

1 Einleitung

Im Jahre 2009 hat der Deutsche Bundestag in einem Gesetz zu Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten festgeschrieben, dass der Arzt die Indikation für eine medizinische Maßnahme zu prüfen habe. Sofern sich ein Patient¹ nicht mehr selbst zu einer Therapie äußern könne, gilt demnach u. a. Folgendes: »Der behandelnde Arzt prüft, welche ärztliche Maßnahme im Hinblick auf den Gesamtzustand und die Prognose des Patienten indiziert ist. Er und der Betreuer erörtern diese Maßnahme unter Berücksichtigung des Patientenwillens als Grundlage für die [...] zu treffende Entscheidung.« (§ 1901b, Absatz 1, Satz 1-2 BGB) Dieser Paragraf mag auf den ersten Blick nicht weiter verwundern. Er mag in Gesetzesform gießen, was allemal guter klinischer Praxis entspricht. Genau besehen enthält er jedoch einige konflikträchtige und medizintheoretisch hochbrisante Aspekte – insbesondere zum Thema ›Indikation‹.

Zunächst einmal mutet es merkwürdig an, dass der Gesetzgeber den Ärzten vorschreibt, was seit den Hippokratischen Schriften zu den selbstverständlichen Bestandteilen der ärztlichen Tätigkeit gehört, nämlich zu prüfen, welche Maßnahme indiziert ist. Wer wollte das Gegenteil behaupten? Sollte ein Arzt etwa nicht prüfen, welche Maßnahme indiziert ist? Wohl kaum! Doch damit stellt sich die Frage, warum der Gesetzgeber die Ärzte auf Selbstverständliches zu verpflichten für nötig befunden hat. Was mag ihn bewogen haben? Bei der Komplexität von Gesetzgebungsverfahren lässt sich diese Frage retrospektiv zu meist nur mit Mutmaßungen beantworten. In diesem Fall ist jedoch anzunehmen, dass der Gesetzgeber der Einschätzung folgte, es bedürfe der gesetzlichen Erinnerung an das Selbstverständliche. Das unterstreicht nicht zuletzt der erläuternde Einschub »im Hinblick auf den Gesamtzustand und die Prognose des Patienten«. Der Gesetzgeber ging wohl davon aus, dass Ärzte zu Unrecht Indikationen stellen und zu häufig das technisch Machbare für indiziert halten, eben ohne »den Gesamtzustand und die Prognose des Patienten« zu berücksichtigen. Er hielt es offensichtlich nicht nur für geboten, auf das unstrittige Erfordernis einer Indikation hinzuweisen, sondern zugleich korrigierend anzuführen, was dabei zu berücksichtigen sei.

Und in der Tat, die klärende Erläuterung des Gesetzgebers erweist sich keineswegs als abwegig, denn was unter einer Indikation zu verstehen ist, ist offen-

1 Ausschließlich aus Gründen der Lesbarkeit wird hier das generische Maskulinum verwendet. Es sind beide Geschlechter gemeint, sofern nicht anders erwähnt.

sichtlich umstritten, wie bereits eine oberflächliche Betrachtung der Literatur bestätigt. Der Gebrauch des Begriffes ›Indikation‹ ist »in der medizinischen Umgangssprache außerordentlich vage, unpräzise und teilweise widersprüchlich« (Schwarz 1993, S. 2), und zu Recht ist die Rede von einer »seltsamen Unbestimmtheit«, wenn es festzustellen gilt, »wie der behandelnde Arzt in seinem Denkprozess zur Indikation kommt« (Holtappels 2010, S. 1). In der Medizin wird zwar ständig von ›Indikation‹ gesprochen, dabei aber ganz Unterschiedliches gemeint und Unterschiedliches praktiziert. Kurzum: Der Gesetzgeber mahnt wohl aus gutem Grund einen angemessenen Gebrauch der Indikation an.

Darüber hinaus folgt genau besehen aus dem Paragraphen 1901b eine Konsequenz, die man in ihrer Tragweite für die Arzt-Patient-Beziehung nicht unterschätzen darf. Ein Arzt hat nach dessen Wortlaut die Indikation zu stellen und mit dem Betreuer des Patienten nur die Maßnahmen zu erörtern, die indiziert sind, nicht jedoch die Indikationsstellung. Allein zuständig für die Indikation ist demnach der Arzt, und in der Entscheidungsfolge ist zunächst eine Indikation zu stellen, anschließend das Indizierte zu besprechen. Das Gesetz erwähnt den Patientenwillen erst bei den zu erörternden, also indizierten Maßnahmen. Dabei hatte der Gesetzgeber eigentlich mit der Novelle zu Patientenverfügungen oder anderen Willensäußerungen des Patienten das dialogische Prinzip einführen wollen. Demnach habe der Arzt mit dem Betreuer bzw. dem Bevollmächtigten und den Angehörigen – sofern es die Dringlichkeit der gebotenen Intervention erlaubt – den mutmaßlichen Willen anhand früherer Äußerungen des Patienten zu erörtern. Nach Wortlaut des Paragraphen 1901b gilt die Verpflichtung zum Dialog jedoch nicht für die Indikationsstellung, sondern nur für die indizierten Maßnahmen.

Wenn ausschließlich der Arzt zuständig ist für die Indikation, dann kann er allein durch die Feststellung, dass etwas nicht indiziert ist, bestimmte Maßnahmen von der Erörterung mit Angehörigen, Betreuern bzw. Bevollmächtigten ausnehmen. So begrenzt er die zu diskutierenden Maßnahmen – und damit die Auswahl der möglicherweise später durchzuführenden. Doch ist diese Aufgabenteilung stets gerechtfertigt? Schließlich ist eine Indikation keineswegs stets über jeden Zweifel erhaben, nicht selten ist sie diskussionswürdig. Außerdem beinhaltet sie Elemente, auf die der Arzt keinen direkten Zugriff hat, sondern die von anderen übermittelt werden müssen. Womit begründet sich dann aber die alleinige ärztliche Zuständigkeit für die Indikation? Der Paragraph 1901b drängt auf eine Klärung, wer bei der Indikationsstellung welche Verantwortung trägt und was alles besprochen werden soll.

Die bedeutendste Konsequenz aus dieser Lesart wäre eine legitime Verweigerung einer Intervention ärztlicherseits, sofern sie nicht indiziert ist. Ausschließlich aufgrund seiner Fachkenntnisse darf ein Arzt, egal welche individuellen Präferenzen ein Patient auch besitzen möge, eine Therapie verweigern, sofern sie nach seinem Urteil nicht ›indiziert‹ ist. Und zwar – davon muss man ausgehen – nicht nur, wenn der Patient sich nicht mehr äußern kann, wie es der ein-

gangs zitierte Paragraf regelt, sondern stets. Diese Verweigerung mag sicher in vielen Fällen unstrittig sein, aber auf welchen Argumenten beruht sie? Es gilt dabei zu bedenken, dass manche Indikation ein ungewisser Grenzfall ist. Überdies wäre zu klären, inwieweit individuelle Präferenzen des Arztes bereits in die Auswahl der Maßnahmen einfließen, die als indiziert gelten. Hinter dieser Frage schimmert der Vorwurf des Paternalismus. Der Arzt könnte für den Patienten sinnvolle Maßnahmen vorenthalten.

Der neue Paragraf des Betreuungsrechts mit seinen Ausführungen zur Indikation verweist somit auf durchaus gravierende Probleme der Medizin, die zu klären – so die Worte des Juristen Gunnar Duttge – auch »um des fundamentalen Selbstverständnisses ärztlicher Berufung willen« (Duttge 2006, S. 479) geboten ist. Ganz in diesem Sinne veranlassten die juristischen Unklarheiten zur ›Indikation‹ Verrel 2010 zu dem Kommentar: »Einer höchstrichterlichen Klärung harren jetzt noch die Maßstäbe und die Bedeutung der medizinischen Indikation« (S. 675). Dem mag man zustimmen. Doch die vorliegende Untersuchung ist von der festen Überzeugung getragen, es möge der höchstrichterlichen Klärung eine medizinteoretische vorangehen.

Diese ist dringend geboten. Denn bereits eine erste Sichtung der Literatur zum Thema ›Indikation‹ stößt auf augenfällige Diskrepanzen. In den Klassikern der Medizinteorie des 20. Jahrhunderts führt der Begriff ›Indikation‹ nur ein Schattendasein, sofern er überhaupt Erwähnung findet. Die Autoren jedoch, die sich explizit – und vor allem in jüngerer Zeit – mit der ›Indikation‹ befassen, schreiben dem Begriff entweder eine zentrale, an Bedeutung kaum zu überbietende Funktion im ärztlichen Entscheidungsprozess zu oder das krasse Gegenteil: Sie wollen ihn abschaffen. Dieser Kontrast wirft Fragen auf. Handelt es sich bei der Indikation um einen verzichtbaren oder unverzichtbaren Begriff, beschreibt er Bedeutendes im ärztlichen Denken und Handeln oder sind andere Begriffe besser geeignet, diese Tätigkeit zu strukturieren und zu normieren?

Anlass zur vorliegenden Untersuchung der ›Indikation‹ gibt es also mehrfach. Sie teilt sich in folgende Abschnitte: Zunächst sei der Forschungsstand zur Wortfamilie ›Indikation‹ geklärt und die unterschiedlichen Bedeutungen der einzelnen Begriffe seien genauer untersucht. Im zweiten Abschnitt folgt eine begründete Definition von Indikation, wobei zu unterscheiden ist zwischen einer Indikationsstellung, einer Indikationsregel und einem Indikationsgebiet. Ihre Elemente und deren komplexe Verknüpfung seien jeweils dargelegt. Überdies seien die Funktion einer Indikationsstellung in der Entscheidungsfindung sowie ihr Verhältnis zu Indikationsregel und Indikationsgebiet geklärt. Insbesondere wäre klarzustellen, welche präskriptiven und welche deskriptiven Anteile in eine Indikationsstellung einfließen. Handelt es sich auch um einen kryptonormativen Begriff, der in seinem Gebrauch der Gefahr unterliegt, durch versteckte normative Anteile ethische Fragen der Medizin zu verschleiern? Wie verhält es sich mit den Anteilen in der Indikationsstellung, die wissenschaftsfähig sind, und solchen, die es nicht sind? Nicht zuletzt wäre zu klären, wer zuständig ist,

eine Indikation zu stellen. Diese Themen laufen letztlich auf die fundamentale medizintheoretische Frage hinaus: Braucht die Medizin einen Begriff von ›Indikation‹? Es ist zwar unstrittig, dass er eine wichtige Rolle im ärztlichen Alltag einnimmt. Zu klären ist jedoch, was er bedeutet und welche Rolle er vernünftigerweise einnehmen soll.

Der dritte Teil dieser Abhandlung verweist auf Herausforderungen und Konsequenzen für den Indikationsbegriff. Die Medizin hat sich in den letzten Jahrzehnten in Bereichen ausgeweitet, in denen man häufig nicht mehr von der Therapie einer Krankheit sprechen kann, wie beispielsweise der kosmetischen Chirurgie. Es stellt sich die Frage, ob damit eine Indikationsstellung überflüssig geworden ist oder ob eine abgewandelte Form von Indikation auch dort genutzt werden sollte? Dies zu klären geht einher mit der Frage, inwieweit die Indikation an einen Krankheitsbegriff gebunden ist, wohlwissend, dass letzterer durchaus umstritten ist.

Die Fragestellungen verweisen gleichermaßen auf das Selbstverständnis der Medizin als Profession. Was bedeutet es für die Profession, wenn sie sich in Bereiche vorwagt, die nicht durch eine ›klassische‹ medizinische Indikation geprägt sind? Inwieweit ist die Indikation für die Profession der Ärzte notwendig, selbst wenn sie sich in Bereiche vorwagt, die keinen Bezug zum einem Krankheitsgeschehen haben, beispielsweise die kosmetische Chirurgie? Die ärztliche Profession legt großen Wert darauf, im Gegensatz zu einem Gewerbe als ein freier Beruf anerkannt zu werden. Unterscheidet sich der Arztberuf von anderen Berufen dadurch, dass stets eine Indikationsstellung in die Legitimation der Handlungen einfließen muss? Die Untersuchung zur ›Indikation‹ will auf diese Weise auch einen Beitrag zu einem tragfähigen Professionsverständnis leisten.

Gleiches gilt für das epistemologische Selbstverständnis der Medizin. Die Bedeutung und Funktion der Wortfamilie dürfte ohne einen geklärten wissenschaftstheoretischen Status kaum zu bestimmen sein. Umgekehrt steht zu vermuten, dass ein reflektierter Indikationsbegriff Wertvolles zum Selbstverständnis der Medizin beitragen kann. Dies gilt es auch für die *evidence based medicine* (EBM) und die sogenannte personalisierte Medizin zu untersuchen. Abschließend sei die Funktion der Indikation im Rahmen der beklagten Ökonomisierung geklärt. Angesichts einer Steigerung von Interventionen, ohne dass medizinische Gründe dafür angeführt werden könnten, sei untersucht, ob sich die Indikation als begrenzendes Instrument einer unangemessenen Ökonomisierung eignet.

Die Begriffe Indikation, Indikationsstellung, Indikationsregel und Indikationsgebiet sollen hier einer grundlegenden medizintheoretischen und ethischen Untersuchung unterzogen werden, um begründete Empfehlungen für den praktischen Umgang mit den Begriffen herzuleiten und die Konsequenzen für weitere Bereiche der Medizin herauszuarbeiten. Die ermittelten Resultate sollen konstruktiv in eine reflektierte und vertretbare Nutzung münden, die Auswirkungen auf wichtige Entwicklungen der Medizin wie der *evidence-based medicine*

und der personalisierten Medizin seien untersucht. Die vorliegende Studie beabsichtigt nicht, die juristischen Fragen zur Wortfamilie ›Indikation‹ zu klären. Dies muss einer gesonderten Untersuchung vorbehalten bleiben. Jedoch erweisen sich juristische Abhandlungen, Urteile und Gesetze als hilfreich für die hier zu beantwortenden medizintheoretischen und ethischen Fragen. In diesem Sinne sei darauf zurückgegriffen. Die hiesigen medizinethischen Abschnitte wollen keine ›neue‹ Medizinethik entwickeln, sondern klären, welche ethischen Anteile die einzelnen Begriffe der Wortfamilie besitzen und wie die weithin unstrittigen ethischen Prinzipien der Medizin mit den Begriffen verwoben sind.

Dieses Buch widmet sich einem eher speziellen Thema der Medizintheorie. Doch der Versuch, die ›Indikation‹ genauer zu erforschen, berührt zwangsläufig weitere, gleichwohl gewichtige Bereiche der Medizin, darunter nicht zuletzt die Frage, wie sich die Medizin in Zukunft entwickeln soll. Die Beschäftigung mit der Indikation führt zu Themenfeldern, die weit über die unmittelbare Bedeutung der Wortfamilie ›Indikation‹ hinausreichen. Sie erlaubt damit einen gewissen Überblick zur Medizintheorie und berührt notwendigerweise Bereiche von zentraler Bedeutung für ein reflektiertes und argumentativ begründetes Selbstverständnis der Medizin. Mit einer Untersuchung zur ›Indikation‹ lässt sich insofern die gegenwärtige Medizin charakterisieren – wie sie ist und wie sie sein sollte. Das sei hier versucht. Die Studie geht zudem von der Überzeugung aus, dass die Tradition einer deutschsprachigen Theorie der Medizin, die mit Autoren wie Richard Koch, Karl Eduard Rothsuh, Nelly Tsouyopoulos, Wolfgang Wieland, Richard Toellner und anderen verbunden ist, dringend einer Ergänzung in Bezug auf die Begriffsgruppe ›Indikation‹ bedarf.

2 Indikation in der gegenwärtigen Literatur

Ohne Zweifel: Die Wortfamilie ›Indikation‹ und mit ihr die Begriffe ›Indikationsstellung‹, ›Indikationsregel‹ und ›Indikationsgebiet‹ finden zahllose Anwendungen in der Medizin und gehören zu den selbstverständlichen Begriffen des medizinischen Alltags. Sie sind dort nicht wegzudenken. Eine Sichtung der Begriffsfamilie in der klinischen, medizintheoretischen, medizinethischen und medizinrechtlichen Literatur der Gegenwart eröffnet jedoch ein hoch interessantes Phänomen, nämlich eine doppelte Diskrepanz. Neben ganz unterschiedlichen Vorstellungen zum Inhalt wird den Begriffen auf der einen Seite höchste Bedeutung beigemessen, auf der anderen Seite gibt es Stimmen, die die Indikation abschaffen wollen. Zudem sind die Begriffe in der Medizin zwar allgegenwärtig, finden aber in zahlreichen Werken, insbesondere in Übersichtswerken und Lehrbüchern der genannten akademischen Disziplinen, höchst selten Erwähnung. Was hat es mit diesen Unverhältnismäßigkeiten auf sich?

2.1 Indikation in der Literatur

Der Begriff ›Indikation‹ kommt so gut wie in jedem deutschsprachigen medizinischen Lehrbuch und Lexikon vor, wird in diesen Zusammenhängen allerdings nur selten erläutert. Es bestätigt sich: Indikation oder Kontraindikation werden »weitgehend als selbstverständlich vorausgesetzt« (Schwarz 1993, S. 1). Ihre Nutzung wird hingegen nicht sonderlich hinterfragt. Dem liegt offensichtlich eine Einschätzung zugrunde, die Hartmann in Bezug auf den Begriff ›Indikation‹ geäußert hat: »[...] wir [die Ärzte] können mit ihm umgehen, weil wir es täglich üben. Er ist auch ein originär ärztlicher Begriff.« (Hartmann 1983, S. 157) Der tägliche Umgang mit dem Begriff ›Indikation‹ sei nicht in Abrede gestellt, doch können die Ärzte auch *angemessen* mit ihm umgehen?

Die oben angeführte Diskrepanz zwischen häufiger Erwähnung und expliziter Erläuterung lässt sich auch am Deutschen Ärzteblatt belegen. Von 1996 bis Januar 2016 publizierte es 216 Artikel mit dem Stichwort »Indikation«. Doch nur ganz wenige² widmen sich der Problematik der Indikation an sich. Die weit

2 Vgl. hierzu Preuß (2006), Klinkhammer (2015) und Bundesärztekammer (2015).

überwiegende Zahl der Beiträge beschäftigt sich mit der Frage nach den Indikationsgebieten bestimmter Interventionen. Das offizielle ärztliche Standesblatt verdeutlicht einmal mehr: Die Indikation ist offensichtlich ein häufig genutzter Begriff in der Medizin, jedoch nur selten das Objekt von Untersuchungen.

Die wenigen Autoren, die sich ausdrücklich mit dem Begriff beschäftigen, schreiben ihm zumeist eine Bedeutung zu, die nicht zu überbieten ist. So stellt beispielsweise Neitzke fest: »Der Begriff ›Indikation‹ ist von zentraler Bedeutung für die Medizin.« (Neitzke 2008, S. 53; so auch Ott und Fischer 2015) Auch Schwarz 1993 hat keinen Zweifel, dass »Indikationsaussagen als explizite oder implizite Normierungen den Kern der Medizin als klinischer Handlungswissenschaft« bilden (S. 57; so auch Stock 2009, S. 299). Für Maio (2015) ist die Indikation »ein Zentralstück ärztlicher Entscheidungsvorgänge« (S. 433), für die Bundesärztekammer (2015) »ein grundlegender ärztlicher Entscheidungsprozess« (S. 5) und eine »unabdingbare Voraussetzung für begründetes ärztliches Handeln« (S. 9). Sie stelle zudem eine »zentrale vertrauensstiftende Säule ärztlichen Handelns« (ebd.) dar. Für Eichinger (2013) »kommt der Indikation eine Schlüsselstellung zu« (S. 145). Salloch (2011, S. 108), geht davon aus, dass der Indikation im Rahmen der ärztlichen Entscheidungsfindung eine vergleichbare Bedeutung zukommt wie dem Prinzip der Selbstbestimmung des Patienten. Nach den Worten von Raspe (1995) »ordnet, lenkt und legitimiert die individuelle Indikationsstellung das ärztliche Handeln, so dass es *lege artis* vorstattengehen kann« (S. 23)³. »Ordnet, lenkt und legitimiert« – diese Funktion ist an Bedeutung im ärztlichen Denken und Handeln kaum zu überbieten, allenfalls durch Holtappels Worte: Er geht davon aus, dass die »Indikation das A und O – will sagen: der Anfang und das Ende – jeder therapeutischen Maßnahme« ist (Holtappels 2010, S. 7).

Die wenigen expliziten Untersuchungen zur Indikation geben sich zudem höchst bedenklich, sofern Änderungen an deren enormer Bedeutung, ja Unverzichtbarkeit für die ärztliche Handlung auch nur zur Diskussion stehen. Die Bundesärztekammer sieht mit Besorgnis, dass angesichts von vermehrten ärztlichen Maßnahmen im Bereich der sogenannten wunscherfüllenden Medizin »die Indikation ein Stück weit ihre Leitfunktion eingebüßt« habe (Bundesärztekammer 2015, S. 271). Für Damm (2009) ist es angesichts des wachsenden Marktes von Schönheitsoperationen und sonstigen ärztlichen Betätigungen ohne eigentliche Indikation eine »Schicksalsfrage« der modernen Medizin, »ob und in welchem Maße medizinisches Handeln überhaupt noch an eine spezifische medizinische Indikation im traditionellen Verständnis gebunden bleibt« (S. 188). Auch dürfe ein Arzt – so Stock (2009) – selbst bei nachdrücklicher Bitte des Pa-

3 Raspes Verknüpfung von Indikation und Handlung *lege artis* steht im Widerspruch zu Laufs rechtlichen Ausführungen (Laufs et al. 2009): Letzterer trennt zwischen der Indikation als einer Bedingung für die Legitimität ärztlichen Handelns und einer Durchführung *lege artis*. Beide sind für Laufs voneinander unabhängige Bedingungen; *lege artis* folgt nach Laufs nicht aus einer korrekten Indikationsstellung.

tienten nicht auf eine Indikationsstellung verzichten: »Die Pflicht, eine Indikation zu stellen, ist [...] nicht dispositiv.« (S. 299)

Doch wie sieht es mit den Übersichtswerken aus, die sich dem ärztlichen Denken und Handeln widmen? Wie erwähnen sie den unverzichtbaren Begriff ärztlichen Handelns? Rothschuhs »Prinzipien der Medizin« von 1965 thematisieren die Indikation nur im Glossar, v. Uexküll und Wesiak (1998) erwähnen die Indikation in ihrer »Theorie der Humanmedizin«. nicht einmal dort, trotz des Untertitels »Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns«. Dies gilt auch für die »Prinzipien der Medizin« von Gross et al. (1998), die »Medizinphilosophie« von Borck (2016), Rager (1994) und die medizintheoretischen Bücher, die die Diagnose in den Mittelpunkt ihrer Betrachtungen stellen und von großer Bedeutung für die deutschsprachige Medizintheorie des 20. Jahrhunderts waren, z. B. Wieland (2004) (Erstauflage 1975) oder Koch (1920). Letzterer zählt die Indikation nicht zu den »Grundbegriffen der Heilkunde: Krankheit, Gesundheit, Heilung, Behandlung, Diagnose und Prognose« (Koch 1920, S. 133), ohne dass es Anhaltspunkte dafür gäbe, dass der Begriff »Indikation« in einem der genannten Begriffe aufgehen würde. Die Übersicht von Engelhardt und Schipperges (1980) zu den »inneren Verbindungen zwischen Philosophie und Medizin im 20. Jahrhundert« verzeichnet ebenfalls keine bedeutenden Werke zur Indikation. Insofern bietet sich eine augenfällige Diskrepanz: Auf der einen Seite fehlt der Begriff fast vollständig in den Übersichtswerken, auf der anderen können die Spezialuntersuchungen seine Bedeutung gar nicht hoch genug preisen.

2.2 Indikation und Medizinethik: Ist die Indikationen wertbehaftet oder nicht?

In den medizinethischen Publikationen findet die »Indikation« in letzter Zeit vermehrt Beachtung, vor allem, weil man sich die Frage stellt: Inwieweit ist eine Indikation wertbehaftet oder inwieweit handelt es sich um eine wissenschaftlich neutrale Feststellung? Hier gehen die Einschätzungen weit auseinander und ebenso die daraus zu ziehenden Konsequenzen. So unterscheidet Neitzke (2008) zwischen einer medizinischen und einer ärztlichen Indikation. Letztere besäße eine kaum zu überbietende Funktion für die Ethik: »Die ärztliche Indikation ist das Tor, durch das die Ethik Eingang findet in den überindividuell-rationalen Prozess ärztlicher Entscheidungsprozesse.« (S. 54)⁴ Eine ähnliche

4 Die Unterscheidung von Neitzke zwischen ärztlicher und medizinischer Indikation ist in der Literatur kaum aufgenommen worden. Die Intention, über die Indikation eine individuellere Therapie zu ermöglichen, ist bereits bei Tytus Chalubinski zu finden (siehe Löwy 1990).

These vertrat Anschütz bereits gut zweieinhalb Jahrzehnte zuvor: »Die Indikationsstellung ist jedoch der einzige Ort, wo in den fast zwanghaften naturwissenschaftlich-logischen Gedankengang von Anamnese, Befund, Diagnose und Therapie ethische Gedankengänge eingebracht werden können.« (Anschütz 1982, S. 3)⁵ Auch Illhardt 1983 verweist auf die normativen Anteile, die unabhängig zu einer Diagnose hinzukommen müssen, wenn man eine Indikation stellen will. Eine Diagnose sei die Beschreibung eines Ist-Zustandes, eine Indikation weise auf einen Soll-Zustand, und deswegen müsse sie zwangsläufig normative Elemente enthalten.

Weitere Autoren bejahen einen Einfluss von Wertüberzeugungen auf die Indikation. Nach Raspe ist er nicht nur für die Indikationsstellung, sondern auch für abstrakte Indikationsregeln unvermeidlich. Er ist überzeugt, »dass sich IR [Indikationsregeln] niemals und nirgendwo ohne vielfältige Rekurse auf Werte und Normen etablieren lassen, eine Tatsache, die mir den Mut nimmt, an einen normativ bereinigten Begriff von Indikationsregel (und damit auch von Indikationsstellung) zu glauben« (Raspe 1995, S. 22).⁶ Sahm (2008) besitzt gleichermaßen keinen Zweifel an den »normativen Anteilen« einer Indikation (S. 124; siehe auch Müller-Busch 2010, Salomon 2010, Jonsen et al. 2006, S. 23, Möller 2010). Salloch (2011) spricht bei der Indikation von einer Berücksichtigung der »Interessen des Patienten« (S. 109), und auch für Dörries (2015) enthält die Indikation »patientenspezifische Bewertungen« (S. 20). Eichinger (2013) geht davon aus, dass zur Indikationsstellung auch »die subjektive Dimension der Befindlichkeit und der Wertvorstellungen des Patienten« gehört (S. 145, ähnlich auch Bünte 1985, S. 21). Für Neitzke (2015) lässt sich die Indikation »teilweise nur unscharf von Aspekten der Patientenautonomie und des Patientenwillens abgrenzen« (S. 91). Alt-Epping und Nauck (2012) betrachten den Patientenwunsch gar als »indikationsdefinierenden Co-Faktor«: Der Patientenwunsch könne »unter bestimmten, definierten Umständen [...] in den Indikationsbegriff mit seinem derzeitigen Verständnis subsumiert werden« (S. 27). Eickhoff (2014) geht im Zusammenhang mit der Therapiebegrenzung noch weiter: »[...] die Indikation hängt unter Umständen allein am mutmaßlichen Willen des Patienten« (S. 87).⁷ Damit wäre »unter Umständen« das indiziert, was der Patient mutmaßlich will. Die Indikationsstellung würde demnach ausschließlich auf

5 Andererseits nimmt dieser Ort nur geringen Raum in seiner Theorie des ärztlichen Handelns ein: Anschütz schreibt 1982 zwar ein ganzes Buch über die Indikation (Anschütz 1982). Sein Buch über »Ärztliches Handeln« (1987) enthält hingegen nur eine Seite über die Indikation.

6 10 Jahre später betont Raspe hingegen die »Differenz zwischen der objektiven Gedankenarbeit der Kliniker und allen möglichen Bedürfnissen, Wünschen, »Präferenzen« von einzelnen Patienten und Patientengruppen« (Raspe 2015, S. 98).

7 An anderer Stelle ist Eickhoff (2014) zurückhaltender und erwähnt nicht den (mutmaßlichen) Willen des Patienten bei der Indikationsstellung: Er geht davon aus, »dass die medizinische Indikation zum Teil auf einer objektiven Basis beruht, untrennbar aber immer auch eine normative Komponente enthält, welche sich auf das Patientenwohl und die »Lebensqualität« des Patienten bezieht« (S. 34).

dem Respekt der Selbstbestimmung des Patienten beruhen. Doch damit stellt sich sogleich die Frage, ob sich der Begriff der Indikation nicht auflösen würde.

Das wäre einem anderen Autor gar nicht so unrecht – wenn auch aus ganz anderen Gründen. Marckmann (2015) geht ebenfalls davon aus, dass in die Indikationsstellung Werte einfließen, kommt aber zu einer erstaunlichen Konsequenz. Was zahlreichen Autoren als Grund zur Freude dient, weil die Präferenzen der Patienten somit Einzug in die ärztliche Entscheidung finden, führt Marckmann zu ganz anderen Konsequenzen: »Genau diese Verbindung von empirisch-deskriptiven und normativen Anteilen macht die medizinische Indikation aber problematisch, da die in der Indikationsstellung zugrundeliegenden Werturteile in der Regel nicht expliziert und oft nicht bewusst getroffen werden. So kann der Eindruck entstehen, es handele sich bei der Indikationsstellung um ein rein auf medizinischem Fachwissen beruhendes Urteil, dessen Richtigkeit nur innerhalb der ärztlichen Expertise bestimmt werden kann.« (S. 113) Genau das sei aber nicht der Fall und führe deshalb zu einem inakzeptablen Paternalismus. Marckmanns Antwort: »Das Konzept der medizinischen Indikation ist aus ethischer Sicht nicht zu retten.« (S. 123) Es sei eine »konzeptionell saubere und ethisch angemessene Lösung (nur?) unter Verzicht auf den kryptonormativen Begriff der Indikation möglich« (S. 117).⁸

Für Robert M. Veatch (1991) sinkt die Bedeutung der Indikation interessanterweise durch den Einfluss der Ethik, insbesondere wegen der Selbstbestimmung des Patienten. Weil es letztlich bei ärztlichen Entscheidungen auf die Präferenzen und die Zustimmung des Patienten zu einer Intervention ankomme, verschwinde die Bedeutung der Indikation: »The notions [...] of treatments being ›medically indicated‹ or ›treatment of choice‹ [...] all collapse in a conceptual muddle« (S. 264). Das wiederum sieht sein amerikanischer Kollege Franklin G. Miller (1993) ganz anders und verweist auf Differenzierungen. Auch wenn die maßgebliche Rolle der Selbstbestimmung unbestritten sei, komme der Indikation gerade für eine gute Aufklärung – und damit für die Selbstbestimmung eines Patienten – höchste Bedeutung zu: »In order to exercise their autonomy rationally, patients need to know what treatment, if any, is medically indicated for their condition.« (S. 98) Insofern käme der Indikation in der ärztlichen Entscheidungsfindung keineswegs eine mindere Bedeutung aufgrund ethischer Erwägungen zu; sie sei überdies der Aufklärung vorzuschalten. Veatch und Miller gehören zudem zu den wenigen englischsprachigen Autoren, die sich der *indication* widmen.

Die bislang zitierten Autoren – bis auf Miller – gehen somit alle davon aus, dass Präferenzen und Wertungen des Patienten in die Indikationsstellung

⁸ Auch Alt-Epping und Nauck (2012) stellen zumindest die Frage, ob neben dem Modell der Indikation von Seiten des Arztes und der Zustimmung durch den Patienten »eine ganz andere Konzeption« (S. 25) benötigt wird; ebenso Winkler (2010) in Bezug auf die ärztliche Verweigerung von nicht indizierten Maßnahmen.