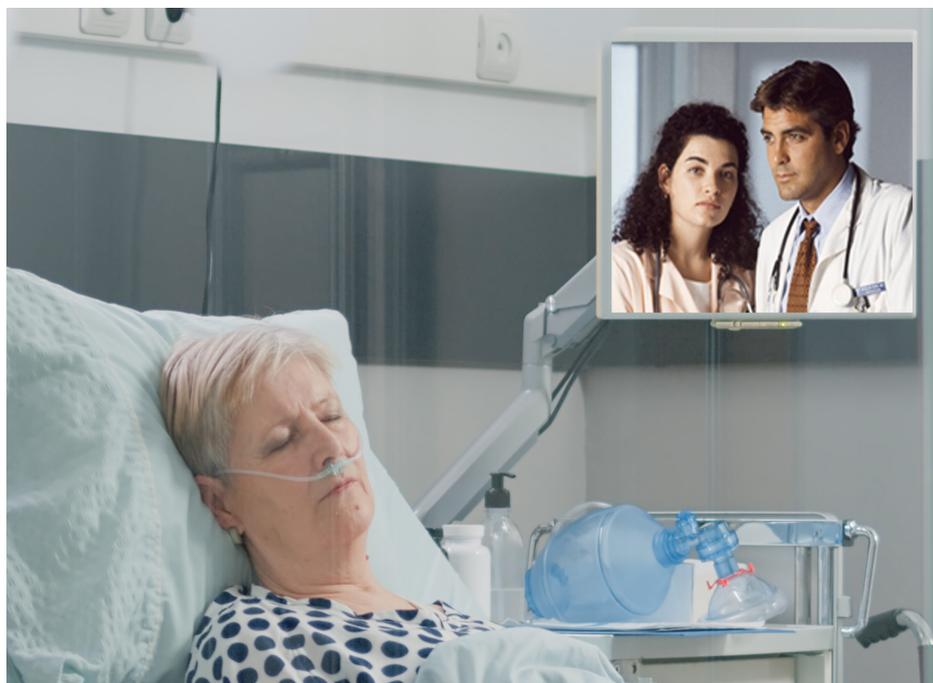


Kurt W. Schmidt, Annette Riedel,
Hans J. Wulff, Andreas Frewer (Hrsg.)

Medizin- und Pflegeethik in den Medien



Schmidt / Riedel / Wulff / Frewer (Hrsg.)

—
Medizin- und Pflegeethik
in den Medien

JAHRBUCH ETHIK IN DER KLINIK (JEK)

BAND 16

2023

Herausgeber:innen

Kurt W. Schmidt, Frankfurt a.M. (Theologie, Medizinethik)
Annette Riedel, Esslingen (Pflege und Ethik im Gesundheitswesen)
Hans J. Wulff, Kiel (Medien, Geschichte, Ethik und Ästhetik des Films)
Andreas Frewer, Erlangen (Medizinethik, Medizingeschichte)

Wissenschaftlicher Beirat

Florian Bruns, Dresden (Medizingeschichte, Medizinethik)
Alena M. Buyx, München (Medizinethik, Philosophie)
Tanja Krones, Zürich (Bioethik, Soziologie)
Georg Marckmann, München (Medizinethik, Gesundheitsökonomie)
Martin Mattulat, Göttingen (Neurologie, Medizinethik)
Marianne Rabe, Berlin (Pflege, Medizinethik)
Kurt W. Schmidt, Frankfurt a.M. (Theologie, Medizinethik)

Struktur

I. Schwerpunkt

Originalarbeiten zu Grundlagen und Umsetzung der Ethik in der Klinik

II. Forum

Aufsätze, Essays und Übersichtsbeiträge als Impulse
für Forschung und Praxis

III. Diskussion

Darstellung von Fällen, Argumentationsformen und Diskursprozessen

IV. Rezensionen

Besprechungen von Büchern zur Ethik in der Klinik und Ethikgremien

V. Dokumentation

Berichte, Leitlinien, Gesetzentwürfe, Grundlagentexte

Medizin- und Pflegeethik in den Medien

Herausgegeben von

Kurt W. Schmidt
Annette Riedel
Hans J. Wulff
Andreas Frewer

Königshausen & Neumann

Gedruckt mit freundlicher Unterstützung von

Professur für Ethik in der Medizin
Institut für Geschichte und Ethik der Medizin
Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© Verlag Königshausen & Neumann GmbH, Würzburg 2023

Gedruckt auf säurefreiem, alterungsbeständigem Papier

Umschlag: skh-softics / coverart

Umschlagabbildung: DC_Studio: Patientin © envato.com

Alle Rechte vorbehalten

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt.

Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist

ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere

für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung

und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Printed in Germany

ISBN 978-3-8260-8592-5

eISBN 978-3-8260-8593-2

www.koenigshausen-neumann.de

www.ebook.de

www.buchhandel.de

www.buchkatalog.de

Inhalt

Editorial

Andreas Frewer, Annette Riedel, Kurt W. Schmidt

Was prägt Medizin- und Pflegeethik in den Medien?
Zur Einführung 9

**I. Schwerpunkt: Medizin- und Pflegeethik in den Medien –
aktuelle Analysen 19**

Antonia Sahn

Der Regelbruch als moralisch guter Akt? Ethisches Handeln im
Gesundheitssystem am Beispiel der TV-Serie „New Amsterdam“ 21

Ellen Senck, Solveig Lena Hansen

Solidarität in der Serie „Sløborn“. Methodologische und didaktische
Überlegungen zu audiovisuellen Medien in der Public Health-Ethik 43

Martina F. Baumann

Diversitätsbotschafter:innen, Kämpfer:innen, Cyborgs?
Prothesenträger:innen in deutschen Print- und Online-Medien 67

Saskia Wilhelmy, Stefan Heinrich Simond, Michael Grözinger

Representation of Psychiatry in Video Games
The Example of Historical Electroshock Therapy 87

Jan-Ole Reichardt, Oliver Rauprich

Ein Ethos für die Ethik? Moralische Gebote für die medizinethische
Politikberatung und Medienkommunikation 109

II. Forum: Mediale Rollenbilder in der ethischen Reflexion	
Filme – Internet-Chats – Telemedizin	131
 Kurt W. Schmidt	
„Es wird gleich ein bisschen wehtun ...“ Einige Beobachtungen zu medizin- und pflegeethischen Themen in Film und Fernsehen	133
 Hans J. Wulff	
Stereotypen der Krankenschwester im Film Analysen zum Pflege-Bild in den Medien	159
 Annette Riedel	
In den einschlägigen Medien systematisch unterrepräsentiert? Der neue ICN-Ethikkodex für Pflegefachpersonen. Rückblick auf die nationale Dissemination und Appell für ein Mehr an Aufmerksamkeit	191
 Christian Hißnauer	
Gutes Leben im Alter – trotz oder durch Pflege? Das Wechselverhältnis von medizinischer Innovation und der Zeitlichkeit eines guten Lebens im Fernsehdokumentarismus	213
 Dorothee Arnold-Krüger	
Im Netz präventiv begleiten? Chatseelsorge und assistierter Suizid	231
 Felix Tirschmann, Kirsten Brukamp	
Ethische Kontexte von Telemedizin für Konsultationen in der neurologischen Palliativversorgung	259
 Rouven Porz, Ralf J. Jox	
Schiedsrichter oder Einwechselspieler? Zur Rolle und Haltung professioneller Medizinethik in den Medien am Beispiel der Covid-19-Pandemie	285

III. Diskussion: Das Medium KI und die Medizinethik	
Fallbeispiele aus der (inter)nationalen Praxis	295
Andreas Frewer, Kurt W. Schmidt, Annette Riedel	
Die Zukunft der Klinischen Ethikberatung? Das „KI-Ethik-Experiment“	297
Fallgeschichte 1: Mukoviszidose und (Be-)Handlungsänderung	299
Kommentar 1: N.N. [Anonymus]	301
Kommentar 2: Antonia Sahn	303
Kurt W. Schmidt, Andreas Frewer, Annette Riedel	
Notaufnahmen im Film: Garant für ethisch brisante Fälle	305
Fallgeschichte 2: Operation und Medien bei einem parasitären Zwilling	309
Kommentar 1: N.N. [Anonymus]	311
Kommentar 2: Stephanie Müller	313
Andreas Frewer	
„Indische Gottheit“ als „deutscher Presse-Star“?	
Ethikberatung in einem Fall von Medien-Allokation	315
Fallgeschichte 3: Kann KI Ethikberatung im Gesundheitswesen ersetzen? ...	329
Kommentar 1: N.N. [Anonymus]	331
Kommentar 2: Julia Mikolaj, Andreas Frewer	335
Fabian Lechner	
Künstliche Intelligenz – worum geht es aus technischer Sicht?	341
Kurt W. Schmidt, Martin C. Hirsch	
Zum Umgang mit Künstlicher Intelligenz in der Ethikberatung	345
Annette Riedel, Kurt W. Schmidt, Julia Mikolaj, Andreas Frewer	
Synopsis zum „KI-Ethik-Experiment“	
Zusammenfassung und Perspektiven	355

IV. Rezensionen 363

Kurt W. Schmidt

Denis Newiak (2020):
Alles schon mal dagewesen. Was wir aus Pandemie-
Filmen für die Corona-Krise lernen können
Schüren Verlag, Marburg 365

Julia Mikolaj

Alexandra Manzei, Julia von Hayek, Cornelius Schubert (Hrsg.) (2022):
Digitalisierung und Gesundheit. Nomos Verlagsgesellschaft,
Baden-Baden 369

Sonja Lehmeyer, Annette Riedel

Walter Lesch, Markus Leniger (Hrsg.) (2022):
Fragen von Leben und Tod. Medizin und Ethik im Film
Schüren Verlag, Marburg 377

Andreas Frewer

Medical Humanities: „Wahnsinnsfilme“ und „irre gute“ Bücher in Serie
Exzellente Reihe zu Filmklassikern wie „Pretty Woman“ und
zu „Psychoschurken“. Springer, Berlin, Heidelberg 383

V. Dokumentation 387

Autorinnen und Autoren mit Adressen 389

Jahrbuch Ethik in der Klinik: Beiträge JEK 1-15 (2008-2022) 395

Jahrbuch Ethik in der Klinik 2024 – Hinweise für Autor:innen (CfP) 411

Inhaltsverzeichnis in englischer Sprache – Table of Contents 415

Editorial

Andreas Frewer, Annette Riedel, Kurt W. Schmidt

Was prägt Medizin- und Pflegeethik in den Medien? Zur Einführung

Die Patientin auf der (Intensiv-)Station fällt ermattet von der anstrengenden Notaufnahme in den Schlaf – und träumt von ihrem Lieblingsarzt bzw. bekommt auf dem obligatorischen Fernseher des Klinikzimmers einen beliebten Film zu sehen. Dieses fiktive Bild in der Verbindung einer der längsten und erfolgreichsten Medizinserien – „Emergency Room“ (ER), deutsch „Die Notaufnahme“, seit 30 Jahren im TV¹ – mit einer Alltagssituation im Krankenhaus kann gut die Spannung des Themenfeldes „Medizin- und Pflegeethik in den Medien“ illustrieren: George Clooney als „Dr. Doug Ross“ und Julianna Margulies in der Rolle von „Nurse Carol Hathaway“ sind fast zu Ikonen von Arzt und Pflegekraft geworden. Ist die Patientin enttäuscht, dass die Aufnahme in ihrem Fall weniger romantisch, dramatisch oder persönlich ablief, als sie das aus den Fernseh-Serien kannte? Kann der Notarzt in der Realität überhaupt an das Aussehen und den Charme eines George Clooney heranreichen oder sind auch mit Blick auf das Gesamtbild der Medizin im Realitätscheck aus Betroffenenensicht Enttäuschungen vorprogrammiert? Träumt die reale Kranke lieber von Medienstars, weil sich im klinischen Alltag der Personalmangel bei der Pflege so stark bemerkbar macht, dass die Versorgung weit entfernt ist vom TV-Idealbild? Sind die beiden Personen auf dem Bildschirm nur „Avatare“ zur telemedizinischen Überwachung der Kranken?

1 „ER“: US-amerikanische Fernsehserie (1994-2009). Das Drehbuch des Bestseller-Autors Michael Crichton (1942-2008) wurde bereits in den frühen 1970er Jahren geschrieben. ER spielt in der fiktiven Notaufnahme eines Krankenhauses in Chicago; auf realistische, dramatische und humorvolle Weise werden der Arbeitsalltag des medizinischen Personals und Patientenschicksale dargestellt. Insgesamt wurden 15 Staffeln mit 331 Episoden ausgestrahlt. Emergency Room ist bekannt für eine temporeiche Schilderung notfallmedizinischer Prozeduren mit episodенübergreifenden Handlungssträngen sowie sozial-politischen Themen. ER wurde zu einer der wichtigsten und erfolgreichsten Fernsehserien aller Zeiten, ausgezeichnet u.a. mit einem „Golden Globe“ und 23 „Emmys“. Zur Fachliteratur siehe u.a. Felix et al. (1998), Rosenstein (1998), Friedman (2004), Vandekieft (2004) und Parr (2019) sowie generell Fischer (1992) und Reifegerste/Baumann (2018).

Einige der Spannungen zwischen normativ zu Wünschendem und in der Praxis realiter Vorhandenem lassen sich durch das Titelbild passend in Szene setzen. Was ist „gute Medizin“ in existenziellen Grenzsituationen des Menschen 2023?² „Emergency Room“ zählt zu den längsten wie teuersten Serien der Fernsehgeschichte und erlangte Vorbildfunktion sowohl für andere TV-Reihen als auch die medizinische Ausbildung. Das Bild des Gesundheitswesens wurde geprägt und die moralische Komponente jeweils mitgedacht: Dies zeigt konkret der ursprüngliche deutsche Titel seit den 1990er Jahren „Emergency Room – Helden [sic] im O.P.“³ Für das Original spielten die Engpässe in den Notaufnahmen Amerikas eine Rolle, die deutsche Version ist gleichermaßen ein Bild des dynamisch-dichten Alltags von Ärzteschaft und Pflege, die das Verständnis von Medizin seit einer Generation beeinflusste sowie Pionier-Beispiel für eine Fülle weiterer TV- und Streaming-Serien wurde. Von Professor Brinkmann in der „Schwarzwaldklinik“ bis zu „In aller Freundschaft – Die jungen Ärzte“, dem verschrobene Experten „Dr. House“ oder einem gleichermaßen autistisch-genialischen „Good Doctor“ sind Klinikserien aus dem Medienalltag der Republik und der Vorbildfunktion für Medizin und Pflege nicht mehr wegzudenken. Das Thema Medizin- und Pflegeethik in den Medien⁴ hat selbstverständlich viele weitere Facetten⁵ und noch grundlegendere Fragen,⁶ die im vorliegenden Band in vier Kapiteln behandelt und vertieft werden.

-
- 2 Zu Grundlagen der Medizinethik und Fallstudien siehe insbesondere Schmidt (2000), Maio (2012), Frewer (2019), Riedel/Lehmeyer (2022) und Schmidt (2022).
 - 3 Clooney war ein paradigmatischer Held in der ER-Pionierphase; mittlerweile könnten es auch Protagonisten wie Dr. „McDreamy“ (Patrick Dempsey als einfühlsamer Arzt Derek C. Shepherd) aus „Grey’s Anatomy“ (USA 2005-2023, bisher 19 Staffeln) sein, die eine jüngere Generation und (speziell weibliche) Medizin-Serien-Fans begeistern (sollen).
 - 4 Hier wurde zu Beginn bewusst ein eher traditionelles Beispiel ausgewählt, wobei natürlich das Handy auf dem Nachttisch fehlt, mit dem digitale Gesundheitskompetenz erworben wird und das für „Mobile Medicine“ sowie „E-Health“ steht. Es soll nur auf die Digitalisierung im Gesundheitswesen und eine laufende „Medienrevolution“ hingewiesen werden; einzelne Felder werden exemplarisch in den Beiträgen des Bandes diskutiert.
 - 5 Das generelle Spektrum reicht vom Einfluss des Fernsehkonsums auf die Angst vor einer Operation – vgl. Witzel (2008) – über die Reflektion, in welchem Maße bioethisches Nachdenken im Kino möglich ist – siehe u.a. Shapshay (2009) und Wöhlke et al. (2015) – bis hin zur Frage, ob die Zukunft des Lebensendes auf der Leinwand erscheint mit Tendenzen des Todes in Science Fiction-Filmen, vgl. u.a. Wagensonner/Frewer (2021). Die Forschungsliteratur hat sich dabei bereits sehr weit differenziert und spezialisiert; zu Fragen des Sterbens im Film z.B. Schlichter/Wulff (2015), Schmidt/Roser (2015) und Schmidt (2017). Siehe auch Reagan et al. (2007), Schmidt et al. (2008) und Frewer (2021).
 - 6 Vgl. Gottgetreu (2001), Capurro (2003), Bohrmann (2018), Bendheim/Pavlik (2019) und Lesch/Leniger (2022) sowie generell zum Genre „Film“ Kreimeier (1973), Schneider/Thomsen (1988), Pflaum (1992), Hoffmann (1995) und Stiglegger (2002).

Im ersten Abschnitt des Buches stehen aktuelle Analysen zum Schwerpunkt „Medizin- und Pflegeethik in den Medien“. Antonia Sahn beleuchtet mit ihrem Beitrag „Der Regelbruch als moralisch guter Akt?“ die Fragen der Medizinethik am Beispiel der TV-Serie „New Amsterdam“ (USA). Hier scheint gutes Handeln im gesamten Gesundheitssystem geradezu der Fokus des Drehbuchs – und mit dem „omnipotenten“ Chefarzt „Max Goodwin“ (sic) auch die Perspektive klar auf das Gewinnen des Positiven und die „Maximierung von Moral“ ausgerichtet. Sahn kann mit dem interessanten Querschnittsthema des „guten Regelbruchs“ das sozial-politische Potenzial und die Relevanz der TV-Serie für das Bild des bestmöglichen ärztlichen Handelns differenziert analysieren. Ellen Senck und Solveig Lena Hansen widmen sich einer ethischen Fragestellung im Spiegel der ZDF-Serie „Sløborn“: Gerade im Kontext der brisanten Pandemie-Probleme ist der Blick auf die Darstellung von „Solidarität“ in einer TV-Reihe von großer Bedeutung. Die Autorinnen stellen dabei nicht nur grundlegende systematisch-methodologische, sondern auch didaktische Überlegungen zu Public Health Ethics im Spiegel audiovisueller Medien an. Martina F. Baumann widmet sich dem Bild von Prothesenträger:innen in Print- und Online-Medien. Ist diese besondere Gruppe von Kranken oder „Verschrten“ ein Paradebeispiel für „Diversitätsbotschafter:innen“, „Cyborgs“ (Cybernetic Organisms) oder Kämpfer:innen für ein neues und gerechteres Gesundheitssystem an sich? Die Autorin beleuchtet an diesen, auch in vielerlei Hinsicht in den Medien präsenten Fällen (etwa im Sport), grundlegende ethische Aspekte. Saskia Wilhelmy, Stefan Heinrich Simond und Michael Grözinger wählen sich ein besonders modernes Genre der Medienlandschaft für ihre Untersuchung: die zunehmend weiter verbreiteten Videospiele. Wie wird Medizin dort dargestellt und auf welche Weise ist Ethik repräsentiert? Am historisch bedeutsamen Beispiel der Elektroschock-Behandlung in der Psychiatrie bearbeitet das Autor:innenteam neue Bilder im Spiegel der Bearbeitung von Video Games. Jan-Ole Reichardt und Oliver Rauprich stellen sich die Frage der Notwendigkeit eines „Ethos für die Ethik“ in Bezug auf professionelle Medienkommunikation. Welche moralischen Leitplanken und ethischen Gebote lassen sich für die Politikberatung formulieren? Die Autoren fordern für die Medizinethik grundlegende Standards in Bezug auf Medienkontakte.

Der zweite Teil bietet ein Forum für ethische Probleme neuer Medienformen mit Entwicklungen von Internet-Chats bis Mobile Medicine und E-Health: Welche Fragen ergeben sich aus Sicht von Pflege und Medizin im Umgang mit innovativen Instrumenten? Kurt W. Schmidt bietet in seiner übergreifenden Einführung einen Ausblick auf medizin- und pflegeethische Themen in Film und Fernsehen. Mit einer zukunftsorientierten Perspektive – „Es wird gleich ein bisschen wehtun“ – legt er den Finger in die Wunde zentraler Entwicklungen für Medizin, Pflege und Medienethik. Hans J. Wulff wendet sich einem „Klassiker“

des Gebietes zu: Auf welche Weise wird die Pflege im Medium des (Spiel-)Films präsentiert? Der Beitrag arbeitet auf breiter empirischer Basis und jahrzehntelanger Auseinandersetzung mit der Thematik die zentralen Stereotypen der Krankenschwester heraus. In den Analysen zum Pflege-Bild in den Medien entsteht ein aussagekräftiges Bild zwischen Klischees und Klinikpraxis. Hier kann der Beitrag von Annette Riedel zum Ethikkodex des „International Council of Nurses“ (ICN) direkt anschließen. Ist diese Leitlinie für das Handeln von Pflegefachpersonen in den einschlägigen Medien systematisch unterrepräsentiert? Die Autorin nimmt Bezug auf die mediale Verbreitung in Deutschland und verweist auf den großen Bedarf einer stärkeren nationalen Aufmerksamkeit und Implementierung. Der anschließende Beitrag macht eine weitere Diskrepanz zwischen Wunsch und Wirklichkeit für die Pflege deutlich. Christian Hißnauer widmet sich der Frage, ob gutes Leben im Alter „trotz oder durch Pflege“ erreicht werden muss. Sein Artikel beleuchtet das Thema am Beispiel von Fernsehdokumentationen im Wechselverhältnis von Innovation im Gesundheitswesen und der Zeitstruktur eines „guten Lebens“. Nach diesem Schwerpunkt zum Thema Pflege, Ethik und Medien stehen in den beiden nächsten Beiträgen neue Formate im Mittelpunkt. Dorothee Arnold-Krüger untersucht die Möglichkeiten von Seelsorge im Internet am Beispiel der Chat-Kommunikation für das Problemfeld assistierter Suizid. Kann eine vorbeugende Begleitung im Netz gelingen? Aufgrund empirischer Daten analysiert der Artikel die Dimensionen dieser neuen Form von Medium in einem ganz besonders brisanten Bereich am – potenziellen – Lebensende. Dies trifft auch für den Beitrag von Felix Tirschmann und Kirsten Brukamp zu. Im Rahmen eines Verbundprojekts werden Fragen von Fernkonsilen in der Palliativmedizin skizziert. Der Aufsatz zeigt die Rahmenbedingungen einer Studie zur Telemedizin für die neurologische Beratung bei limitierter Lebenserwartung. Für die Folgeabschätzung bei E-Health-Interaktionen stellen sich hier wichtige moralische Fragen. Zum Abschluss des zweiten Abschnitts thematisieren Rouven Porz und Ralf J. Jox die Rolle und Haltung professioneller Medizinethik in den Medien. Ist die Disziplin „Schiedsrichter“ oder eher „Einwechselspieler“, wenn es auf dem „Spielfeld“ zu größeren Konflikten kommt? Am Beispiel der Formen und Verfahrensweisen in der jüngsten Pandemie werden zentrale Rollen-Modelle für die Medizin- und Pflegeethik in den Medien reflektiert.

Teil III widmet sich traditionell der Diskussion besonderer Schwerpunkte. Für den vorliegenden Band wurde dabei das vielleicht wirkmächtigste „Medium“ für die Zukunft des Gesundheitswesens in den Mittelpunkt der Debatte gestellt: Künstliche Intelligenz (KI). Sie ist derzeit in aller Munde, bereits in jedem PC sowie zunehmend auch in Klinik und Praxis verbreitet. Ist es Risiko oder Chance, Fluch oder Segen, Gefahr oder Gewinn? Die aktuellen Interpretationen des Me-

dioms KI gehen für Medizin und Ethik weit auseinander – Grund genug, in ausgewählten Fallbeispielen aus der (inter)nationalen Praxis eine moraltheoretische Einordnung wie auch zentrale Leitlinien darzustellen. Zunächst erläutern Kurt W. Schmidt, Annette Riedel und Andreas Frewer das im vorliegenden Band durchgeführte kleine „KI-Ethik-Experiment“ in Bezug auf klinische Entscheidungsfindung und Ethikberatung. An Fällen aus der Praxis wird die automatisiert-digitale Expertise von KI mit den ethischen Einschätzungen von realen Menschen verglichen. Dabei wurden Kommentare zu Kasuistiken aus Sicht der KI einzelnen, ausgewählten Ethik-Expert:innen vorgestellt – verbunden mit dem Erkenntnisinteresse, ob ohne Wissen des Einsatzes dieses Mediums überhaupt noch zu unterscheiden ist, wer welche Bewertung vornimmt. Diese interessante Querschnittsfrage wird anhand von mehreren Fällen – Cystische Fibrose eines Minderjährigen in der Notfallentscheidung, internationale Allokation bei einem Parasitären Zwilling und insgesamt zur Ethikberatung – zur Diskussion gestellt. Bei den Fallgeschichten 1 „Mukoviszidose und (Be-)Handlungsänderung“, Kasus 2 „Operation und Medien bei einem parasitären Zwilling“ sowie Fall 3 „Wird KI die Ethikberatung in der Klinik ersetzen?“ antworten Antonia Sahn, Stephanie Müller, Andreas Frewer, Julia Mikolaj, Martin C. Hirsch, Fabian Lechner, Annette Riedel und Kurt W. Schmidt. Parallel zu Fachleuten aus Medizin und Ethik wurden Kommentare von ChatGPT herangezogen – in Form des anonymisierten „N.N.“. Aus einem Vergleich der verschiedenen Kommentare lassen sich interessante Schlussfolgerungen ziehen. Damit steht die Frage der Standardisierung und Qualitätssicherung akut auf der Tagesordnung des Medieneinsatzes für Medizin- und Pflegeethik: Welche Anforderungen stellen sich für die KI bei klinischen Fällen? Was kann aus diesem kleinen Experiment, was muss aus den internationalen Beispielen und Problemen des KI-Einsatzes gefolgert werden? Hier zeigen sich drängende Fragen, die mit Blick auf KI in der Medizin exemplarisch erörtert werden. In der Synopsis zum „KI-Ethik-Experiment“ in Bezug auf Medizin- und Pflegeethik in den Medien stellen abschließend Annette Riedel, Kurt W. Schmidt, Julia Mikolaj und Andreas Frewer nochmals die Perspektiven für die Klinische Ethik und die Beratungspraxis zusammen. Ihre Reflexionen zu neuesten Medien und der dringend notwendigen erweiterten digitalen Medizin- und Pflege-Kompetenz bis zur Folgenabschätzung für die zukünftige KI-Beratung zeigt übergreifend Optionen wie auch Herausforderungen.⁷

Der vierte Abschnitt des Jahrbuchs will vor dem Hintergrund dieser aktuellen Themenfelder durch ausgewählte Buchbesprechungen Hinweise auf wichtige Fachliteratur geben. Die hier gebrachten Rezensionen erörtern u.a. die Frage, was wir aus Pandemie-Filmen für die Corona-Krise lernen können – „Alles schon mal

7 Vgl. auch Schmidt/Lechner (2023).

dagewesen“? – mit dem Artikel von Kurt W. Schmidt zum Band von Denis Newiak (2020). Das Themenfeld „Digitalisierung und Gesundheit“ wird mit dem gleichnamigen Sammelband von Alexandra Manzei, Julia von Hayek, Cornelius Schubert (2022) durch Julia Mikolaj rezensiert. Im Film geht es immer um die zentralen „Fragen von Leben und Tod“ wie die Besprechung von Sonja Lehmer und Annette Riedel zum aktuellen Buch von Walter Lesch und Markus Leniger „Medizin und Ethik im Film“ (2022) zeigt. Andreas Frewer rezensiert u.a. den neuen Band „Wahnsinnsfilme“ (2023) als Teil der Filmklassiker-Reihe, die von „Pretty Woman“ bis „Psychoschurken“ diverse Kino-Beispiele psychologisch analysiert und damit für die „Medical Humanities“, Lehre und Falldiskussionen erschließt.

Der fünfte Teil des Jahrbuchs bringt wie immer die Dokumentation und zur Verortung aller Autor:innen die Kontakt-Adressen sowie eine Übersicht aller bisherigen Beiträge des „Jahrbuch Ethik in der Klinik“ (2008-2022). Mit Blick auf den nächsten Band (2024) sind der neue „Call for Papers“ und die Hinweise für Autor:innen aufgeführt. Am Ende steht wie immer zum besserem Verständnis auch für nicht-deutschsprachige Leser:innen das Inhaltsverzeichnis in englischer Sprache als „Kurzabstract“ (Table of Contents).

Vor bereits zwei Dekaden hat der kluge Band „Ethik im Netz“ von Rafael Capurro (2003)⁸ zu Beginn der neuen Fachbuchreihe „Medienethik“ die Fragen von Digitalisierung und Moral für alle gesellschaftlichen Bereiche aufgefächert. Auf dem Titelbild ist die klassische „Schule von Athen“ (1510/11)⁹ zu sehen, wobei die antiken Denker als Geistesgrößen teils mit Laptops gestaltet wurden. Die Antizipation der immer stärker zunehmenden Dominanz des Digitalen ist hier gut gelungen und scheint in den letzten 20 Jahren bis zur KI in der Ethik/Beratung nochmals zugespitzt zu sein. Eine paradigmatische Prägung der Medien für Medizin und Pflege bei der Interaktion mit Kranken bildet eine ähnlich epochale Herausforderung wie die an Raffaels Schwelle vom Mittelalter zur Neuzeit. Mittlerweile könnte man die Computertasche statt des Werkes „ETHICA“ unter dem Arm von Aristoteles ergänzen um das Smartphone in Platons nach oben – wegen des schlechten Empfangs?¹⁰ – weisender Hand oder den Fitness-Tracker

8 Vgl. Capurro (2003).

9 Fresko des Malers Raffaello Sanzio da Urbino (1483-1520), das dieser von 1510 bis 1511 in der Stanza della Segnatura des Vatikans für Papst Julius II. (1443-1513) anfertigte; heute im Rahmen der Vatikanischen Museen zu besichtigen.

10 Wie sehr hier zugespitzte Kreativität und harte Realität zusammenfallen, sieht man etwa am Beispiel Ukraine, wo offenbar auch Datenempfang für den Kampfeinsatz an modernen Satelliten-Links scheitern kann. Die „Zeitenwende“ für historisch-politische Dimensionen mit „Cyberwar“ und „digitalem Drohnenkrieg“ zeigt neue Formen von Kriegen,

(Kardio-wearables etc.) am Körper des sich auf der Treppe räkelnden Diogenes. Die Dynamik medialer Revolutionen und digitalisierter Patient:innen-Welten hat sich in den letzten Jahren nochmals verstärkt, viele ethische Fragen stellen sich ganz neu oder in grundlegend modifizierter Form. Die immer stärker relevante „Medienmedizin“¹¹ – wie wirken etwa Effekte von Popularisierung und Medikalisierung?¹² – braucht in jedem Fall vertiefte ethische Reflektion. Dies sind die Schwerpunkte des Bandes.

Interessenkonflikte: Keine

Danksagung

Das „Jahrbuch Ethik in der Klinik“ entsteht aus der intensiven Zusammenarbeit vieler Menschen: An erster Stelle sei den Autor:innen des vorliegenden Bands für ihre Artikel sowie die gute Kooperation bei der Redaktion herzlich gedankt! Dem Team zur Vorbereitung der Jahrestagung der Akademie für Ethik in der Medizin, speziell Christin Zang und Alfred Simon, möchten wir ebenfalls danken. Die Mitglieder des Wissenschaftlichen Beirats wie auch externe Begutachtende waren im Rahmen des fachlichen Auswahlprozesses aktiv. Bei der redaktionellen Arbeit konnte das Team im Sekretariat der Professur für Ethik in der Medizin wieder gut unterstützen. Herzlicher Dank geht an Kerstin Franzò, M.A., Martina Wildfeuer und Julia Mikolaj. Außerdem hat Sarah L. Kirkby als Native Speaker und professionelle Übersetzerin englische Passagen durchgesehen, dafür sei ihr ebenfalls gedankt. Das Verlagsteam von Königshausen & Neumann in Würzburg hat den Druck des Jahrbuchs wie immer sehr kompetent und ausdauernd betreut. Wir danken dem Verlagsteam mit Caroline Pabst, Heike Hanenberg, Dr. Hans-Stephan Moosmüller und Prof. Johannes Königshausen für die Zusammenarbeit. Dr. Markus Heinlein gebührt unser wiederholter Dank für die Beratung bei der gemeinsamen Gestaltung des Covers wie auch bei der Betreuung der Abbildungen.

wobei die Grausamkeit des mörderischen Konflikts wie auch des neuen Krieges in Gaza wohl eher Schritte zurück in „mittelalterliche“ Zustände bedeutet.

11 Siehe insbesondere Wulff (2001) sowie Witzel (2015) und Hißnauer/Stockinger (2023).

12 Vgl. u.a. Bendheim/Pavlik (2019) und Parr (2019).

Literatur

- Bendheim, A./Pavlik, J. (Hrsg.) (2019): *Figurationen von Krankheiten. Chancen und Grenzen der Ästhetisierung*. Heidelberg.
- Bohrmann, T. (2018): Einführung in die ethische Filmanalyse. In: Bohrmann et al. (2018), S. 37-57.
- Bohrmann, T./Reichelt, M./Veith, W. (Hrsg.) (2018): *Angewandte Ethik und Film*. Wiesbaden.
- Brütsch, M./Hediger, V./von Keitz, U./Schneider, A./Tröhler, M. (Hrsg.) (2009): *Kinogefühle. Emotionalität und Film*. 2. Auflage. Marburg.
- Capurro, R. (2003): *Ethik im Netz. Medienethik*, Band 2. Stuttgart.
- Felix, J./Giesenfeld, G./Heller, H.-B./Hickethier, K./Koebner, T./Prümm, K./Solms, W./Vogt, G. (Hrsg.) (1998): *Die weiße Serie – Ärzte und Krankenhäuser im Fernsehen. AUGEN-BLICK*. Marburger Hefte zur Medienwissenschaft, Band 28. Marburg.
- Fischer, Heinz-Dietrich (Ed.) (1992): *Medicine, Media and Morality: Pulitzer Prize-Winning Writings on Health-Related Topics*. Malabar/Florida.
- Frewer, A. (Hrsg.) (2019): *Fallstudien zur Ethik in der Medizin. Beratungsbeispiele aus Ethikkomitees*. FEM 1. Würzburg.
- Frewer, A. (2021): Menschlichkeit im Gesundheitswesen der Zukunft? In: *Ethik in der Medizin* 33 (2021), S. 1-12. DOI 10.1007/s00481-021-00617-2.
- Frewer, A./Franzò, K./Langmann, E. (Hrsg.) (2021): *Die Zukunft von Medizin und Gesundheitswesen. Prognosen – Visionen – Utopien*. Jahrbuch Ethik in der Klinik, Band 14. Würzburg.
- Friedman, L. D. (Ed.) (2004): *Cultural Sutures. Medicine and Media*. Durham.
- Gottgetreu, S. (2001): *Der Arztfilm. Untersuchung eines filmischen Genres*. Bielefeld.
- Hißnauer, C./Stockinger, C. (2023): *Medizin und die Zeitlichkeit guten Lebens in populären Fernsehennarrativen. Zu medizin-ethischen Aspekten deutscher Arzt- und Krankenhausserien aus medienwissenschaftlicher Perspektive*. In: *Ethik in der Medizin* 35 (2023), S. 93-109.
- Hoffmann, H. (Hrsg.) (1995): *100 Jahre Film. Von Lumière bis Spielberg 1894-1994. Der deutsche Film im Spannungsfeld internationaler Trends*. Düsseldorf.
- Kreimeier, K. (1973): *Kino und Filmindustrie in der BRD. Ideologieproduktion und Klassenwirklichkeit nach 1945*. Kronberg/Ts.
- Lesch, Walter/Leniger, Markus (Hrsg.) (2022): *Fragen von Leben und Tod. Medizin und Ethik im Film*. Marburg.
- Maio, G. (2012): *Mittelpunkt Mensch: Ethik in der Medizin. Ein Lehrbuch*. Stuttgart.

- Newiak, Denis (2020): Alles schon mal dagewesen. Was wir aus Pandemie-Filmen für die Corona-Krise lernen können. Marburg.
- Parr, R. (2019): Popularisierung von medizinischem Wissen in populärer ästhetisch-medialer Form. Deutsche Arztserien im Fernsehen. In: Bendheim/Pavlik (2019), S. 111-121.
- Pflaum, H. G. (1992): Film in der Bundesrepublik Deutschland. Der neue deutsche Film von den Anfängen bis zur Gegenwart. Mit einem Exkurs über das Kino der DDR. Ein Handbuch. München u.a.
- Reagan, L. J./Tomes, N./Treichler, P. A. (Eds.) (2007): *Medicine's Moving Pictures. Medicine, Health, and Bodies in American Film and Television.* Rochester, New York.
- Reifegerste, Doreen/Baumann, Eva (2018): *Medien und Gesundheit.* Wiesbaden.
- Riedel, A./Goldbach, M./Lehmeyer, S. (2023): *Moralische Belastung von Pflegefachpersonen. Hintergründe – Interventionen – Strategien.* Heidelberg (im Erscheinen).
- Riedel, A./Goldbach, M./Lehmeyer, S. (2022): *Moralisches Belastungserleben von Pflegefachpersonen – Ein deskriptives Modell der Entstehung und Wirkung eines ethisch bedeutsamen Phänomens in der Pflege.* In: Riedel/Lehmeyer (2022), S. 427-446.
- Riedel, A./Lehmeyer, S. (2022): *Erlebensqualitäten moralischer Belastung professionell Pflegenden und die Notwendigkeit des Schutzes der moralischen Integrität – am Beispiel der COVID-19-Pandemie.* In: Riedel/Lehmeyer (2022), S. 447-475.
- Riedel, A./Lehmeyer, S. (Hrsg.) (2022): *Ethik im Gesundheitswesen.* Heidelberg.
- Rosenstein, D. (1998): *Arzt- und Krankenhausserien. Profil(e) eines Genres.* In: Felix et al. (1998), S. 6-30.
- Schlichter, A./Wulff, H. J. (2015): *Sterbehilfe: Ein filmographisches Dossier.* In: *Medienwissenschaft* 163 (2015), S. 1-28.
- Schmidt, K. W. (2000): *Herr Doktor, sagen Sie mir die Wahrheit... – Zur Darstellung medizinethischer Konflikte im Film.* In: *Ethik in der Medizin* 12, 3 (2000), S. 139-153.
- Schmidt, K. W. (2008): *Sterben und Tod im Spielfilm.* In: Schmidt et al. (2008), S. 159-176.
- Schmidt, K. W. (2017): *Sterbehilfe in (Spiel-)Filmen – Was wird (nicht) gezeigt?* In: *Bundesgesundheitsblatt* 60 (2017), S. 99-107. DOI 10.1007/s00103-016-2474-9.
- Schmidt, K. W. (2022): *Das Krankenhaus als mediales Brennglas.* Impuls. Evangelische Akademie Frankfurt, September. Frankfurt/M.

- Schmidt, K. W./Lechner, F. (2023): ChatGPT: Hilfe bei der medizinethischen Entscheidungsfindung? In: *Innere Medizin*, <https://doi.org/10.1007/s00108-023-01601-2>.
- Schmidt, K. W./Maio, G./Wulff, H. J. (Hrsg.) (2008): *Schwierige Entscheidungen. Krankheit, Medizin und Ethik im Film*. Frankfurt/M.
- Schmidt, K. W./Roser, T. (2015): Sterben und Trauer im Film. Der inszenierte Tod. In: *Zeitschrift für Palliativmedizin* 16, 5 (2015), S. 202-208. DOI 10.1055/s-0035-1564408.
- Schneider, I./Thomsen, C. W. (Hrsg.) (1988): *Lexikon der britischen und amerikanischen Spielfilme in den Fernsehprogrammen der Bundesrepublik Deutschland 1952-1985*. Band 1: ARD. Band 2: ZDF. Band 3: Register. Berlin.
- Shapshay, S. (2009): *Bioethics at the Movies*. Baltimore.
- Stiglegger, M. (Hrsg.) (2002): *Kino der Extreme. Kulturanalytische Studien*. St. Augustin.
- Türschmann, J./Paatz, A. (Hrsg.) (2000): *Medienbilder. Dokumentation des 13. Film- und Fernsehwissenschaftlichen Kolloquiums*. Göttingen.
- Vandekieft, G. (2004): From City Hospital to ER. The Evolution of the Television Physician. In: *Friedman* (2004) S. 215-233.
- Wagensonner, F./Frewer, A. (2021): Erscheint die Zukunft des Lebensendes auf der Leinwand? Tendenzen zum Sterben in Science Fiction-Filmen. In: *JEK* 14 (2021), S. 39-74.
- Witzel, K. (2015): *Fernsehärzte und die Wirklichkeit – Medienwissenschaftliche Aspekte der Patientensicht*. Hamburg.
- Witzel, K./Kaminski, C./Struve, G./Koch, H. J. (2008): Einfluss des Fernsehkonsums auf die Angst vor einer Operation. In: *NeuroGeriatric* 2 (2008), S. 57-61.
- Wöhlke, S./Hansen, S. L./Schick Tanz, S. (2015): Nachdenken im Kinosessel? Bioethische Reflexion durch Filme als eine neue Möglichkeit der Diskussion von Standpunkten und Betroffenheit. In: *Ethik in der Medizin* 27, 1 (2015), S. 1-8.
- Wulff, H. J. (1985): *Psychiatrie im Film*. Münster.
- Wulff, H. J. (2001): Fernsehen als Agentur einer naiven Medizin: Narrativisierung, Dramatisierung, Ideologisierung. In: *Türschmann/Paatz* (2000), S. 247-260.
- Wulff, H. J. (2009): Moral und Empathie im Kino. Vom Moralisieren als einem Element der Rezeption. In: *Brütsch et al.* (2009), S. 377-394.

I. Schwerpunkt

Medizin- und Pflegeethik in den Medien –

aktuelle Analysen

**Der Regelbruch als moralischer Akt?
Ethisches Handeln im Gesundheitssystem
am Beispiel der TV-Serie „New Amsterdam“**

“It has never been clear to me exactly where my work begins and ends or for that matter why I should be worried about that imaginary line.”¹

**1. „New Amsterdam“ und das Bellevue-Hospital –
Ein Ort als Brennglas für gesellschaftliche Ungleichheit²**

Das Bellevue Hospital in New York ist das älteste öffentliche Krankenhaus der USA und ein Maximalversorger im strengsten Sinn. In ihm findet sich eine Vielzahl medizinischer Fachkliniken, eine berühmte psychiatrische Abteilung, eine Schule für erkrankte Kinder und Jugendliche sowie sogar ein Gefängnisstrakt für erkrankte Insassen der Gefängnisinsel Rikers Island.³ Auf diese Weise leistet das Bellevue Hospital nicht nur medizinisch eine maximale Versorgung, sondern es verschränkt darüber hinaus verschiedene gesellschaftliche Institutionen miteinander. Der Aufbau des Krankenhauses bietet sich an, einen differenzierten Blick auf medizinisches Handeln und seine gesellschaftliche Funktion zu werfen. Eric Manheimer hat sich diese Konstellation zu Nutze gemacht. Er war ärztlicher Direktor des Bellevue Hospitals und hat seine Erfahrungen in dem Band „Twelve Patients. Life and Death at Bellevue Hospital“⁴ zusammengefasst. Im Buch dient das Bellevue Hospital als Brennglas, durch das die Verbindung von Medizin, Politik und Ethik deutlich werden soll.⁵ Manheimer skizziert dort anhand von zwölf Kasuistiken, auf

1 Manheimer (2013), S. 342.

2 Ebd.

3 Ebd., S. 2.

4 Ebd., S. 3 und S. 339.

5 Ebd., S. 340.

welche Weise die Medizin und auch die medizinische Forschung mit gesellschaftlichen Problemen interagieren.⁶ Obwohl sein Buch keinen wissenschaftlichen Anspruch erhebt, so gelingt es ihm doch aufzuzeigen, inwiefern einzelne Schicksale von Politik und etablierten medizinischen Verfahrensweisen abhängen. Diese Abhängigkeit der einzelnen Patient:innen verweist jeweils auf strukturelle Ungleichheiten, die politisch und gesellschaftlich bedingt sind und für die die Medizin sich als Schaltstelle erweist. In Manheimers Darstellung kann durch das Engagement einzelner ein Bruch mit übergeordneten Strukturen oder etablierten Verhaltensweisen zum Wohle der Patient:innen geschehen oder alternativ Abläufen blind gefolgt werden, was einzelnen Patient:innen zum Nachteil gereichen kann. Diese Darstellung Manheimers hat eine Spannkraft, die sich die Serie „New Amsterdam“, die von 2018 bis 2023 im NBC ausgestrahlt wurde, zu eigen gemacht hat.⁷ Die Serie beruht zum Großteil auf Manheimers Erfahrungsbericht.⁸ In der Serie heißt das Krankenhaus New Amsterdam. Es gleicht dem Bellevue von Struktur und Bau. Die Serie weist jedoch auch Unterschiede zum Buch auf. Sie führt die Patient:innenfälle hin zu anderen Extremen, als sie im Buch dargestellt sind, und es werden in den fünf Staffeln weitaus mehr als zwölf Patient:innen vorgestellt. Auch das medizinische Personal gleicht nicht dem im Buch und dennoch verliert die Serie den Bezug zum Buch und seinem Ansinnen nicht. Neuartige und unkonventionelle Therapieansätze werden ausprobiert, durchgesetzt oder scheitern an strukturellen Hürden wie kommerziellen Interessen oder politischen Regelungen. Das Regelüberschreiten bzw. Regelbrüche werden dabei zu Leitstrukturen der Serie, die als intuitiv moralisch richtige Lösung erscheinen. Die Serie ist auf diese Weise Schauplatz medizinethischer Problemfelder und verweist immer wieder auf die Verknüpfung von Politik und Medizin.⁹

Im vorliegenden Aufsatz soll zunächst die Serie vorgestellt werden. Figuren, grundlegende Handlungsmuster und Spannungskurven der Serie werden dargestellt, so dass deutlich wird, warum dem Regelbruch in der Serie ein hoher Stellenwert zukommt. Im Sinne der systematischen Filmanalyse wird insbesondere die

6 Ebd.

7 NBCUniversal Media, LLC (2023): <https://www.nbc.com/new-amsterdam>.

8 NBCUniversal Media, LLC (2023): <https://www.nbc.com/new-amsterdam/about>.

9 New Amsterdam unterscheidet sich mit diesem kritischen Element von anderen berühmten Krankenhausserien, die häufig medizinische Notfälle, Intensivmedizin und Reanimationen besonders inszenieren bzw. emotionale Beziehungsdramen implementieren oder spezifische kognitive Dispositionen von Inselbegabungen („Dr. House“ und „The Good Doctor“) stärker in den Mittelpunkt stellen.

narrative Ebene¹⁰ der Serie untersucht, um der Problematik der Regelüberschreitung als moralischem Akt auf den Grund zu gehen. Anhand von zwei Fallbeispielen wird dabei detailliert herausgearbeitet, auf welche Weise der Regelbruch bzw. das Regelüberschreiten als intuitiv richtig präsentiert wird. In dieser Betrachtung gelten nicht nur Gesetze als Regeln, sondern auch etablierte Verfahrensweisen, „stille“ Regeln und kommerziell gewünschte Wege.

Abschließend wird die Darstellung des Regelbruchs als moralische Handlung diskutiert und die Regeln, mit denen gebrochen wird, sowie die sozialen Konstellationen rücken in den Fokus. Im Zuge dieser Diskussion wird auch nach der Aufgabe von medizinischem Personal und der Rolle der Medizinethik gefragt, wenn diese an Regeln festhält, die womöglich aus ethischen Gründen überschritten werden (müssen). Einerseits hat der Aufsatz somit das Ziel, mithilfe der Serie die Problematik des moralischen Regelbruchs in der Medizin auszuleuchten. Andererseits soll aufgrund der Darstellung und Diskussion aber auch das Potenzial der Serie für die Medizinethik und die Ausbildung medizinischen Personals deutlich werden, indem sie für Missstände sensibilisieren und ein kritisches und konstruktives Hinterfragen von etablierten Verfahren befördern kann.

2. Die Darstellung des Regelbruchs in der Serie „New Amsterdam“

2.1. Figuren und Handlungen

Hauptfigur der Serie ist der junge ärztliche Direktor Maximus Goodwin – kurz Max genannt –, dessen Name Ausdruck seines Charakters sein soll. Er zeichnet sich durch großes Engagement für seine Patient:innen aus und will maximale Therapieerfolge erzielen. Das bedeutet häufig, dass er den Patient:innen auf verschiedenen Ebenen – nicht nur im engen Sinne medizinisch – helfen muss. Max Goodwins Grundeinstellung zeigt sich auch in der Frage an die Mitarbeitenden: „Wie kann ich helfen?“¹¹ Diese Frage als Grundhaltung symbolisiert eine Verkehrung klassischer Hierarchien. Der ärztliche Direktor versteht sich hier selbst als Instrument zum Wohle der Patient:innen und hört den Mitarbeitenden mit ihren Erfahrungen und Eindrücken zu. Dem Erleben des ärztlichen Personals kommt ein hoher Stellenwert zu. Max nimmt sie ernst. Diese Frage wurde von Manheimer in der Serie und in der Praxis gezielt eingesetzt mit der Absicht, Patient:innen gegenüber

10 Bohrmann (2018), S. 40.

11 Richter (2021).

offen und unvoreingenommen zu sein und damit den weiteren Gesprächsverlauf nicht vorherzubestimmen.¹²¹³

Unterstützt wird Max von einem Team junger und diverser Ärzt:innen und Pfleger:innen verschiedener Fachrichtungen. Sie stellen weitere Hauptfiguren der Serie dar. Eine wichtige Figur unter ihnen ist der Psychiater Ignatius Frome – kurz Iggy genannt. Durch die Figur Iggys nehmen psychosoziale Aspekte einen großen Platz in der Serie ein. Die Komplexität psychiatrischer Diagnosen und ihre häufig multifaktorielle Ätiologie werfen die grundlegenden Fragen danach auf, wie Lebensverhältnisse, gesellschaftlicher Status und biomedizinische Grundlagen ineinandergreifen und sich bestärken können. Psychiatrische Kasuistiken dienen der Serie dazu, die schwierige Grenzziehung, die die Medizin zu vollziehen hat, nachzuzeichnen und lassen die Frage nach ethischer Grenzziehung und Grenzüberschreitung laut werden. Unter 2.3.1. soll anhand einer psychiatrischen Kasuistik diese Problematik exemplarisch vorgestellt werden.

Insgesamt werden die Regelüberschreitung und der Bruch mit etablierten Verfahrensweisen zu Markenzeichen der Hauptfiguren und zum selbstverständlichen Teil der medizinischen Behandlung, der Aufmerksamkeit erregt.¹⁴ Es steht nicht das klassische Dilemma der Entscheidung im Vordergrund, wie es in der filmischen Darstellung von ethischen Themen häufig vorkommt.¹⁵ Vielmehr wird dieser Punkt übergangen, weil er sich als notwendig präsentiert. Die Strittigkeit und Ambivalenz solcher Grenzüberschreitungen wird häufig im Nachhinein durch andere Charaktere diskursiv in die Serie eingebracht. Dies zeigt sich auch in den nachfolgenden Fallbeispielen.

Die Darstellung des medizinischen Personals ist teilweise problematisch, weil sie den Handelnden einen heroischen Charakter attestiert, wenn sie den hohen Einsatz für Patient:innen so verstehen, dass er selbstverständlich sei.¹⁶ Ein solches „Heldentum“ scheint dem eigentlichen Ziel der Serie – die Umkehrung von Hierarchien zu verfolgen und das Wohl der Patient:innen in den Mittelpunkt zu stellen – entgegenzustehen. Die Darstellung des medizinischen Personals pendelt auf diese Weise zwischen Heldentum und der Demut, die Patient:innen an erste Stelle

12 Manheimer (2019), S. 14.

13 Richter (2021).

14 Vgl. Gottgetreu (2022), S. 97.

15 Gillett (2012), S. 177.

16 Diese Problematik kann auch als „Heroismus-Paradox“ der Supererogation bezeichnet werden. Vgl. Raters (2022), S. 5.

vor beispielsweise kommerzielle Interessen zu setzen.¹⁷ Die Ambivalenz der Figuren verstärkt jedoch die Frage nach dem Regelbruch als moralisch gutem Akt, weil sie die Folgen dieses Regelbruchs für das Selbstverständnis der Ärzt:innen aufzeigt.

2.2. Die Grundstruktur

Die Serie spielt wie oben dargelegt mit dem moralischen Regelbruch als wiederkehrendes Element. Die Spannungskurven der einzelnen Folgen ähneln sich und sind derart aufgebaut, dass dem Regelbruch oder der Grenzüberschreitung entgegengefiebert wird, sie als intuitiv richtig bewertet wird und sie den Wendepunkt der jeweiligen Geschichte darstellt. Häufig hängt für die Patient:innen in diesen Momenten alles von den Entscheidungen des medizinischen Personals ab. In der Mehrheit der dargestellten Fälle wird der Regelbruch notwendig, um die Behandlung bieten zu können, die einzelne Patient:innen benötigen. Diese bestmögliche bzw. notwendige Behandlungsoption bleibt den Patient:innen jedoch durch strukturelle Hürden wie beispielsweise politische Regelungen, medizinisch etablierte Vorgehensweisen oder auch kommerzielle Interessen verwehrt. Der Regelbruch bzw. das Regelüberschreiten erscheint somit unausweichlich, wenn man den Patient:innen die Therapie bieten möchte, die sie benötigen. Anhand von Einzelfällen lässt sich eine Skizze problematischer Strukturen und Verfahrensweisen anfertigen. So zeichnet sich die Grundstruktur der Serie durch eine Induktionsfigur aus.¹⁸ Einzelfälle verweisen auf gesellschaftliche und strukturelle Ungleichheiten. Das medizinische Personal präsentiert sich als Instrument, diese Transformation der Problematik – von Krankheit zu sozialer Ungleichheit – zu leisten. Durch Erfahrung mit Krankheit (beispielsweise das gehäufte Wahrnehmen von Symptomen, bei Patient:innen, die bestimmte Merkmale teilen¹⁹) kann aus dem Einzelfall ein strukturelles Problem abgeleitet werden. Diese Reflexionsleistung wird durch das medizinische Personal vollzogen; die Verbindung von Einzelfall und übergeordneter gesellschaftlicher Ebene kann anhand von Symptomen deutlich werden und fällt damit in den Bereich der Medizin. Ärztliches Handeln wird zum Detektor von Ungleichheit, und dieses Rollenverständnis ist die Basis, auf der sich die Geschichte der jeweiligen Folge entspinnt. Therapieversuche, die das medizinische Personal versucht, sind ebenfalls nicht nur auf individueller Ebene verortet, sondern auch

17 Die Ambivalenz der ärztlichen Rolle lässt sich an der Hauptfigur Max gut erkennen, der mit hohem Einsatz für „richtige“ Ziele kämpft, jedoch auch immer wieder scheitert und mit Selbstüberschätzung konfrontiert wird. Vgl. Schulner et al. (2020), S. 3, F. 6, F. 7.

18 Smith (2022).

19 Vgl. Schulner et al. (2019), S. 2, F. 14; hier dargestellt unter 2.3.1.

auf struktureller Ebene zu finden. Sie werden auf diese Weise zu Lösungsversuchen und dienen nicht allein der Heilung einzelner. Petitionen oder politischer Aktivismus kann Teil dieser Heilversuche werden und macht aus dem medizinischen Personal politische Akteur:innen. Die Induktionsfigur – vom Einzelfall zum strukturellen Problem – verlangt somit weitere Transformationen. Sie zieht einen Rollentausch der Ärzt:innen nach sich bzw. eine Erweiterung des ärztlichen Aufgabenbereichs, der bis ins Politische hinein ragt.

Die Spannungskurve der einzelnen Folgen erreicht einen Höhepunkt, wenn für die Patient:innen scheinbar alles auf dem Spiel steht. An diesem Punkt müssen sich die Ärzt:innen meist zwischen dem Wohl der Patient:innen oder dem Regelbefolgen bzw. dem etablierten Verfahren entscheiden. Diese Entscheidung scheint für das handelnde medizinische Personal eindeutig und ist kein Dilemma. Im Buch Manheimers wird diese Zuspitzung differenzierter dargelegt und der Bruch mit Regeln nicht derart extrem vollzogen. Jedoch werden auch in der Serie Graustufen und eine Fülle an Möglichkeiten angedeutet, wenn Max und sein Team kreative oder unkonventionelle Wege beschreiten. Diese Lösungsversuche überraschen häufig und dem unkonventionellen Denken kommt ein hoher Stellenwert zu. Zugleich verweisen diese nicht etablierten Verfahrensweisen darauf, wie unflexibel bestehende Strukturen konzipiert sind. Überdies wird deutlich, dass einzelnen Menschen, Interessensgruppen und insbesondere Institutionen, diese unkonventionellen Lösungen zum Scheitern zwingen können – auch wenn durch diese Lösungswege niemand Schaden nimmt. Das Scheitern der Umsetzung der Lösungsversuche wird somit zum kritischen Element der Serie, das Raum für Reflexion bietet. Mithilfe dieser Grundstruktur wird eine Fülle medizinethischer Problemfelder abgearbeitet. Einerseits tut sie es formal, indem sie nach der Rolle und den Aufgaben des medizinischen Personals fragt, wenn dieses zwischen individuellem Patient:innenwohl und gesellschaftlicher Verortung des Problems vermittelt. Andererseits wird diese Struktur genutzt, um aktuelle, politische und gesellschaftliche Problemfelder anhand dieser Konstellation zu diskutieren. Themen, die dabei verhandelt werden, im Rahmen des Aufsatzes jedoch nicht ausführlich diskutiert werden können, sind beispielsweise:

- Nachhaltigkeit und Umweltschutz im Krankenhaus²⁰
- Opioidkrise in den USA und die Rolle der Ärzt:innen und die Pharmalobby²¹

20 Vgl. Schulner et al. (2020), S. 3, F. 11. Max möchte Plastikmüll im Krankenhaus reduzieren.

21 Vgl. Schulner et al. (2019), S. 2, F. 15. Max überprüft die Indikationen der Opioidverordnungen, die in New Amsterdam vorgenommen werden.

- der Mangel an Pflegekräften für Senior:innen²²
- Rassismus, soziale Ungleichheit²³ und die Versorgung Unversicherter²⁴
- Psychiatrie und Stigmatisierung²⁵
- HIV, Stigmatisierung und Unterdiagnostizierung²⁶

Nicht immer gelingt es der Serie, die Komplexität dieser Debatten darzustellen. Doch werden meist die konkreten Auswirkungen politischer Entscheidungen für Einzelne deutlich und Konsequenzen anhand von Beispielen detailliert aufgezeigt. Darüber hinaus werden nicht nur aktuelle gesellschaftliche Debatten, sondern auch aktuelle Forschung biomedizinischer, sozialmedizinischer Art mitaufgenommen. Klassische onkologische Therapien werden beispielsweise neueren Ansätzen wie denen der Immuntherapien gegenüber gestellt²⁷ oder auch Studien zu Compliance und Rassismus beachtet.²⁸ Auf Ebene der einzelnen Folgen entspinnt sich ein erster Handlungsbogen, der die Induktionsfigur am Beispiel einzelner Patient:innen und einzelner Themen vollzieht. Ein zweiter Handlungsbogen, der die einzelne Folge im Kontext ihrer Serialität betrachtet, bettet sie so ein, dass die Verbindung von Medizin und Gesellschaft insgesamt deutlich wird.²⁹

Im Folgenden soll nun anhand von zwei Fallbeispielen dargelegt werden, auf welche Weise die Serie diese Elemente vereint und wie der Regelbruch als ethisch intuitiv richtige Handlung präsentiert wird.

-
- 22 Vgl. Schulner et al. (2021), S. 4, F. 21. Iggy hat ein therapeutisches Gespräch mit einer überarbeiteten Pflegekraft.
- 23 Vgl. Schulner et al. (2020), S.3, F.6. Max versucht systemischen Rassismus in New Amsterdam zu beenden. Er scheitert und erkennt, dass er als Weißer Mann nicht die Rolle des Problemlösers einnehmen kann.
- 24 Vgl. Schulner et al. (2019), S. 2, F. 14. In dieser Folge versorgt Max obdachlose, unversicherte Menschen außerhalb des Krankenhauses.
- 25 Vgl. Schulner et al. (2018), S. 1, F. 1. Iggy möchte ein Mädchen von seinem Stigma befreien „schwierig“ zu sein, da sie selbst Opfer des Systems von Pflegefamilien und psychiatrischer Versorgung ist.
- 26 Schulner et al. (2020), S. 3, F. 7. Max kritisiert den Ausschluss von schwulen Männern bei der Blutspende – „Gay Blood Ban“.
- 27 Schulner et al. (2018), S. 1, F. 9.
- 28 Schulner et al. (2019), S. 2, F. 14.
- 29 Vgl. Hißnauer (2021), S. 1410.

2.3. Fallbeispiele

2.3.1. Rassismus als Krankheitsursache

In Staffel 2, Folge 14 wird ein Teenager namens Cephaz Fernandez vorstellig, der unter einem gutartigen Tumor des Magens leidet. Als Ursache werden auffällig erhöhte Level des Stresshormons Cortisol vermutet. Aus diesem Grund wird auch eine psychosomatische Komponente als Ursache in Betracht gezogen, um herauszufinden, welchen Stressoren Cephaz ausgesetzt ist. Iggy Frome, der Chef der Psychiatrie, befragt Cephaz in einem Anamnesegespräch mit dem UNREST-Test.³⁰ Dieser Test ist nicht fiktiv, sondern ein Instrument, um zu erfassen, inwiefern Menschen sozialen Widerstand im Alltag und gesundheitsschädliches Verhalten aufgrund von Zugehörigkeit zu einer Minderheit aufweisen.³¹ Cephaz präsentiert in diesem Test ein hohes Risikoprofil für gesundheitsschädliches Verhalten; Iggy schließt aus seinem Testergebnis und aus dem anamnestischen Gespräch mit ihm, dass er unter rassistischen Diskriminierungen im Alltag leidet, die eine Stressreaktion und in der Folge somatische Erkrankungen hervorruft. Der Psychiater verknüpft diesen Fall mit weiteren Fällen, in denen er somatische Erkrankungen in Folge verschiedener Stresssituationen gesehen hat. Er glaubt, dass durch rassistische Erfahrung somatisches Leid hervorgerufen werden kann. Diese Beziehung von Rassismus, Stressreaktion und somatischer Erkrankung ist vielfach untersucht worden.³² Sie ist somit keine These, die erstmalig in der Serie genannt wird. Die Serie verweilt auch nicht zu lange bei diesem Zusammenhang, sondern sucht in der ihr eigenen Weise nach einer Hilfestellung für diesen Patienten. Um die Erkenntnis Iggys – der Verbindung von rassistischem Erleben und somatischer Erkrankung – gerecht zu werden und dem Patienten, eine umfassende Therapie bieten zu können, muss Iggy diesen Zusammenhang medizinisch erfassbar machen. Iggy versucht nun als Diagnose des ICD-Codierungssystems „Racism“ anzugeben. Da es keinen solchen Diagnosecode gibt, schreibt er dennoch „Racism“ hin und gerät in einen Konflikt mit der Abrechnungsabteilung des Krankenhauses, die im nachfolgenden Dialog durch eine Angestellte namens Sandra repräsentiert wird:

“Iggy: There isn’t a code for my actual diagnosis.

Sandra: Okay, then change your diagnosis to an approved ICD-10 code, because that’s how we pay insurance companies.

30 Factor et al. (2013), S. 618.

31 Ebd.

32 Thames et al. (2019), sowie auch Beauchamp et al. (2013), S. 265 und Kluge (2020).

Iggy: [...] I'm not gonna change my diagnosis. [...] He³³ is proof that racism can cause life-threatening medical issues and no one is doing anything about it, because no one is tracking the data to prove it. Do you know why no one is tracking the data to prove it?

Sandra: Because the ICD-10 doesn't have a diagnostic code for it?

Iggy: Exactly.

Sandra: Dr. Frome, go ahead, change the world, but not until you change the ICD codes."³⁴

Dieser Dialog verleitet Iggy zu einem unkonventionellen Schritt. Er sucht nicht in erster Linie nach einer Therapiemöglichkeit, sondern versucht eine Lösung auf struktureller Ebene durchzusetzen, die somit nicht allein seinem Patienten Cephas helfen könnte. Er beschließt, eine Kampagne ins Leben zu rufen, um Rassismus als Diagnose in das medizinische Kodierungssystem aufzunehmen. Dieser Schritt besteht dadurch, dass er sich auf die Ursache des Problems konzentriert und sie beim Namen nennen möchte, denn es bedarf einer Terminologie für diese Erkenntnis: „If we can name it, we can treat it.“³⁵ Anhand dieser Kasuistik wird ein wissenschaftstheoretisches Problem der Medizin deutlich. Das, was nicht benennbar ist, ist nicht diagnostizierbar und kann nicht behandelt werden. Die strukturelle Kritik, hinter dieser Erkenntnis, ist naheliegend. Im Buch Manheimers wird es anhand eines ähnlichen Falls wie folgt auf den Punkt gebracht:

“If you don't fit a category, then you don't exist as an entity. Thus the 'fight' to be legitimized as an illness continues in the back rooms of lobbying groups and in the psychiatrists' committees themselves: Legitimization follows funding, and powerful players in the field control funding.”³⁶

Die Interessen, die hinter gewissen Diagnosen stehen können, werden in dieser Folge nicht weiter diskutiert. Diese Problematik wird nur angerissen. Jedoch wird die Grundstruktur der Serie auch in dieser Folge umgesetzt und die Hilfestellung für den Patienten bleibt im Fokus. Iggy erkennt, dass er und Cephas die Ursache des Problems für sich benennen können, und er hofft, mit dieser Einsicht, Cephas helfen zu können und eine Therapie in die Wege zu leiten.

Dieses Fallbeispiel beinhaltet keinen harten Bruch mit ärztlichen Regeln und Verhaltensweisen. Es zeigt eher ein Überschreiten oder Verschieben des ärztlichen Fokus. So kann als eigentliche ärztliche Tätigkeit, die Behandlung des Einzelnen und die klassische Tätigkeit am „Patient:innenbett“ verstanden werden. Dieser Bereich als zentraler ärztlicher Aufgabenbereich wird jedoch von Iggy überschritten und verlassen. Er vollzieht eine Transferleistung auf die übergeordnete Ebene und kontextualisiert seine Erfahrung in einem gesellschaftlichen Rahmen. Auf diese

33 Gemeint ist der Teenager Cephas.

34 Schulner et al. (2019), S. 2, F. 14 (14:41-15:30).

35 Ebd. (35:23).

36 Manheimer (2013), S. 221.

Weise verschiebt sich die Bedeutung und Aufgabe seines Handelns. Es ist nun nicht nur auf Hilfestellung eines Einzelfalls ausgerichtet, sondern auf die Hilfe vieler. Die ärztliche Tätigkeit wird von Iggy nicht so interpretiert, dass sie in der Heilung des Einzelnen allein verankert ist, sondern so, dass sie auch Möglichkeiten zur Wahrnehmung von Krankheit schaffen muss. Die Diagnostizierbarkeit soll als Voraussetzung dienen, um heilen zu können. Iggy möchte die Grundlage für therapeutisches Handeln sicherstellen. Sein ärztliches Selbstverständnis besteht darin, dass er sich als Instrument versteht, mit dessen Hilfe gesellschaftliche Ungleichheit, die sich als Krankheit präsentiert, detektiert werden kann. Dies kann als supererogatorische Handlung interpretiert werden, in dem Sinne, dass er mehr leistet, als formal seine Pflicht ist.³⁷ Diese supererogatorische Handlung ist nicht illegal, aber unkonventionell. Insgesamt verweist dieser Fall auf das Problem, dass in Einzelfällen mehr verlangt werden kann, als es etablierte therapeutische Verfahren bieten können. Der Anspruch an gute medizinische Behandlung kann dazu führen, dass vorgefertigte Wege verlassen werden müssen. Das Beispiel beinhaltet gleichzeitig eine Kritik an Handlungsanweisungen, deren blindes Befolgen, keine entsprechende Hilfe für Patient:innen leisten kann. Iggy steht hier einem Verständnis des Arztberufs entgegen, in dem Ärzte nur automatisiert Leitlinien und Regeln befolgen. Die Kritik an einem solchen Verständnis des Arztberufs teilt Manheimer und sie kommt vielfach im Buch zu Wort (“The treatment plan was a caricature, copy and paste”³⁸). Therapeutisches Handeln bedeutet für Manheimer und die Figuren der Serie jedoch mehr als das alleinige Beschreiten vorgefertigter Wege.

2.3.2. Unterdiagnostizierung und mangelnde Prävention

Ein prägnantes Beispiel für Max Goodwins ungewöhnliches und regelbrechendes ärztliches Handeln zeigt sich u.a. in der vierten Folge der zweiten Staffel.³⁹ Durch Zufall wird Max in seiner Freizeit zum Ersthelfer, als ein Mann eine Komplikation einer langjährigen unentdeckten Hypertonie erleidet. Der Mann wird schließlich in New Amsterdam behandelt und am Herzen operiert. Max wird bewusst, dass man die schwerwiegende Komplikation hätte verhindern können, wenn der Bluthochdruck des Patienten rechtzeitig entdeckt und behandelt worden wäre. Auf diese Weise wird Max auf das Problem der Unterdiagnostizierung aufmerksam, das in bestimmten Communities vorkommt. Der Mann ist farbige und gehört zu einer

37 Heyd (2019).

38 Manheimer (2013), S. 195.

39 Schulner et al. (2019), S. 2, F. 4.

Community, in der Ablehnung und Misstrauen gegenüber dem Gesundheitssystem, teuren Behandlungen und Ärzt:innen herrscht. Diese Ablehnung scheint auf rassistischen Erfahrungen zu fußen. Max versucht im Laufe der Folge Präventionsmöglichkeiten zu schaffen und konzentriert sich hierbei auf die Erkrankung der Hypertonie, da sie häufig ist und schwerwiegende Komplikationen mit sich bringen kann. Um allerdings die Menschen zu erreichen und das Misstrauen gegen die Medizin und die etablierten Institutionen zu überwinden, sucht er die Kranken dort auf, wo sie sich wohlfühlen. Er bietet in verschiedenen Barbershops Blutdruckmessungen an, um so die Erkrankung zu detektieren und Medikamente auszuhandigen zu können. Schließlich instruiert er die Besitzer mehrerer Barbershops, Bluthochdruck zu diagnostizieren und bei Bedarf Medikamente auszuhändigen. Er glaubt, es gäbe nur einen Weg, um einen Unterschied im Leben der Einzelnen zu machen und die Gesundheit positiv beeinflussen zu können: „Hospitals have to go meet patients where they live, not the other way around.“⁴⁰

Hierfür erntet er Kritik aus dem Krankenhausvorstand – im nachfolgenden Dialog durch Karen – und die theoretischen Hintergründe seines Handelns werden im Laufe der Folge diskutiert.

„Karen: What if mistakes are made?

Max: There’s a built-in system of checks and balances that I’ll be carefully supervising, and, sure, there’s some risk, but Kenny and the others will be saving lives. [...]

Karen: Max, what you are doing is decentralizing and deprofessionalizing healthcare.

Max: Exactly. There’s no reason why healthcare has to be delivered in a hospital. In fact – patients are best served in an environment where they’re made comfortable by trusted members of their own community.“⁴¹

Die Argumente, die Max in den Mund gelegt werden, beruhen auf einem wahren Kern. Denn tatsächlich zeigen sich bessere Behandlungsergebnisse und eine bessere Compliance, wenn Patienten sich wohlfühlen sowie Therapie und den Ärzt:innen nicht misstrauisch gegenüberstehen.⁴² Die Serie bindet an dieser Stelle Forschung aus der Medizinsoziologie mit ein. Diese Diskussion, die mit ähnlicher Struktur und anderem Inhalt auch in anderen Folgen zu finden ist, steht zudem exemplarisch für die Rolle der Gegenspieler:innen im Gesundheitssystem. Das Ziel, Gesundheit zu schaffen, in diesem Beispiel mithilfe von Präventionsmaßnahmen, steht dem Ziel der Wirtschaftlichkeit und der Professionalisierung medizinischen Handelns entgegen. Es zeigt sich der grundlegende Konflikt, mit dem die Serie spielt. Bis wohin und wann kann ärztliches Handeln außerhalb etablierter

40 Ebd. (41:09).

41 Ebd. (40:33-41:09).

42 Vgl. Hojat et al. (2010).

Strukturen gerechtfertigt sein? Max begeht in dieser Folge einen starken Regelbruch. Er und auch die Besitzer der Barbershops handeln illegal, wenn verschreibungspflichtige Medikamente nicht von medizinischem Personal ausgehändigt werden.⁴³ Der Weg, den Max hier wählt, ist also rechtlich unumstritten illegal. Dennoch wird suggeriert, dass sein Handeln richtig sei, da es als alternativlos dargestellt wird. Aufgrund sozialer Ungleichheit und Verhältnissen, die bestimmten Gruppen den Zugang zu medizinischen Leistungen erschweren, kann offenbar nur mithilfe eines Regelbruchs das Ziel, Gesundheit zu schaffen, verfolgt werden.

3. „Break the rules. Heal the system“⁴⁴ – Der Regelbruch als moralischer Akt?

3.1. Analyse des Regelbruchs

Sucht man nach gemeinsamen Merkmalen des Regelbruchs, könnte man vermuten, dass die Regeln, mit denen gebrochen wird, falsch oder fehlerhaft seien. Zwar gibt es auch Regeln, die als fehlerhaft oder falsch dargestellt werden.⁴⁵ Es wird in „New Amsterdam“ aber auch mit Regeln gebrochen, die für sich allein betrachtet, sehr sinnvoll und relevant sind. Im zweiten Fallbeispiel handelt es sich um eine solche Regel. Hier sollen Menschen, die nicht medizinisch ausgebildet sind, Medikamente aushändigen. Auch wenn, wie dargestellt, Max versucht, diese Risiken durch engmaschige Supervision zu minimieren, bleibt doch ein Risiko, dass Menschen Nebenwirkungen dieser medikamentösen Therapie erleiden, sie fehlerhaft einnehmen oder eine Interaktion mit anderen Medikamenten bestehen können. Die strenge Regel, dass Medikamente durch geschultes Personal ausgehändigt werden sollen, hat ihre unstrittige Berechtigung. In dem unter 2.3. dargestellten Dialog wird der Regelbruch dadurch gerechtfertigt, dass er mehr Nutzen als Schaden bringen kann, da Leben gerettet würden.⁴⁶ Dieses utilitaristische Argument, das Max hier vorträgt, hat noch eine weitere Dimension. Der Regelbruch und das illegale

43 Vgl. § 95 AMG.

44 NBC Universal Media, LLC (2023): <https://www.nbcstore.com/collections/new-amsterdam/products/new-amsterdam-break-the-rules-white-mug>.

45 Das Gebot der Wirtschaftlichkeit könnte als eine solche fehlerhafte Regel verstanden werden. Das wird in beiden Fallbeispielen deutlich: im ersten Fallbeispiel indirekt durch Lobbygruppen, die Einfluss auf Krankheitsdefinitionen nehmen können und im zweiten durch die Patient:innenzahlen, die zu Krankenhauseinnahmen führen und in diesem Beispiel dem Krankenhaus verloren gehen.

46 Utilitaristische Theorien können häufig Grundlage für einen moralischen Regelbruch bieten. Vgl. Raters (2022), S. 85 ff.

Handeln rechtfertigen sich in der Darstellung nämlich nicht allein durch den größeren Nutzen, den sie angeblich leisten. Es scheint vielmehr so, als ob es keine andere bzw. bessere Alternative gäbe, um Präventionsmaßnahmen zu etablieren. Der Bruch mit der wichtigen und richtigen Regel ist in dieser Darstellung notwendig, weil andere Strukturen verhindern, dass diese Regel überhaupt angemessen angewendet werden kann. Die strikte Regelung zur Ausgabe medikamentöser Therapien kann in dieser Darstellung nur beibehalten werden, wenn die Rahmenbedingungen derart gestaltet sind, dass alle Menschen Zugang zu dieser Form der Behandlung erhalten. Gibt es allerdings soziale, psychologische oder räumliche Hürden, eine Behandlung wahrzunehmen, so kann auch die strenge Regel zur Vergabe medikamentöser Therapien durch medizinisches Personal nicht beibehalten werden. Dieses Argument scheint der Situation zugrunde zu liegen, wenn es auch an dieser Stelle nicht explizit diskutiert wird. Die Form des Arguments prägt „New Amsterdam“ und macht einen Teil der Spannung aus, die den Regelbruch rechtfertigt. Allgemein formuliert könnte das Argument wie folgt lauten:

Regeln können nur ihre volle Berechtigung erhalten, wenn sie in einem System angewendet werden, das nicht von Ungleichheiten geprägt ist. Andernfalls kann es dazu führen, dass diese Regeln Ungleichheiten aufrechterhalten oder sogar verstärken.⁴⁷

Dieses Argument kann diskutiert werden. Denn der Schaden, den der Regelbruch hervorrufen kann, kann nicht immer wie in Max Darstellung mit einem knappen utilitaristischen Argument aus dem Weg geräumt werden und lässt sich häufig nicht eindeutig abwägen. Überdies müssten diese Handlungen auch in juristischem Kontext diskutiert werden. Für die Medizinethik birgt dieses Argument jedoch eine wertvolle Grundlage, um über ärztliche Aufgaben nachzudenken und die Rahmenbedingungen, in denen gehandelt wird, zu hinterfragen. Denn

„moralische Urteile in der Bioethik [sind] gleichsam Urteile auf einer höheren Reflexionsstufe: Sie reflektieren die Bedingungen moralischer Urteile beim Umgang mit den Möglichkeiten der Life Sciences.“⁴⁸

Durch diese Zuspitzung werden die Rahmenbedingungen einem kritischen Blick unterzogen und geraten in den Fokus.

Die einzelnen Regeln mit denen gebrochen wird, sind also uneinheitlich. Es ähneln sich eher die Rahmenbedingungen, die den Regelbruch in der jeweiligen

47 Dieses Argument wird auch in abgewandelter Form in anderen Kontexten diskutiert. Es knüpft an andere moralphilosophische Diskussionen, beispielsweise „The Problem of Dirty Hands“. Vgl. auch Coady (2018). Im rechtssoziologischen Kontext berührt es Fragen von Rechtsgeltung. Vgl. Baer (2017), S. 255 ff.

48 Düwell (2008), S. 26.

Situation rechtfertigen sollen. Diese Rahmenbedingungen präsentieren sich beispielsweise als ökonomischer Druck⁴⁹ oder verschiedenste Formen von Diskriminierung (z.B. Rassismus,⁵⁰ Alter⁵¹ oder Armut⁵²). Der Regelbruch wird auf diese Weise nicht unstrittig. Er leistet in den jeweiligen Folgen aber einen wichtigen Verweis auf Strukturen, die die Wirksamkeit dieser Regeln mindern und ihre Berechtigung in Frage stellen.

3.2. Herausforderung für die Medizinethik

Wie oben verdeutlicht, wird durch den Regelbruch eine politische und strukturelle Kritik laut. Das Gesundheitssystem und die Medizin werden auf diese Weise in einen größeren gesellschaftlichen Kontext eingebettet. Dies ist auch eines der Ziele Manheimers, das er mit seinem Erfahrungsbericht verfolgt:

“[...] my hope is to illuminate through real lives the effects of social, political, and economic forces like moving tectonic plates, the structural elements that are so often lost in the discussion of an individual case.”⁵³

Diese Verortung medizinischen Handelns in gesamtgesellschaftlichen Debatten ist eine Stärke der Serie. Sie verweist damit auf einen Reflexionsrahmen zwischen medizinischer Logik und gesellschaftlicher Struktur, in dem die Medizinethik beheimatet ist. Die Serie kann auf diese Weise Debatten bereichern, indem sie einerseits eine Fülle an Themen aufweist, die medizinethisch relevant sind (wie unter 2.2. aufgelistet). Andererseits arbeitet sie mit einer starken Intuition, die den Regelbruch als richtige Lösung erscheinen lässt. Der intuitive, moralische Regelbruch nimmt die medizinisch Handelnden mit ihren Erfahrungen in den Blick und verleitet zur Reflexion dieser Intuition, die ethisch Beachtung finden muss. Das fiktionale Element kann dazu dienen, eine solche Reflexion einzuüben und zu etablieren.⁵⁴ Sie bestärkt die Medizinethik zudem darin, derartige Konflikte und Intuitionen der Handelnden in die ethischen Überlegungen zu integrieren.

„Den eigenen Körper hier als Seismograph wahr- und ernstzunehmen, wenn im Stationsalltag ein Konflikt entstanden ist, verdient besondere Betonung, da gerade der Aspekt der Gefühle in der Ethik-Literatur wenig Berücksichtigung findet. Um so wichtiger erscheint es als einen ersten Schritt auf dem Weg zur ethischen Reflexion diese Gefühle als Indikator für innere Konflikte wahrzunehmen, sie zu verbalisieren, die zugrundeliegenden ethischen

49 Vgl. beispielsweise Schulner et al. (2019), S. 2, F. 15.

50 Ebd., F. 14.

51 Schulner et al (2021), S. 4, F. 21.

52 Schulner et al. (2018), S. 1, F. 4.

53 Manheimer (2013), S. 340.

54 Vgl. Wöhlke et al. (2015), S. 4 ff.

Konflikte zu benennen und Argumente für die Lösung zu entwickeln. Vom Gefühl zum Argument kann verkürzt diese Schrittfolge zusammengefaßt werden.⁵⁵

Wenn in „New Amsterdam“ das medizinische Personal Detektor von Ungleichheit ist und sich als letzte Instanz erweist, die eine Hilfestellung bietet, nachdem andere gesellschaftliche Auffangmechanismen versagt haben, bestärkt dies die Relevanz einer engen Verknüpfung von Theorie und Praxis. Die praktische Erfahrung kann als Feedback für die Theorie verstanden werden. Dieses Feedback muss ernstgenommen werden; die Bewertung und theoretische Reflexion dieser Erfahrung kann die Medizinethik leisten. Auf diese Weise können Regeln angepasst, erweitert oder verworfen bzw. die Hintergründe dieser Regeln untersucht werden. Der Regelbruch wird zwar somit nicht per se moralisch wertvoll, doch die Intuition, eine Grenze überschreiten zu wollen, um Gesundheit zu befördern, kann von moralischem Wert sein. In der Serie „New Amsterdam“ fällt die praktische Handlung und die theoretische Reflexion zusammen in den Aufgabenbereich der Ärzt:innen. In der Realität scheint hier eher eine Zweiteilung vorzuliegen, die den Bereich der medizinischen Handlung von der medizinethischen Reflexion abgrenzt. Die Betrachtung und Analyse der Serie „New Amsterdam“ und das Buch Manheimers lassen sich jedoch als Plädoyer für eine enge Verbindung beider Bereiche verstehen, die von der Medizinethik verlangt, das Gefühl zu verbalisieren (wie oben beschrieben).

Insbesondere ökonomische Interessen werden in der Serie als Hürden für medizinisch gutes Handeln dargestellt. Diese Darstellung kann in der Weise diskutiert werden, doch sind auch im deutschen Gesundheitssystem kommerzielle Interessen präsent und beeinflussen den Spielraum medizinischen Handelns⁵⁶ und die Qualität der Gesundheitsleistungen.⁵⁷ Ein Beispiel hierfür kann die Einführung von privaten Zuzahlungen bei Gesundheitsleistungen sein, die soziale Ungleichheit verstärken kann.⁵⁸ So gilt es, diese Rahmenbedingungen vor dem ethischen Anspruch medizinischen Handelns zu diskutieren und ihre konkreten Auswirkungen auf zwischenmenschlicher Ebene – wie dargestellt – in den Blick zu nehmen. „New Amsterdam“ eignet sich auf diese Weise ganz besonders, um den Umgang mit dieser konkreten ökonomischen Problematik zu studieren sowie in ethische und öffentliche Debatten zu tragen.⁵⁹

55 Schmidt, S. 2.

56 Slotala (2011), S. 165.

57 Jörg (2015), S. 30.

58 Merl (2021), S. 63.

59 Vgl. Bockenheimer-Lucius et al. (2000), S. 155.

3.3 Eignung der Serie für die Ausbildung medizinischen Personals und die Frage nach der Rolle der Ärzt:innen

Die Regelbrüche und unkonventionellen Therapieversuche in der Serie sind im Kontext des deutschen Gesundheitssystems eher unrealistisch. Dies liegt daran, dass medizinisches Personal, das sich gewissen Regeln widersetzt, gekündigt würde oder mindestens mit großen Problemen durch den Arbeitgeber und juristischen Konsequenzen zu rechnen hätte. Die realen Handlungsspielräume des medizinischen Personals sind somit wesentlich kleiner als in der Serie dargestellt und ähneln eher denen, die Manheimer im Buch beschreibt. Unkonventionelle Wege können dort nur mit hohem Aufwand beschritten werden.⁶⁰ Regelbrüche in der dargestellten radikalen Weise der Serie kommen im Gesundheitssystem nur selten vor und sind problematisch. Welchen Gewinn könnte also die Serie für den Einsatz in der Ausbildung medizinischen Personals haben? Einerseits besticht die Serie durch die Themen der einzelnen Folgen, mit denen sich Ärzt:innen identifizieren können und denen sie sich im Alltag ebenfalls ausgesetzt sehen. Diese „Alltaganschaulichkeit“⁶¹ ist eine Stärke, die auch durch einen teilweise beschönigten Regelbruch nicht geschwächt werden muss. Zwar bleibt die medizinethische Reflexion dieser Handlung notwendig, doch auch „die implizite moralische Bewertung des Films [...] kann [...] Anlass für eine kritisch-erweiternde Analyse eines Themas geben.“⁶² Die Diskussion der Handlungsspielräume und die kritische Reflexion kann so gewinnbringend sein, um das Selbstverständnis der Menschen zu schulen, die im Gesundheitswesen tätig sind. „Auch wenn Spielfilme konstruierte Geschichten erzählen, greifen sie immer auf faktische gesellschaftliche Verhältnisse und soziale Beziehungen zurück.“⁶³ Zudem bietet ein solcher narrativer Ansatz in der medizinethischen Ausbildung einen weiteren Vorteil. Er „bittet die Anwesenden [...] zu reflektieren, wie sie dazu gekommen sind, dort zu sein, wo sie jetzt sind. Danach fährt er mit der Frage fort, wie sie von hier aus weitergehen möchten.“⁶⁴

Fragen nach dem Selbstverständnis der medizinisch Handelnden gewinnen zudem an Relevanz, wenn ökonomische Rahmenbedingungen das Handeln beeinflussen. Das Verhalten zu diesen Rahmenbedingungen wird zu einer Frage, der sich auch Menschen in Heilberufen zunehmend stellen⁶⁵ und auf die Studierende vorbereitet werden sollten. Denn trotz des fiktiven Elements der Serie macht sie –

60 Vgl. Manheimer (2013), S. 82-109.

61 Wöhlke et al. (2015), S. 5.

62 Ebd.

63 Bohrmann (2018), S. 38.

64 Montello (2021), S. 164.

65 Slotala (2011), S. 170 ff.

wie oben beschrieben – Aussagen über die Lebensrealität und gesellschaftliche Zustände.⁶⁶

„Gerade in der Didaktik kann das Medium Film neue Impulse geben, indem Fallgeschichten im Rahmen eines Kurses (alleine oder gemeinsam) angesehen, erfahren und diskutiert werden. Durch die Narration gelingt hier einerseits eine Anschlussfähigkeit an die Lebenswelt der Studierenden und Praktiker:innen und andererseits eine Abstraktion, die die Diskussion im Lehr-Lernkontext von der eigenen Betroffenheit löst und das Sprechen über Tabus ermöglicht.“⁶⁷

Dies kann die Serie „New Amsterdam“ leisten, um der Frage des Verhaltens in Grenzsituationen im Klinikalltag nachzuspüren. Filme präsentieren sich so als etablierte und sinnvolle Methode in der medizinethischen Aus- und Weiterbildung.⁶⁸ Die narrative Methode kann den Blick für Missstände schulen und lässt die medizinisch Handelnden Verbesserungsmöglichkeiten diskutieren. Wenn einzelne Handlungen in einem größeren gesellschaftlichen Kontext betrachtet werden, kann das zudem die Qualität der Medizin auf struktureller Ebene heben, indem ein Bewusstsein für Mängel und Verbesserungsmöglichkeiten geschaffen wird. Diese Eingliederung der medizinischen Handlung in ein gesellschaftliches Geschehen ist auch Aufgabe der medizinethischen Lehre.

So kann die Einübung der Reflexion eine konkrete Vorbereitung auf die Berufspraxis sein. Auch im klinischen Alltag kann die Grenze zwischen medizinischem und politischem Handeln fließend verlaufen; medizinisches (Be-)Handeln beschränkt sich nicht nur darauf, biomedizinisches Wissen am Patient:innenkörper anzuwenden. Der vermeintliche moralische Regelbruch in „New Amsterdam“ wirft die Frage nach den Aufgaben und Grenzen medizinischen Handelns auf. Kann es Aufgabe von Ärzt:innen sein, Systemkritik zu üben? Oder beschränkt sich das ärztliche Handeln auf die Anwendung wissenschaftlicher Erkenntnisse? Letztere Position wäre nur schwer zu vertreten, da etwa auch im hippokratischen Eid, der die grundlegende Ausrichtung medizinischen Handelns skizziert, das Wohltuns-/Fürsorge- und Nichtschadensprinzip nicht eng auf biomedizinische Parameter hin ausgelegt sind.⁶⁹ Überdies sind die Grenzen der medizinischen Aufgaben nicht immer eindeutig und verschwimmen in der Praxis häufig. Das Zitat, das dem Aufsatz vorangestellt ist,⁷⁰ kann provokant wirken, wenn jede Grenze medizinischen Handelns als imaginäre Linie interpretiert würde. Jedoch bringen Patient:innen ihre Lebensgeschichten und individuellen Erfahrungen in jedem Kontakt mit

66 Bohrmann (2018), S. 38.

67 Hansen, S. (2022), S. 59.

68 Raabe (2010), S. 369.

69 Beauchamp et al. (2013), S. 34 und S. 153 sowie Knoepffler (2021), S. 339.

70 Manheimer (2013), S. 342.

und beeinflussen den Verlauf von Diagnostik, Therapie und medizinische Prozesse insgesamt.

„Patienten fühlen sich ernst genommen, wenn ihnen auch ein gewisser Raum für abschweifende Äußerungen zur Verfügung steht und ihre Schilderungen nicht vorzeitig unterbrochen werden.“⁷¹

Die Grenze zwischen Symptom und Person kann auf diese Weise teilweise verschwimmen, wie auch das Fallbeispiel des Teenagers Cephaz Fernandez zeigt. Diese Problematik wird am Beispiel der Psychiatrie häufig deutlich und hat in Manheimers Buch ebenfalls eine hohen Stellenwert.⁷² Der Regelbruch und das unkonventionelle Handeln kann zwar nicht als Kernelement medizinischen Handelns interpretiert werden, doch ist oft nicht eindeutig klar, wo therapeutisches Handeln endet – wie auch Manheimer andeutet.⁷³ Es scheint als Konsens, dass ärztliches Handeln sich nicht allein auf die Anwendung biomedizinischer Erkenntnis beschränkt.⁷⁴ Im Einzelfall müssen Personen abwägen, welche Handlung sie über die im strengen Sinn medizinische Versorgung hinaus leisten wollen bzw. können. Die Arbeit im Gesundheitswesen verlangt, verschiedene Rollen einzunehmen,⁷⁵ und das supererogatorische Element liegt medizinischem Handeln nahe. Dennoch ist es fraglich, ob es Aufgabe von medizinisch Handelnden sein kann, umfangreiche Kritik am System zu üben, insbesondere dann, wenn Arbeitsbedingungen im Gesundheitssystem Ärzt:innen und Pfelger:innen viel abverlangen.⁷⁶ Eine ethische Verpflichtung zu politischem oder gesellschaftlichem Engagement, das die Versorgung einzelner Patient:innen in der Weise überschreitet, wie in „New Amsterdam“ dargestellt, erscheint nicht gerechtfertigt. Doch haben auch Ärzt:innen teil an einer kollektiven gesellschaftlichen Verantwortung für Patient:innen,⁷⁷ insbesondere, wenn sie mehrere Merkmale von Vulnerabilität aufweisen.⁷⁸ Diese Verantwortung muss nicht nur für konkrete Patient:innen gelten, sondern allgemein all jene betreffen, die Patient:innen werden können. Die Frage nach supererogatorischem Handeln in der Medizin bleibt bei der Diskussion der Serie bestehen, doch muss auch beachtet werden, dass das Argument der Supererogation auch als Negation einer Pflicht gelesen werden kann. In diesem Fall zielt es darauf ab, sich

71 Emrich et al. (2011), S. 131.

72 Vgl. Manheimer (2013), S. 190-222.

73 Ebd., S. 342.

74 Vgl. Emrich et al. (2011), S. 131.

75 Doernberg (2023).

76 Vgl. Emrich et al. (2011), S. 131 ff.

77 Adobor (2022), S. 333.

78 Ebd., S. 344.

gegen Handlungen abzugrenzen, die nicht geleistet werden müssen.⁷⁹ Bei der Betrachtung der Figuren in der Serie wird so auch die Frage laut, inwieweit die Beschreibung dieser Handlungen als supererogatorisch überhaupt gerechtfertigt ist. „New Amsterdam“ stellt somit kritisch in Frage, ob sich die Medizin insgesamt eine solche Negierung von gesellschaftlichen Aufgaben leisten darf, wenn andere Institutionen diese Aufgaben nicht hinreichend übernehmen.

Das medizinische Personal selbst kann einen Beitrag dazu leisten, die Bedingungen im Gesundheitssystem zu beeinflussen und an seiner Verbesserung mitzuarbeiten. Erscheinen Zustände untragbar, wie beispielsweise eine unzureichende bzw. nicht leitliniengerechte Versorgung von Patient:innen oder kategorische Ungleichheiten, die im Gesundheitswesen sichtbar werden,⁸⁰ so kann das medizinische Personal zumindest in kleinem Maß Einfluss nehmen.⁸¹ Das freie Urteil der Einzelpersonen fußt dann bestenfalls auf „der Fähigkeit im Befolgen und Anwenden von Regeln Unterscheidungen treffen zu können.“⁸² „New Amsterdam“ führt somit nicht nur zur Frage, wie sich die Medizinethik allgemein zum Regelbruch oder der Grenzüberschreitung verhalten kann, sondern auch, ob sich eine strenge Definition medizinischen Handelns überhaupt finden lässt.

Trotz des polarisierenden moralischen Werbeslogans „Break the rules. Heal the system“, der sich als Aufdruck von Tassen und T-Shirts etc. findet,⁸³ muss die Serie im Kontext einer ethischen Ausbildung nicht zu unreflektierten Regelbrüchen anstiften. Der Slogan kann den ethischen und (gesundheits-)politischen Impetus dieser Serie vielmehr unterstreichen. „New Amsterdam“ hat dann das Potenzial, den kritischen Blick auf Rahmenbedingungen und Regeln im Gesundheitssystem zu schulen sowie letztlich auch ethisch reflektiertes Handeln in der Medizin zu fördern.

Interessenkonflikte: Keine

79 Raters (2022), S. 9.

80 Beispielsweise, wenn Zahlungsfähigkeit über die Qualität der Behandlung bestimmt. Vgl. Emrich et al. (2011), S. 135

81 Studien legen überdies nahe, dass „kleinere“ Regelbrüche auch in anderen Bereichen häufig vorkommen und nicht geahndet werden, wenn Sie einem übergeordneten Zweck dienen sollen. Vgl. Dahling et al. (2012).

82 Menke (2018), S. 63.

83 NBC Universal Media, LLC (2023): <https://www.nbcstore.com/collections/new-amsterdam/products/new-amsterdam-break-the-rules-white-mug>.

Literatur

- Adobor, H. (2022): Vulnerability, Moral responsibility, and Moral Obligations: the case of Industrial Action in the Medical and Allied Professions. In: *Medicine, Health Care and Philosophy* 25 (2022), S. 333-349.
- Arzneimittelgesetz (AMG) in der Fassung vom 12.12.2005 BGBl. I S. 3394) zuletzt geändert durch Artikel 8c G. v. 20.12.2022 (BGBl. I S. 2793).
- Baer, S. (2017): *Rechtssoziologie. Eine Einführung in die interdisziplinäre Rechtsforschung*. Baden-Baden.
- Beauchamp, T./Childress, J. (2013): *Principles of Biomedical Ethics*. 7. Auflage. New York, Oxford.
- Biller-Andorno, N./Monteverde, S./Krones, T./Eichinger, T. (Hrsg.) (2022): *Medizinethik. Grundlagentexte zur Angewandten Ethik*. Wiesbaden. https://doi-org.proxy.ub.uni-frankfurt.de/10.1007/978-3-658-27696-6_8 (02.03.2023).
- Bockenheimer-Lucius, G./Kettner, M. (2000): Zur Darstellung medizinethischer Probleme im Fernsehen – Vorarbeiten für eine Rekonstruktionsanalyse am Beispiel der Präimplantationsdiagnostik. In: *Ethik in der Medizin* 12 (2000), S. 154-170. <https://doi-org.proxy.ub.uni-frankfurt.de/10.1007/s004810000088> (25.02.2023).
- Bohrmann, T. (2018): Einführung in die ethische Filmanalyse. In: Bohrmann et al. (2018), S. 37-57.
- Bohrmann, T./Reichelt, M./Veith, W. (Hrsg.) (2018): *Angewandte Ethik und Film*. Wiesbaden.
- Coady, C. A. J. (2018): The Problem of Dirty Hands. In: *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (2018), <https://plato.stanford.edu/archives/fall2018/entries/dirty-hands/> (01.03.2023).
- Dahling, J./Chau, S./Mayer, D./Gregory, J. (2012): Breaking rules for the right reasons? An investigation of pro-social rule breaking. In: *Journal of Organizational Behavior* 1, 33 (2012), S. 21-42.
- Doernberg, S./Truog, R. (2023): Spheres of Morality: The Ethical Codes of the Medical Profession. In: *The American Journal of Bioethics* (2023). doi: 10.1080/15265161.2022.2160514 (23.02.2023).
- Emrich, I./Fröhlich-Güzelsoy, L./Friedrich, B./Bruns, F./Frewer, A. (2011): Ökonomisierung im Klinikalltag. Engpässe bei der stationären Versorgung aus Patientensicht. In: Frewer et al. (2011), S. 125-140.
- Factor, R./Kawachi, I./Williams, D. R. (2013): Evaluation of the UNREST Questionnaire for Testing the Social Resistance Framework. In: *Journal of Epidemiology and Community Health* 7, 67 (2013), S. 618-624.

- Frewer A./Bruns, F./Rascher, W. (Hrsg.) (2011): Gesundheit, Empathie und Ökonomie. Kostbare Werte in der Medizin. Jahrbuch Ethik in der Klinik (JEK), Band 4. Würzburg.
- Geimer, A./Heinze, C./Winter, R. (Hrsg.) (2021): Handbuch Filmsoziologie. Wiesbaden.
- Gillett, P. (2012): Film and Morality. Newcastle upon Tyne. Cambridge.
- Gottgetreu, S. (2022): Ethische Fragen im zeitgenössischen medical drama. Ein filmwissenschaftlicher Blick auf das Genre der Arzt- und Krankenhausserien. In: Lesch/Leniger (2022), S. 79-98.
- Heyd, D. (2019): Supererogation. In: The Stanford Encyclopedia of Philosophy (2019), <https://plato.stanford.edu/archives/win2019/entries/supererogation/> (19.02.2023).
- Hißnauer, C. (2021): Serialität und Serienform in: Geimer et al. (2021), S. 1401-1406.
- Hojat, M./Louis, D. Z./Maxwell, K./Markham, F./Wender, R./Gonnella, J. S. (2010): Patient perceptions of physician empathy, satisfaction with physician, interpersonal trust, and compliance. In: International Journal of Medical Education 1 (2010), S. 83-87. doi: 10.5116/ijme.4d00.b701. PMID:PMC4205510 (20.02.2023).
- Jörg, J. (2015): Berufsethos kontra Ökonomie: Haben wir in der Medizin zu viel Ökonomie und zu wenig Ethik? Berlin, Heidelberg.
- Kluge, U./Aichberger, M. C./Heinz, E./Udeogu-Gözzalan, C./Abdel-Fatah, D. (2020): Rassismus und psychische Gesundheit [Racism and mental health]. In: Nervenarzt. (2020), 91(11): S.1017-1024. doi: 10.1007/s00115-020-00990-1. PMID: 32930813; PMID: PMC7490571 (23.02.2023).
- Knoepffler, N. (2021): Den Hippokratischen Eid neu denken. Medizinethik für die Praxis. Angewandte Ethik Medizin, Band 5. München. <https://doi.org/10.5771/9783495996911> (24.02.2023).
- Lesch, W./Leniger, M. (Hrsg.) (2022): Fragen von Leben und Tod: Medizin und Ethik im Film. Marburg.
- Manheimer, E. (2013): Twelve Patients. Life and Death at Bellevue Hospital. New York.
- Manheimer, E. (2019): TV Writers and Producers and Ethics: How Can I Help? In: American Journal of Bioethics 19, 10 (2019), S. 12-14.
- Menke, C. (2018): Autonomie und Befreiung. Frankfurt/M.
- Merl, T. (2021): Ärztliches Handeln zwischen Kunst und Wissenschaft. Wiesbaden.
- Montello, M. (2021). Narrative Ethik. In: Biller-Andorno et al. (2018), S.161-172.
- NBC Universal Media, LLC (2023): <https://www.nbc.com/new-amsterdam> (25.02.2023).