

PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/168982>

Please be advised that this information was generated on 2020-12-05 and may be subject to change.

ÄRZTLICHER ETHOS

„Zeit für einen neuen Eid“

Ein Eid für den medizinischen Berufsstand ist kein Griff in die Mottenkiste einer nostalgisch verklärten Vergangenheit, sondern Ausdruck eines wachsenden Bedürfnisses junger Ärzte.

Der Titel dieses Beitrags ist ein Zitat aus der Wochenzeitung „Die Zeit“ im November letzten Jahres. Obwohl der Hippokratische Eid in weiten Teilen tatsächlich veraltet ist, legen dem Artikel zufolge die Absolventen von knapp der Hälfte aller medizinischen Hochschulen in Deutschland einen Eid ab – und zwar auf eigenen Wunsch.

In diese Richtung äußerte sich auch Bundesärztekammerpräsident Montgomery, demzufolge ein feierliches ärztliches Gelöbnis „der Profanisierung unseres Berufsbildes entgegenwirken würde“. Die Generalversammlung des Weltärztebundes beauftragte Oktober 2015 eine Arbeitsgruppe mit der Aktualisierung des Genfer Ärztegelöbnisses.

In der Schweiz hat im letzten Jahr eine Arbeitsgruppe der „Stiftung Dialog Ethik“ ein Eidmodell für Ärzte und Ärztinnen in der dortigen Ärztezeitung (Schweizerische Ärztezeitung, 25. Juni 2015, 930–934) publiziert, das auf große Resonanz gestoßen ist. (Der Autor dieses Artikels war Mitglied dieser Kommission.) Hinter dieses Eidmodell haben sich mittlerweile verschiedene schweizerische medizinische Fachgesellschaften geschart. Diese betrachten den Eidtext als Grundlage für weitere Debatten und zukünftige Beschlüsse.

Rumor in den Gesundheitswesen gehört zu deren Alltag. Denn hochkomplexe, wirtschaftlich bedeutsame, mit unterschiedlichen Interessen liierte und politischen Interventionen ausgesetzte Institutionen kommen in modernen Gesellschaften selten zur Ruhe. Das ist der Preis der Moderne, den wir alle zahlen (sollten). Allerdings können Spannungen auftreten, die fundamentaler Art sind, weil sie den Kern des Selbstverständnisses einer Pro-

fession und somit das Wesen einer Institution betreffen. Das Stichwort in unserem Zusammenhang lautet „Ökonomisierung“ des Gesundheitswesens. Das im vergangenen Jahr verabschiedete Antikorruptionsgesetz und die Diskussion um die von der Pharmaindustrie finanzierten „Anwendungsbeobachtungen“ zeigen unmissverständlich auf einen Konflikt, der fundamentaler Natur ist. Diagnostiziert worden ist dieser Sachverhalt in den letzten Jahren häufig. Reagiert wird auf ihn allerdings mit eher geringer Frequenz und dann oftmals mit einer gewissen Hilflosigkeit, was die Therapie betrifft. Zwei prominente Beispiele seien genannt.

Zwei Systeme im Konflikt

Anfang April 2016 veröffentlichte der Deutsche Ethikrat eine überaus wichtige und ausgewogene Stellungnahme mit dem Titel „Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus“. Zu den Gefährdungen jenes Patientenwohls zählt das Dokument den Konflikt zwischen dem „jeweiligen Berufsethos“ und der „Berufswirklichkeit“ der im Krankenhaus ärztlich und pflegerisch Tätigen. In diesem Zusammenhang ist davon die Rede, dass die ökonomischen Rahmenbedingungen, die zu zunehmendem Arbeitsdruck und wachsender Arbeitsverdichtung führen, mit dem beruflichen Selbstverständnis in Konflikt geraten. Zwei „Normsysteme“ prallen aufeinander – das des Patientenwohls (und somit das des medizinischen Berufsethos) und die „Primärorientierung“ (1) an ökonomischen, marktförmigen Kriterien. Die Formulierung „Primärorientierung“ signalisiert das Problem einer Vorzugsordnung, denn Gesichtspunkte des Marktes und mit ihnen



die ökonomische Bilanzierung medizinischen Handelns sind diesem Handeln keineswegs prinzipiell abträglich. Aber über die Rangordnung dieser Normsysteme muss allerdings Klarheit gewonnen werden – zugunsten des medizinethisch erforderlichen Primats des Patientenwohls.

Der Ethikrat diskutiert in diesem Zusammenhang die zwiespältigen Folgen der Einführung der fallpauschalbasierten Vergütung (DRG). Das Fazit dieser Überlegungen lautet, dass eine „Ziel-Mittel-Verschiebung“ (2) stattgefunden habe. Medizinische Leistungen werden zu Mitteln für das Ziel einer finanziellen Optimierung. Dass das Patientenwohl unter dieser Verschiebung in Mitleidenschaft gezogen wird, ist gut dokumentiert: medizinisch indizierte Leistungen werden aus öko-

nomischen Gründen vorenthalten bzw. durch kostengünstigere, aber weniger effektive Alternativen ersetzt; wirtschaftliche Rahmenbedingungen beeinflussen die Fallzahlhöhen (3). Unter Druck gerät vor allem das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient. Beklagt wird sehr häufig, dass die Zeit für die Zuwendung zum Patienten keineswegs in einem ausreichenden Maß mehr vorhanden ist.

nomischen Gründen vorenthalten bzw. durch kostengünstigere, aber weniger effektive Alternativen ersetzt; wirtschaftliche Rahmenbedingungen beeinflussen die Fallzahlhöhen (3). Unter Druck gerät vor allem das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient. Beklagt wird sehr häufig, dass die Zeit für die Zuwendung zum Patienten keineswegs in einem ausreichenden Maß mehr vorhanden ist.

Patienten und Studenten sind zu Kunden geworden. Ärzte und Hochschullehrer zu Dienstleistern. Dabei ist Wertvolles und Einzigartiges verloren gegangen.

nomischen Gründen vorenthalten bzw. durch kostengünstigere, aber weniger effektive Alternativen ersetzt; wirtschaftliche Rahmenbedingungen beeinflussen die Fallzahlhöhen (3). Unter Druck gerät vor allem das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient. Beklagt wird sehr häufig, dass die Zeit für die Zuwendung zum Patienten keineswegs in einem ausreichenden Maß mehr vorhanden ist.

Vier Prinzipien

Aber wie lässt sich diese Situation verändern? Der Konflikt der Normsysteme, wie er in jener Stellungnahme beschrieben wird, ist selbstverständlich das Resultat gesundheitspolitischer Markierungen und Entscheidungen. Dieser an sich triviale Sachverhalt verliert aber an Trivialität, sobald man ihn mit den Lösungsansätzen vergleicht. Wie ein Mantra wird, sobald medizinethische Angelegenheiten thematisiert werden, die auf die US-amerikanischen Ethiker Tom Beauchamp und James Childress zurückgehenden „vier Prinzi-

pien“ genannt: das Prinzip des „Wohl-Tuns“ (beneficence), das des „Nicht-Schadens“ (non-maleficence) und die beiden Prinzipien der „Autonomie“ und der „Gerechtigkeit“. Die beiden ersten enthalten gleichsam die Klassiker des Medizinethos – die Grundsätze des „salus aegroti suprema lex“ und des „primum nihil nocere“. Zu großer Prominenz gelangte in den vergangenen Jahrzehnten vor allem die „Patientenautonomie“, während die Verpflichtung auf „Gerechtigkeit“ eher eine Mauerblümchen-Existenz fristet.

Vermutlich wird kaum jemand diesen Grundsätzen in abstracto widersprechen wollen. Sie besitzen – auf diesem Niveau – den Charakter einer selbstverständlichen, völlig unproblematischen Richtigkeit. In Handlungskonflikten dienen sie als

Richtschnur, aber sie müssen solange in concreto auf der Systemebene unwirksam bleiben, als sie nicht in einem expliziten Berufsethos eine verbindliche professionelle Gestalt erhalten. Der Ethikrat belässt es an entscheidender Stelle leider bei einer sehr allgemein geratenen Empfehlung: „Für die Ärzteschaft ist es in diesem Zusammenhang von erheblicher Bedeutung, sich in einem strukturierten Prozess der ethischen Grundlagen ihres Berufes vergewissern zu können. Ein Ziel muss die Sicherstellung eines auf den individuellen Patienten und seinen spezifischen Bedarf abstellenden ärztlichen Handelns sein. Hieraus abgeleitet ergibt sich als ein weiteres Ziel, die Qualität der medizinischen Behandlung auch unter ethischer Perspektive zu definieren und die hierfür relevanten Kriterien zu benennen.“ (4)

noch Verfasstheit einer solchen Vergewisserung auch nur angedeutet werden. Darüber hinaus dürften die ethischen Kriterien – siehe oben – längst bekannt sein, aber sie werden kaum operationalisiert im Hinblick auf die ärztliche Profession, auf ihre organisatorischen Strukturen und ihre institutionelle Umgebung.

Eine freie Entscheidung

Das zweite Beispiel bezieht sich auf eine Publikation von Giovanni Maio, dem Freiburger Medizinethiker, der im Jahre 2014 ein fulminantes und überaus lesenswertes Buch mit dem provozierenden Titel „Geschäftsmodell Gesundheit. Wie der Markt die Heilkunst abschafft“ publizierte. In seiner eindrücklichen und im Ganzen schwer zu widerlegenden, umfassenden Diagnostik legt Maio den Finger auf die Wunde: Ökonomische Diktate und die Macht des Managements seien dabei, den ärztlichen Beruf gleichsam auszuhöhlen. Eine umfassende Deprofessionalisierung schreite voran. Dieser erfahrungsgesättigte Bericht des Arztes und Ethikers Maio enthält eine wichtige Empfehlung. Sie lautet: „Es geht darum, dass wir heute eine politisch gewollte Deprofessionalisierung und damit eine Entwertung des Arztberufs erleben, weil ein Arzt, der sich auf seinen Professionsstatus beruft und damit Freiheit im Denken und Behandeln reklamiert, schwieriger zu managen ist. Daher soll politisch gewollt der Arztberuf kleingeredet und auf die gleiche Stufe gestellt werden wie Dienstleistungsbereiche der Industrie. [...] Ein Arzt muss sich, ohne Konflikte oder Bestrafungen befürchten zu müssen, frei für das Wohl des Patienten entscheiden können. Und seinen Prinzipien entsprechend handeln, ganz gleich, was politisch oder ökonomisch oder von partikularen Interessenverbänden von ihm erwartet wird. Prinzipientreue setzt aber eine innere wie äußere Freiheit voraus.“ (5)

Ob die genannte Deprofessionalisierung nun wirklich „politisch gewollt“ ist, kann man bezweifeln, denn in einem solchen Fall müsste man den politischen Akteur genau

nennen können. Dass allerdings die systemischen Kontexte – die Ökonomisierung im Sinne der Dominanz (markt)wirtschaftlicher Rücksichten über die Praxis der Medizin und die zunehmende Managementabhängigkeit ärztlichen Handelns – das Resultat politischer Entscheidungen sind, deren Folge die Unterordnung der Profession unter externen, also ihr fremden Gesichtspunkten darstellt, dürfte unumstritten sein. Aber was sind die Konsequenzen dieser Feststellung? Auch Maio belässt es bei einem Appell. Wenn der Arzt sich „frei für das Wohl des Patienten entscheiden können muss“, lautet doch die Frage, wie er das können kann. Maio deutet allerdings an, was die Voraussetzungen eines solchen Könnens sind – „eine innere wie äußere Freiheit“. Aber erneut sei die Frage gestellt, wie eine solche doppelte Freiheit zu bewerkstelligen sei. Deutscher Ethikrat und Giovanni Maio bleiben die Antwort schuldig.

Besinnung auf Tradition

Dass die ärztliche Professionalität mit überbordenden Effizienzanforderungen und ökonomischen Erwartungshaltungen konfrontiert wird, stellt keine neue Konstatierung dar. Dass das Berufsethos zunehmend unter extrinsischen Einflussnahmen zu leiden hat, unter Anforderungsprofilen, die mit wesentlichen Kennzeichen des Berufes kaum mehr zu tun haben, wird seit Jahren beklagt. Es sei hier nebenbei angemerkt, dass diese Entwicklung keineswegs monokausal auf die Zunahme privater Trägerschaft von Gesundheitsleistungen zurückgeführt werden kann. Sie betrifft alle Formen der Trägerschaft. Appelle an die berufliche und moralische Integrität der medizinischen Akteure sind wohlgemeint und keineswegs falsch, aber können kaum wirksame Gegenkräfte mobilisieren, solange sie nicht eingebettet werden in Formen organisierten Widerstands. Das klingt nach Revolution, stellt aber in Wahrheit, wie wir gleich sehen werden, nur die Besinnung auf die eigene – ärztliche – Tradition dar.

Der ärztliche Eid

Ich gelobe, während der Ausübung meiner ärztlichen Tätigkeit folgende Berufspflichten nach meiner Kraft und Fähigkeit zu respektieren und ihnen gemäß zu handeln:

- ich übe meinen Beruf stets nach bestem Wissen und Gewissen aus und nehme Verantwortung wahr;
- ich stelle die Sorge um die Behandlung meiner Patienten und deren Interessen immer voran, wende jeden vermeidbaren Schaden von ihnen ab und füge ihnen auch keinen solchen zu;
- ich betrachte das Wohl meiner Patienten als vorrangig, respektiere ihre Rechte und helfe ihnen, informierte Entscheidungen zu treffen;
- ich behandle meine Patienten ohne Ansehen der Person, d. h. ohne Diskriminierung wegen allfälliger Behinderung, Religion, Parteizugehörigkeit, Rasse, Herkunft, Sozial- oder Versicherungsstatus, gemäß den aktuellen Standards der ärztlichen Tätigkeit und den Möglichkeiten meines beruflichen Könnens;
- ich betreibe eine Medizin nach Augenmaß und empfehle oder ergreife keine Maßnahmen, die nicht medizinisch indiziert sind;
- ich instrumentalisieren meine Patienten weder zu Karriere- noch zu anderen Zwecken und sehe von allen Maßnahmen ab, die nicht in einem direkten Zusammenhang mit der Linderung ihrer Beschwerden, der Heilung ihrer Krankheit oder der Verhütung einer Erkrankung stehen;
- Ich mute meinen Patienten nichts zu, was ich auch meinen liebsten Nächsten oder mir selbst nicht zumuten würde;
- ich begegne meinen Patienten ebenso wie meinen Kolleginnen und Kollegen immer mit Freundlichkeit und Respekt. Ich bin zu ihnen ehrlich und wahrhaftig;
- ich respektiere die Entscheidungen und Handlungen meiner Kolleginnen und Kollegen, insofern sie mit den Regeln der ärztlichen Kunst und den ethischen Standards des Berufs vereinbar sind;
- ich teile meine Kenntnisse und Erfahrungen mit meinen Kollegen und Kolleginnen und beteilige mich an deren Aus-, Weiter- und Fortbildung;
- ich fördere die Gesundheitskompetenz meiner Patientinnen und Patienten;
- ich nehme mir für das Gespräch und für die menschliche Begegnung mit den Patienten und ihren Angehörigen die erforderliche Zeit und spreche mit ihnen auf eine verständliche und angemessene Weise;
- ich respektiere und wahre grundsätzlich die Willensäußerungen meiner Patienten;
- ich halte mich an das Arztgeheimnis;
- ich setze die mir zur Verfügung stehenden Ressourcen wirtschaftlich, transparent und gerecht ein;
- ich nehme für die Zuweisung und Überweisung von Patienten keine geldwerten Leistungen entgegen;
- ich gehe keinen Vertrag ein, der mich zu Leistungsmengen, zu nicht induzierten Leistungen oder zu Leistungsunterlassungen nötigt.

In einer Studie der Bundesärztekammer aus dem Jahr 2007 (Zunehmende Privatisierung von Krankenhäusern in Deutschland. Folgen für die ärztliche Tätigkeit) wurde bereits unmissverständlich auf ein zentrales Desiderat im Konflikt der zwei Systeme – des Normengefüges der ärztlichen Praxis einerseits und des ökonomisch-wirtschaftlichen Systems andererseits – hingewiesen: „Ohne ein ausformuliertes, dem allgemeinen Stand der akademischen Reflektion angemessenes Paradigma der besonderen Bedingungen des Gutes Gesundheit, wird eine weitere Zurückdrängung und ‚Verzweckung‘ der ärztlichen Tätigkeit unausweichlich werden. [...] Das ökonomische Prinzip ist deshalb so erfolgreich, weil es klare, damit aber auch eingegrenzte Ziele verfolgt (das Krankenhaus verliert damit seine Stellung als soziale Einrichtung), die Effekte im Wesentlichen auf der monetären Ebene abgebildet werden (soziale Fernfolgen bleiben unbeachtet), Erfolg und Misserfolg lediglich auf die Einzelorganisationen bezogen und langfristige Effekte meist ausgeblendet werden. Die soziale Rationalität des medizinischen Handelns des Arztes hiergegen zu profilieren, wäre die entscheidende Herausforderung. [...] Eine human orientierte, stabile Betrachtungsebene ist erforderlich, an der die Enge des ökonomischen Paradigmas permanent einer kritischen Überprüfung zu unterziehen ist.“ (6)

Soziale Rationalität

Das Stichwort ist gefallen – „die soziale Rationalität des medizinischen Handelns“. Und genau das hat der traditionelle Mediziner-Eid, der Eid des Hippokrates, geleistet, auch wenn seine Sprache und beträchtliche Teile seines Inhalts heute tatsächlich veraltet sind. Der Eid enthielt eine Auffassung über die ethischen Bedingungen „des Gutes Gesundheit“ und brachte die Autonomie und spezifische Verfasstheit des Berufs zum Ausdruck. Der Eid widerspiegelte Berufsethos und Berufsbild der Ärzteschaft. Seine „soziale Rationalität“ betraf also ein Dreifaches: ethisches Profil, Orga-

nisationscharakter der Profession und deren soziale Verantwortung.

Eide allerdings muteten bis vor Kurzem an wie Relikte aus vormodernen Zeiten, als Ausdruck fragwürdiger Standesprivilegien, als beschlagene Gefäße überkommener Moralvorschriften. Berufseide dunsteten – mit signifikanten Ausnahmen wie beispielsweise Verfassungseide in der Politik und im Justizwesen – eine abgestandene Luft aus. Nostalgisch mutete der Wunsch an, sie zu revitalisieren. Dem Schicksal des Anachronismus anheimgefallen schienen sie zu mu-

tes und des Hochschullehrers. Vor allem die betriebsförmige Reorganisation dieser Berufsbilder hat zu einer Aushöhlung ihres traditionellen Selbstverständnis geführt: Patienten und Studenten sind zu Kunden geworden. Ärzte und Hochschullehrer zu Dienstleistern. Dabei ist Wertvolles und Einzigartiges verloren gegangen.

„Professionen haben sich gebildet zur Hilfe bei ungewöhnlichen Lagen, vor allem Lebensrisiken, angesichts von Angst, Tod, nicht eindämbaren Streit. Sie beschaffen Sicherheit und Problemlösungen

mehr zu tun. Er bringt vielmehr die durchaus stolze Berufsmoral und die Würde einer Profession zum Ausdruck, indem er Haltungen oder Tugenden charakterisiert, die mit dem Beruf des Arztes verbunden sind und von Außenstehenden mit dieser Berufsgruppe zu Recht assoziiert werden. Ein Eid dient der Verteidigung von einem professionellen Ethos gegen Erwartungen ökonomischer und politischer Natur, die den moralischen Standards eines Berufs widersprechen. Indem ein Eid auch tatsächlich geleistet wird, realisiert er die Selbstverpflichtung eines Mitgliedes der Berufsgruppe auf jene Standards. Weil ein Eid Teil einer organisatorisch verfassten Profession ist, genießt die Person, die unter Eid steht, den Schutz dieser Organisation bzw. die Solidarität ihrer Mitglieder. Und die eidesstattlich verfasste Organisation stellt ein mächtiges Bollwerk gegen berufsfremde Übergriffe dar.

Ein Eid dient der Verteidigung von einem professionellen Ethos gegen Erwartungen ökonomischer und politischer Natur, die den moralischen Standards eines Berufs widersprechen.

mifizieren. Welcher Wandel hat diesen Prozess bewerkstelligt?

Die Tendenz zu einer De-Professionalisierung vieler Berufe ist nämlich nicht neu und vermutlich mit dem Prozess der Modernisierung eng verbunden. Es lohnt sich in diesem Zusammenhang, die Aufmerksamkeit kurz auf eine Diagnose des Soziologen Niklas Luhmanns zu richten. In modernen Gesellschaften, so Luhmann, hat sich „ein System der Geldwirtschaft ausdifferenziert und hat gesellschaftlich fundierte Institutionen des Helfens verdrängt. Geld ist das effektivere funktionale Äquivalent für Hilfe und Dankbarkeit.“ (7)

Dieser Prozess ist modernitätstypisch: Unterschiedliche Berufe, die einst als gesonderte Berufsstände mit eigenem Ethos existierten, werden gleichsam homogenisiert, indem Leistungen immer mehr wettbewerblich organisiert und ihren Wert in finanziellen Größenordnungen abgebildet werden. Zweifelsohne hat dieser Prozess zu enormen Steigerungen in Produktion und Effizienz geführt. Zu einer Fundamentalkritik gibt es also keinen Anlass. Aber die angedeutete Homogenisierung hat gleichzeitig zu einer Nivellierung, also zu einem Verschwinden berufstypischer Standards geführt. Zwei besonders betroffene Berufe sind die des Arz-

durch spezialisierte Techniken des Umgangs mit solchen Problemen; ferner durch eine auf Helfen ausgerichtete Berufsmoral und durch hohes Sozialprestige, das aus den Notlagen des Lebens heraushebt und situationsmäßige Überlegenheit, Dispositionsfreiheit und Unangreifbarkeit sichert. Zu all dem gehört die Präntention, dass die Hilfe nicht im eigenen Interesse des Helfenden liegt und daher nicht reziprok vergolten, sondern nur ‚honoriert‘ wird. Diese für die klassischen Professionen eigentümliche Kombination von Problembezug, Freiheiten und Bindungen gehört in hochkultivierten Gesellschaften und wird heute nur noch als Attrappe fortgeführt.“ (8) Was Luhmann noch als „Attrappe“ bezeichnet, wird heute immer mehr als folgenreiches Fehlen erfahren: Die Berufsmoral hat keinen Status mehr, weil sie nicht eingebettet ist in einem verbindlichen Kode, der Selbstverständnis und Organisationsgrad eines Berufsstandes abbildet, dessen Ausdruck seit jeher der Eid gewesen ist.

Vom Appell zur Aktion

Wer die oben umrissene Diagnose teilt, wird die Augen vor der Notwendigkeit eines neuen Eides nicht verschließen können. Ein Eid hätte heute mit der Wahrung von bloßen standeseigenen Privilegien nichts

Ein Akt der Verbindlichkeit

Eide für Ärzte und Ärztinnen ersetzen keine Berufsordnungen, die in allen Details (und in ihrer Fülle zur Unübersichtlichkeit neigend) das Berufsleben regulieren. Sie ersetzen ebenso wenig die Diskussionen der Medizinethik im engeren Sinne: Bio- und medizinethische Einzeldebatten können in einem Eid weder vorweggenommen noch im Einzelnen beschrieben, geschweige denn gelöst werden. Ein Eid benötigt weder eine Weltanschauung noch eine Religion, damit er wirksam wird. Er ist ein performativer Akt: Wie bei einem Versprechen entsteht seine Verbindlichkeit, indem er abgelegt wird. Es ist an der Zeit, dass sich die Ärzteschaft auf ihre eigene Tradition besinnt, denn sie hütet gewissermaßen eine der ältesten Eidtraditionen überhaupt – eine Tradition mit starken Zukunftsaussichten. ■

*Prof. Dr. Jean-Pierre Wils,
Lehrstuhl für Praktische Philosophie (Ethik und
Politische Philosophie), Radboud Universität
Nijmegen (NL), Wissenschaftlicher Beirat
Institut Dialog Ethik, Zürich*

Literatur im Internet:
www.aerzteblatt.de/lit0817
oder über QR-Code.



LITERATURVERZEICHNIS HEFT 8/2017, ZU:

ÄRZTLICHER ETHOS

„Zeit für einen neuen Eid“

Ein Eid für den medizinischen Berufsstand ist kein Griff in die Mottenkiste einer nostalgisch verklärten Vergangenheit, sondern Ausdruck eines wachsenden Bedürfnisses junger Ärzte.

LITERATUR

1. Deutscher Ethikrat: Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus. Stellungnahme vom 5. April 2016, Berlin 2016, S. 70.
2. ebd. S. 72.
3. Vgl. A. Reifferscheid, N. Pomorin, J. Wassem: Ausmaß von Rationierung und Überversorgung in der stationären Versorgung. Ergebnisse einer bundesweiten Umfrage in deutschen Krankenhäuser. Dtsch. Med. Wochenschr. 2015, e129-e135.
4. Deutscher Ethikrat, ebd. 76.
5. G. Maio: Geschäftsmodell Gesundheit. Wie der Markt die Heilkunst abschafft. Berlin 2014, 115.
6. Zunehmende Privatisierung von Krankenhäusern in Deutschland. Folgen für die ärztliche Tätigkeit, Berlin 2007, 26 f.
7. Niklas Luhmann: Formen des Helfens im Wandel gesellschaftlicher Systeme, in: Soziologische Aufklärung 2. Aufsätze zur Theorie der Gesellschaft. Wiesbaden 2005, 167–87, 180.
8. ebd. 174.