIS, JÖRG/ RASPE, HANS HEINRICH (Hrsg.) *Die Evidenz-basierte Medizin im Licht der Fakultäten. Symposium der Akademie der Wissenschaften und der Literatur (Mainz 15./ 16.10.1999)*, Basel: Schwabe 2001, 159–164.