



# **Stellungnahme der Bundesärztekammer**

## **„Medizinische Indikationsstellung und Ökonomisierung“**

Berlin, 20.02.2015

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer  
Herbert-Lewin-Platz 1  
10623 Berlin

## **Vorwort**

Der Ausschuss für ethische und medizinisch-juristische Grundsatzfragen der Bundesärztekammer hat sich des Themas "Medizinische Indikationsstellung und Ökonomisierung" angenommen.

Die medizinische Indikation beruht auf einem aktiven Entscheidungsprozess, der sich definieren lässt als die Beurteilung eines Arztes, dass eine konkrete medizinische Maßnahme angezeigt ist, um ein bestimmtes Behandlungsziel zu erreichen. Der so verstandene Begriff kann zwar nicht losgelöst von soziokulturellen Kontexten verwendet werden. In der gegenwärtigen Situation einer weiter um sich greifenden ökonomischen Überformung der Medizin besteht aber die Tendenz, dass die Indikation zunehmend für das Ziel einer Optimierung der Erlöse zweckentfremdet wird. Zwar steht außer Frage, dass die Qualität der medizinischen Versorgung langfristig nur auf einer soliden finanziellen Grundlage gesichert werden kann und daher das Gebot der Wirtschaftlichkeit im Sinne der Vermeidung von Verschwendung zu berücksichtigen ist: Dadurch darf aber die Zielsetzung ärztlichen Handelns nicht in ein ökonomisch orientiertes Handeln umdefiniert werden. Vor diesem Hintergrund erscheint es wichtig, auf die Bedeutung der medizinischen Indikation als „Kernstück ärztlicher Legitimation“ hinzuweisen und zu verdeutlichen, dass die Indikationsstellung ein Kernelement ärztlicher Berufsausübung darstellt. Eine Kopplung der Indikation, die immer auf das Wohl des Patienten bezogen bleiben muss, mit vorrangig ökonomisch ausgerichteten Zielsetzungen erscheint in hohem Maße problematisch, weil damit das vertrauensvolle Arzt-Patient-Verhältnis als Voraussetzung für eine gute Therapie nachhaltig gefährdet würde.

## Präambel

Ärztinnen und Ärzte<sup>1</sup> haben eine ethische Verpflichtung gegenüber ihren Patientinnen und Patienten und dürfen in ihren Entscheidungen die Interessen Dritter nicht über die Interessen ihrer Patientinnen und Patienten stellen. Dieses ist in § 2 der (Muster-)Berufsordnung verankert<sup>2</sup>. Demgemäß dürfen Ärzte hinsichtlich ihrer ärztlichen Entscheidungen keine Weisungen von Nichtärzten entgegennehmen oder nichtmedizinische Ziele als handlungsleitend akzeptieren. Die medizinische Indikation ist das Ergebnis eines Entscheidungsprozesses, durch den die ausschließliche Orientierung am Wohl des Patienten gesichert wird. Durch zunehmende ökonomische Zielvorgaben fließen immer mehr medizinfremde Beurteilungskriterien in die medizinische Indikation ein. Um einen Missbrauch der medizinischen Indikation für nichtmedizinische Ziele zu verhindern, erscheint es notwendig, sich über Wesen und Bedeutung der medizinischen Indikation neu zu vergewissern.

### 1. Zur aktuellen Bedeutung der medizinischen Indikation

Im Zuge der Umstellung der Vergütung im stationären Bereich auf das DRG-System ist die ökonomische Verantwortung im Gesundheitssystem von den Kostenträgern auf die Kliniken übertragen worden. Dies hat dazu geführt, dass die Erlöse immer mehr zur Überlebensfrage für Kliniken geworden sind. Vor diesem Hintergrund sind in vielen Arbeitsverträgen von Ärzten Anreizsysteme eingebaut, die das Ziel verfolgen, die Entscheidungen der Ärzte so zu steuern, dass sie der Erläsoptimierung des Krankenhauses dienen. Ein solcher Trend treibt viele Ärzte unwillkürlich in eine Situation der Zerrissenheit. Sie erleben eine Dilemmasituation, in der die Entscheidung für das Wohl des Patienten in einen Konflikt gerät mit dem überlebensnotwendigen Interesse des Hauses an einer Konsolidierung der Bilanzen. Dieser Konflikt macht sich allen voran an den Situationen fest, in denen es um genuin ärztliche Entscheidungen geht. Wenn Ärzte z. B. Gehaltseinbußen befürchten müssen, weil sie eine bestimmte „Fallzahl“ nicht erreichen, dann werden sie unter Druck gesetzt, die Indikation zu einer Behandlung oder einer diagnostisch-invasiven Maßnahme etwas weiter zu fassen als es vom medizinischen Sachverstand her vorgesehen wäre<sup>3</sup>.

Es besteht die Gefahr, dass Ärzte durch die entsprechenden Anreizsysteme dazu verleitet werden, ertragreiche Diagnostiken und Behandlungen vorzunehmen, obwohl deren Notwen-

---

<sup>1</sup> Im Folgenden wird die Bezeichnung „Arzt“ einheitlich und neutral für Ärztinnen und Ärzte verwendet.

<sup>2</sup> Über [http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/MBO\\_08\\_20112.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/MBO_08_20112.pdf). Die Formulierung der (Muster-)Berufsordnung-Ärzte wird durch die (Landes-)Ärzttekammern in deren Berufsordnungen umgesetzt. Rechtswirkung entfaltet die Berufsordnung, wenn sie durch die Kammerversammlung einer Ärztekammer als Satzung beschlossen und von der Aufsichtsbehörde genehmigt wurde.

<sup>3</sup> Ärztliches Handeln zwischen Berufsethos und Ökonomisierung. Das Beispiel der Verträge mit leitenden Klinikärztinnen und -ärzten vom 20.09.13, über [www.zentrale-ethikkommission.de](http://www.zentrale-ethikkommission.de).

digkeit weniger evident ist, oder auf notwendige Maßnahmen zu verzichten, wenn diese durch das System der Budgetierung nicht angemessen oder gar nicht honoriert werden.

Solche Fehlentwicklungen können sich im ambulanten wie im stationären Bereich gerade deshalb ausweiten, weil die medizinische Indikation ein vielschichtiger Begriff ist, der dazu missbraucht werden kann, eine ökonomisch motivierte Intervention zu maskieren. Vor diesem Hintergrund erscheint es sinnvoll, diesen Begriff näher zu beleuchten, um zu reflektieren, dass die genuin medizinische Indikation nicht von verdeckten ökonomischen Zielsetzungen überlagert wird.

## **2. Was ist eine medizinische Indikation?**

Die Indikation beruht auf einem aktiven Entscheidungsvorgang und lässt sich definieren als die Beurteilung eines Arztes, dass eine konkrete medizinische Maßnahme angezeigt (indicare = anzeigen) ist, um ein bestimmtes Behandlungsziel zu erreichen.

Die Grundlage für die Erstellung einer medizinischen Indikation bilden drei Aspekte:

- Mit der Indikation ist eine medizinisch-fachliche Ebene angesprochen. Zu dieser fachlichen Ebene gehört die ärztliche Evaluierung von Nutzen und Risiko vor dem Hintergrund bestehender Handlungsorientierungen in Form von Leitlinien oder anderen kodifizierten Behandlungsstandards. Die medizinische Indikation ist also an objektive Parameter, an den Stand der Wissenschaft und an den allgemein anerkannten medizinischen Standard gebunden. Das macht deutlich, dass mit der Indikation auch verhindert werden soll, dass Beliebigkeit in der Medizin herrscht.
- Zudem müssen diese objektiven Befunde und dieser Standard zu allgemein anerkannten Zielsetzungen medizinischen Handelns zurückgespiegelt werden. Das heißt: Zur (bloßen) wissenschaftlich erhebbaren Faktenlage kommt ein zweites Moment hinzu, das nicht empirisch definiert werden kann, sondern das genuin moralischer Natur ist und das Bewertungen in Bezug auf den Behandlungsbedarf und erstrebenswerte Ziele des Handelns unweigerlich impliziert. Zu den etablierten Zielen der Medizin, die jedoch einem ständigen Wandel unterliegen, zählen zum Beispiel die Behandlung und Vorbeugung von Krankheiten sowie die Leidens- und Schmerzlinderung.
- Ein weiterer Aspekt zur Bestimmung der medizinischen Indikation ist die Individualität des Patienten. Das heißt, dass der Vorgang der Indikationsstellung unweigerlich eine singuläre Entscheidungsfindung voraussetzt. Die Indikationsstellung ist also grundsätzlich nicht standardisierbar, sondern sie ist ein Beurteilungsprozess, bei dem es um das

Zusammenführen von standardisiertem Wissen und einzelfallbezogenen Erwägungs- und Ermessensprozessen geht. Zu diesen Erwägungsprozessen gehören die Berücksichtigung der unverwechselbaren Person des Patienten und seine lebensgeschichtliche Situation mit all den daran anknüpfenden Annahmen über die möglichen Wirkungen und Nebenwirkungen der Maßnahme. Erst auf dieser Basis ist eine Prognoseaussage als Grundlage für die Indiziertheit möglich, wobei diese nur eine Momentaufnahme darstellen kann, weil die Indikationsstellung ein Prüfungsprozess ist, der jederzeit revidierbar erscheint.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die medizinische Indikation nicht im Sinne eines Algorithmus zu verstehen ist, weil sie zwangsläufig auf eine Verbindung wissenschaftlicher Fakten mit lebensweltlichen Aspekten des Patienten in seinem soziokulturellen Bezug angewiesen ist. Sie ist somit nicht weniger als das Resultat eines individuellen ärztlichen Abwägungsprozesses, bezogen auf einen bestimmten Zeitpunkt. Allerdings setzt die Unaufhebbarkeit singulärer Entscheidungen nicht die Notwendigkeit außer Kraft, dass die medizinische Indikation letzten Endes nach Regeln gestellt wird. Sie ist das Resultat eines Beurteilungs- und Entscheidungsprozesses, der nicht willkürlich und rein singulär erfolgen kann, sondern der stets an typisierte Entscheidungsstrukturen rückgebunden wird, die zu einem gewissen Grad formalisiert sind und nicht beliebig kreiert werden können.<sup>4</sup> Raspe spricht von Indikationsregeln, die die Ärzte unweigerlich berücksichtigen müssen<sup>5</sup>. Das heißt, dass sich der Arzt im Zuge der Indikationsstellung der Singularität des Patienten genauso verschreibt wie dem eigenen Anspruch auf „Durchsichtigkeit, Berechen- und Vorhersehbarkeit und auch Gleichmäßigkeit“ der Entscheidungen und Behandlungen<sup>6</sup>; Aspekte, die auch in dem von der Bundesärztekammer propagierten Konzept zur Priorisierung wesentlich sind.

Damit erfüllt die medizinische Indikationsstellung gleich mehrere Funktionen:

Die medizinische Indikationsstellung ist ein grundlegender ärztlicher Entscheidungsprozess. Zugleich ist die Indikation als Ergebnis dieses Entscheidungsprozesses eine Kategorie, die im ärztlichen Berufsrecht genauso ihren Niederschlag gefunden hat wie im Recht der ärztlichen Behandlung. Sie ist ein normatives Konzept, das zwischen gerechtfertigten und nicht gerechtfertigten Maßnahmen differenziert. Damit hat sie auch eine soziale Funktion, weil an die medizinische Indikation oft die Frage nach der Übernahme der Kosten durch die Solidar-

---

<sup>4</sup> Siehe Anschütz 1982; Charbonnier 2008; Gahl 2005; Neitzke 2014; Raspe 1995; siehe international ABIM Foundation 2002.

<sup>5</sup> Raspe, 1995, S. 23.

<sup>6</sup> Ebenda, S. 24.

gemeinschaft geknüpft ist. Und schließlich hat die medizinische Indikation eine personale Funktion, weil darüber das Vertrauensverhältnis zum Arzt gestiftet wird.

Für den Arzt ergeben sich folgende Fragen:

1. Besteht Konsens über das Behandlungsziel (z. B. präventiv, kurativ, palliativ) mit dem Patienten, aber auch mit den Kollegen?
2. Ist die geplante Maßnahme mit Blick auf die individuelle Diagnose und Prognose des Patienten geeignet, das Behandlungsziel zu erreichen?
3. Stehen Nutzen und Schadensrisiko der geplanten Maßnahme in einem angemessenen Verhältnis zueinander?
4. Folgend aus 1 - 3: Wird dem Patienten die Durchführung der Maßnahme empfohlen; verhält sich der Arzt bei der Aufklärung neutral und/ oder wird dem Patienten eine alternative Maßnahme (ggf. mit einem anderen therapeutischen Ziel) empfohlen?

### **3. Verhältnis von medizinischer Indikation und Einwilligung des Patienten**

*Laufs* hat darauf hingewiesen, dass die Einwilligung des Patienten und die Indikation die „Kernstücke ärztlicher Legitimation“ darstellen<sup>7</sup>. Daher ist es wichtig, beide Begriffe voneinander zu unterscheiden. Die Indikation hat neben der Säule des medizinischen Standards, bestehend aus ärztlicher Erfahrung, evidenzbasierter Medizin und fachinterner Übereinkünfte, eine individualorientierte Säule, in die die konkrete Prognose, die konkreten Aussichten und die nur individuell zu fassenden konkreten Auswirkungen des Eingriffs einfließen. Diese individuelle Säule ist jedoch nicht mit der Einwilligung des Patienten zu verwechseln. Vielmehr muss bedacht werden, dass die medizinische Indikation der Einwilligung des Patienten vorausgeht und unabhängig von dieser gestellt wird. Sie ist sozusagen der erste Filter und ein Interventionsangebot des Arztes. Von Nottfällen abgesehen muss es letztlich der Entscheidung des Patienten vorbehalten bleiben, ob auf die medizinische Indikation tatsächlich der Eingriff folgt. Aufgabe des Arztes ist es also, sich der Funktion der Indikation als eine Art Filter bewusst zu sein und so dem Patienten nur die Interventionen anzubieten, die nach medizinischem Standard und nach Berücksichtigung der konkreten Patientengeschichte angezeigt erscheinen. Die medizinische Indikation steuert damit nicht nur den Eingriff selbst, sondern sie liefert zugleich die Basis für die Art und den Umfang der Information und Aufklärung des Patienten. Allerdings stellt die medizinische Indikation keinen hinreichenden Recht-

---

<sup>7</sup> Laufs/ Katzenmeier/ Lipp, *Arztrecht*, 6. Aufl. 2009, Kap. I Rn. 29 (Laufs), Kap. III Rn. 2 (Katzenmeier), Kap. VI Rn. 102 f. (Lipp). Siehe auch Damm 2005; Francke 1994; Salloch 2011.

fertigungsgrund für die medizinische Intervention dar, weil diese nur über die Einwilligung des Patienten gerechtfertigt werden kann.

In den letzten Jahren hat sich ein Trend herausgebildet, wonach der Stellenwert der medizinischen Indikation im Vergleich zum Stellenwert der Einwilligung weiter relativiert worden ist. Gerade die Zunahme ärztlicher Entscheidungen im Kontext der wunscherfüllenden Medizin macht deutlich, dass die normative Kraft der medizinischen Indikation an Bedeutung verliert und immer mehr Eingriffe in der Medizin alltäglich werden, für die es keine medizinische Indikation gibt und die lediglich auf Wunsch der Patienten vorgenommen werden (ästhetische Eingriffe, Kaiserschnitt oder Pränataldiagnostik auf Wunsch etc.)<sup>8</sup>. Auch dies verdeutlicht die besondere Relevanz der medizinischen Indikation.

#### **4. Medizinische Indikation und Ökonomisierung der Medizin**

Durch das Vordringen der wunscherfüllenden Medizin hat die medizinische Indikation ein Stück weit ihre Leitfunktion eingebüßt, wodurch die Ökonomisierung der Medizin umso bedrohlicher erscheint. So besteht zunehmend die Gefahr, dass die moderne Medizin unter dem Einfluss dieser indikationsrelativierenden Tendenzen dazu verleitet werden könnte, nicht nur dann auf die medizinische Indikation zu verzichten, wenn der Patient einen nicht indizierten Eingriff wünscht, sondern auch nicht indizierte Eingriffe vorzunehmen, wenn sich dies aus wirtschaftlichen Gründen anbietet. Die Relativierung der normativen Leitfunktion der medizinischen Indikation verbunden mit einer „Kundenorientierung“ im Gesundheitswesen hat die moderne Medizin anfällig werden lassen für eine expandierende Praxis ökonomisch motivierter ärztlicher Angebote an Patienten. Dies stellt insofern eine problematische Entwicklung dar, als das Arzt-Patient-Verhältnis nicht nur auf einem Vertragsverhältnis zweier souveräner Partner basiert, sondern auf eine besondere Vertrauensgrundlage angewiesen ist: Da zwischen Arzt und Patient oft eine strukturelle Asymmetrie besteht, übernimmt der Arzt die persönliche Verantwortung für den Patienten, indem er ihm ein implizites Versprechen gibt, nur Maßnahmen im Sinne des Patienten anzubieten. Die Relativierung der normativen Leitfunktion der Indikation birgt zudem die große Gefahr, dass die ökonomischen Motive hinter den ärztlichen Angeboten nicht indizierter Maßnahmen verdeckt bleiben und die Ärzte dazu verleitet werden, genuin ökonomische als medizinische Motive auszugeben.

Vor dem Hintergrund einer zunehmenden Verinnerlichung ökonomischer Logiken von Seiten der Ärzte besteht die Gefahr, dass sie bei bestehenden ökonomischen Anreizen zur „Fall-

---

<sup>8</sup> Ärztliche Behandlungen ohne Krankheitsbezug unter besonderer Berücksichtigung der ästhetischen Chirurgie vom 05.10.2012, über [www.zentrale-ethikkommission.de](http://www.zentrale-ethikkommission.de); siehe auch Stock 2008.

zahlerhöhung“ dazu verleitet werden, ihre Patienten subtil zu täuschen. Sofern es zu einer solchen Täuschung kommt, ist dies nicht nur ein individualethisches Problem, sondern zugleich ein strukturelles Problem: Es zeugt von einer nicht verantwortbaren Dysfunktionalität des Systems, dass Ärzte in derartige Situationen der Zerrissenheit zwischen zwei konkurrierenden Entscheidungslogiken geraten und eine moralische Dissonanz verspüren. Solche strukturellen Fehlentwicklungen könnten auch rechtliche Folgen haben, wenn medizinisch nicht begründete Indikationen zu nicht indizierten Maßnahmen (z. B. Diagnostik, Therapie, Operation) führen. Neben der individuellen Haftung eines Arztes für einen Behandlungsfehler kommt eine Organisationshaftung des Krankenhauses bzw. des Trägers in Betracht. *Hart* und *Hubig* fassen die Aussage wie folgt zusammen: „Der sich in einer medizinisch nicht indizierten Diagnostik oder Therapie manifestierende (ökonomisch begründete) Interessenkonflikt ist fehlerhafte Behandlung und Organisationsfehler.“<sup>9</sup>

## 5. Schlussfolgerungen

Die medizinische Indikation stellt nach wie vor eine zentrale Voraussetzung ärztlicher Maßnahmen dar. Sie fungiert als Filter, durch den die Medizin rückgebunden wird an die etablierten Ziele ärztlichen Handelns. Der Prozess der Indikationsstellung ist ein essentielles Element des ärztlichen Auftrags und ein zentraler ärztlicher Abwägungs-, Beurteilungs- und Entscheidungsvorgang, in den sowohl wissenschaftliche Fakten als auch patientenbezogene Nutzen-Risiko-Abwägungen einfließen. Das Vertrauen des Patienten in seinen Arzt beruht auf der Annahme, dass dieser Abwägungsprozess ein eigenverantwortlicher Prozess ist, bei dem der Arzt frei von nicht-medizinischen Entscheidungsdeterminanten sein muss. Dies ist ein wichtiges Merkmal des ärztlichen Berufes als Freier Beruf. Die medizinische Indikation kann nicht unabhängig von soziokulturellen Aspekten und jeweils zeitspezifischen Deutungsmustern gestellt werden. Es stellt eine Verletzung des Vertrauensverhältnisses dar, wenn in die Indikationsstellung ökonomische Gesichtspunkte einfließen, die nicht zwangsläufig kongruent mit dem Patientenwohl sind. Es gilt daher zu bedenken, dass die medizinische Indikation ein normatives Korrektiv darstellt, mithilfe dessen verhindert werden soll, dass Patienten durch ihre Ärzte dazu verleitet werden, sich für schädliche Eingriffe zu entscheiden. Je mehr die medizinische Indikation über die Etablierung ökonomischer Anreize in ihrer Substanz angetastet wird, desto mehr wird das für die Genesung unabdingbare Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient erschüttert.

---

<sup>9</sup> Hart/ Hubig, Interessenkonflikte und Medizinrecht, in: Lieb/ Klemperer/ Ludwig, Interessenkonflikte in der Medizin, Springer Verlag 2011, S. 123.



Daher ist es notwendig,

- ökonomische Anreize, die die Freiheit der Ärzte in ihrer Indikationsstellung antasten könnten, abzulehnen;
- die Bedeutsamkeit der Indikation als zentrale vertrauensstiftende Säule ärztlichen Handelns bei der Behandlung eines Patienten und als unabdingbare Voraussetzung für begründetes ärztliches Handeln neu zu unterstreichen. Eine medizinische Maßnahme kann zwar im Ausnahmefall auch ohne Indikation erfolgen, dies setzt aber voraus, dass sie von einem einsichtsfähigen Patienten ausdrücklich gewünscht wird und der Patient insbesondere über die Folgewirkungen der Maßnahme aufgeklärt worden ist. Zu einer solchen Maßnahme kann kein Arzt gezwungen werden.

Den gegenwärtigen Tendenzen zur wunscherfüllenden Medizin zum Trotz bleibt die Medizin auf ein tragfähiges Konzept der medizinischen Indikationsstellung angewiesen und jede Form der impliziten Einflussnahme auf diese Prozesse der medizinischen Indikationsstellung wirkt sich deletär auf die Sicherheit der Patienten aus. Aus diesen Gründen ist es unabdingbar, den besonderen Stellenwert der medizinischen Indikation im ärztlichen Alltag präsent zu halten.

Lit.:

1. ABIM Foundation, ACP–ASIM Foundation, European Federation of Internal Medicine et al (2002) Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. *Ann Intern Med* 136:243–246
2. Anschütz, Felix: Indikation zum ärztlichen Handeln. *Lehre Diagnostik Therapie Ethik*. Berlin: Springer, 1982
3. Aurenque, Diana, Ehni Hans-Jörg: For the Sake of “Normality”? Medical Indication, Social Justification, and the Welfare of Children. *American Journal of Bioethics* 2013; 13 (10):55 - 57
4. Charbonnier, Ralph/ Dörner, Klaus/ Simon, Steffen (Hrsg.): *Medizinische Indikation und Patientenwille*. Stuttgart: Schattauer, 2008
5. Damm, Reinhard/ Schulte in den Bäumen, Tobias: Indikation und informed consent. Indikatoren eines Gestaltwandels von Medizin und Medizinrecht. *Kritische Vierteljahresschrift für Gesetzgebung und Rechtswissenschaft* 2005; 88: 101-136
6. Francke, Robert: *Ärztliche Berufsfreiheit und Patientenrechte. Eine Untersuchung zu den verfassungsrechtlichen Grundlagen des ärztlichen Berufsrechts und des Patientenschutzes*. Stuttgart: Enke, 1994
7. Gahl, Klaus: Indikation – Zur Begründungsstruktur ärztlichen Handelns. In: Gethmann-Siefert, Annemarie/ Gahl, Klaus/ Henckel, Ulrike (Hrsg.): *Studien zur medizinischen Ethik. Band II*. Freiburg: Alber, 2005, S. 115-126
8. Laufs, Adolf: *Arztrecht*. München: Beck, 1993
9. Laufs, Adolf/ Katzenmeier, Christian/ Lipp, Volker: *Arztrecht*. München: Beck, 2009
10. Neitzke, Gerald: Indikation: Fachliche und ethische Basis ärztlichen Handelns. *Medizinische Klinik* 2014; 109: 8-12
11. Raspe, Heiner: Ethische Aspekte der Indikation. In: Toellner, Richard/ Wiesing, Urban (Hrsg.): *Wissen – Handeln – Ethik. Strukturen ärztlichen Handelns und ihre ethische Relevanz*. Stuttgart: Fischer, 1995, S. 21-36
12. Salloch, Sabine: Patientenautonomie und Indikation – über den normativen Gehalt zweier medizinethischer Grundbegriffe. In: Breitsameter, Christof (Hrsg.): *Autonomie und Stellvertretung in der Medizin*. Stuttgart: Kohlhammer, 2011, S. 97-111
13. Stock, Christof: *Die Indikation in der Wunschmedizin*. Frankfurt: Peter Lang, 2008
14. ZEKO-Stellungnahme „Ärztliches Handeln zwischen Berufsethos und Ökonomisierung. Das Beispiel der Verträge mit leitenden Klinikärztinnen und –ärzten“
15. ZEKO-Stellungnahme „Ärztliche Behandlungen ohne Krankheitsbezug unter besonderer Berücksichtigung der ästhetischen Chirurgie“

16. Lieb, Klaus/ Klemperer, David/ Ludwig, Wolf-Dieter (Hrsg.): Interessenkonflikte in der Medizin, Hintergründe und Lösungsmöglichkeiten, Berlin/ Heidelberg: Springer Verlag 2011

**Erarbeitet durch:**

Prof. Dr. med. Frank Ulrich Montgomery (Vorsitzender)

Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach

Dr. med. Martina Wenker

Prof. Dr. med. Georg Maschmeyer

Prof. Dr. med. Giovanni Maio (federführend)

Prof. Dr. jur. Volker Lipp

Prof. Dr. phil. Alfred Simon

**Gäste:**

Prof. Dr. H. med. Christof Müller-Busch

Prof. Dr. med. Walter Schaffartzik

**Geschäftsführung:**

Dr. jur. Marlis Hübner (Geschäftsführung)