



Die Indikation

Medizinethische und rechtsethische Aspekte

Einführung

Den Begriff *Indikation* in einem Themenheft zur Ethik in der Onkologie zu thematisieren erscheint mehr als sinnvoll. Gerade in der Onkologie spielen nicht nur fachliches Wissen und Können, sondern ebenso die persönliche und kommunikative Gestaltung der Arzt-Patienten-Beziehung eine eminent wichtige Rolle.

Was bedeutet hier Indikation, und woran orientiert sie sich? Die Indikation gilt zwar als die ethisch wie juristisch legitimierende Grundlage für ärztliche Maßnahmen; bei näherer Betrachtung wird allerdings schnell klar, dass eine genaue Definition derselben schwierig ist [11].

Der Leitgedanke der folgenden Auseinandersetzung soll sich an der Frage „Was ist zu tun?“ orientieren und wird diese aus medizin- und aus rechtsethischer Perspektive zu beantworten versuchen.

Medizinethische Aspekte

Begriff der Indikation

Der Begriff *Indikation* wird seit der Antike als ein begründetes und gerechtfertigtes Urteil für ärztliche Handlungen angesehen [15]. In ethischer und juristischer Hinsicht gilt sie als eine legitimierende Grundvoraussetzung für diagnostische und therapeutische Maßnahmen. Obwohl die Indikation einen solch zentralen Stellenwert in der ärztlichen Tätigkeit einnimmt, scheint eine Definition des Begriffs nicht einfach zu sein [40].

Wie bereits Anschütz festhielt, handelt es sich bei der Indikation um „eine geistige Handlung, in welcher Argumente ge-

geneinander abgewogen werden“ [3]. Das besagt, dass eine Indikation in einer Reflexion unterschiedlicher Parameter und Aspekte erstellt wird. Die Indikation ist aber noch nicht die Handlung selbst. Die Entscheidung, dass eine ärztliche Maßnahme erfolgt, wird erst nach aufklärendem Gespräch mit dem Patienten gefällt. Die Frage geht daher in die Richtung, welche Aspekte in einer Indikationsstellung mitberücksichtigt werden müssen. Inhaltlich umfasst sie allgemein folgende Aspekte:

- naturwissenschaftlich-medizinische oder technische Aspekte, die sich am State-of-the-art der Medizin orientieren (z. B. Wahl des angemessenen Medikaments, der Operationsmethode, weiterführender diagnostischer Untersuchungen);
- ein rechtliches Regelwerk (s. rechtsethische Aspekte);
- ethische Aspekte, die sich an den Zielsetzungen der Medizin orientieren (z. B. Heilungsauftrag, Fürsorgepflicht, kulturell bedingtes Verständnis von Gesundheit und Krankheit, Selbstverständnis der Medizin; [22]);
- der individuelle Lebensentwurf des Patienten (z. B. Lebensziele, religiöse Grundhaltung, Verständnis von Gesundheit und Krankheit, kulturelles Lebensumfeld, soziale Beziehungen, Arbeitswelt).

Beim letztgenannten Aspekt ist umstritten, inwieweit er tatsächlich in die Indikationsstellung einfließt bzw. einfließen soll. Die subjektive ärztliche Wahrnehmung und Einschätzung der Persönlichkeit des Patienten während der Anamnese und der Stuserhebung spielt keine unerhebliche Rolle bei der Identifizie-

rung möglicher Therapieziele und Behandlungsansätze; sie kann auch Missverständnissen unterliegen. Daher stellt sich zu Recht die Frage, ob sie in der Indikationsstellung bewusst einbezogen werden sollte – und wenn ja, zu welchem Zeitpunkt: während des Gesprächs mit dem Patienten oder nach der seitens des Arztes gestellten Indikation?

Der Zugang zur Strukturierung der für die Indikationsstellung relevanten Elemente liegt unserer Ansicht nach zunächst in die Klärung der Frage nach dem (Handlungs-)Ziel der modernen Medizin. In der Aufschlüsselung des Ziels treten die relevanten Elemente zu Tage und zeigen, wo in unterschiedlichen Schritten die Voraussetzungen für die Indikationsstellung geklärt werden müssen. Diese tragen ihren eigenen rechtfertigenden Grund in sich, sind aber letztlich wiederum an das angestrebte Ziel rückgekoppelt.

Die Indikationsstellung unterliegt ihrerseits einem prozeduralen Geschehen, das der Arzt in einem Reflexionsprozess ausführt, welcher durch Anamnese, Status und Prognose gewonnen wird. Der Arzt hat dabei unterschiedliche Elemente zu berücksichtigen, die er bereits als bewertete Elemente in die Indikationsstellung einfließen lässt. Dazu gehören nicht nur evidenzbasiertes medizinisches Wissen, sondern auch Faktoren, die hinsichtlich des Patienten als Menschen von Bedeutung sind (z. B. Alter, Compliance, Bildungsstand, sozial-kommunikativer Status, Lebens- und Arbeitsbereich, Weltanschauung) sowie das berufliche Eigen- und Zielverständnis des Arztes, welches durch die Medizin in ihrem Heilungsauftrag und ihrer Fürsorgepflicht vorgegeben sind.

Hier steht eine Anzeige.



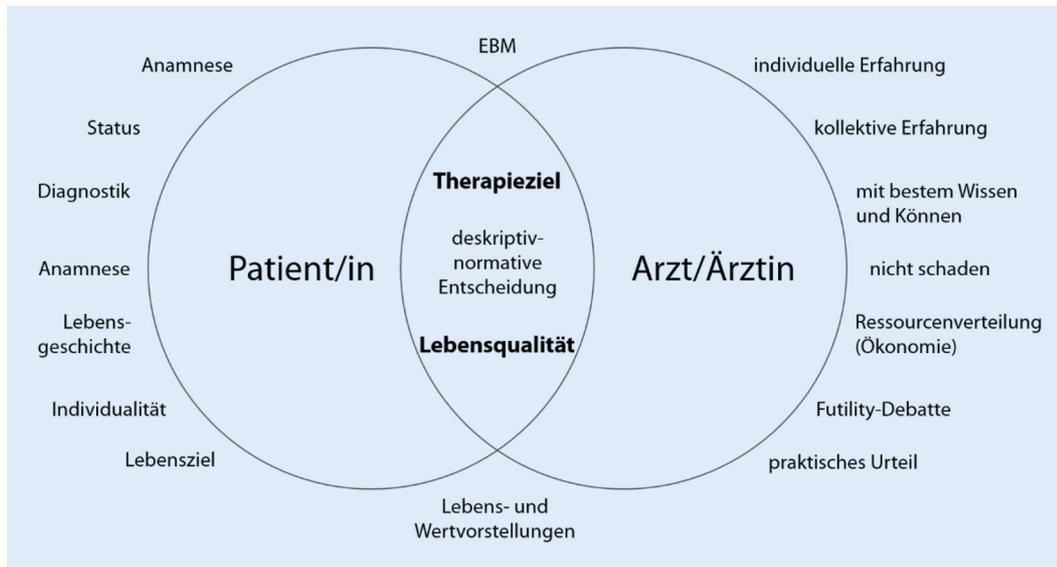


Abb. 1 ◀ Indikation als Netzwerk unterschiedlicher Faktoren

Das folgende Schema (▣ **Abb. 1**) soll in der weiteren Diskussion einen gewissen Leitfaden darstellen und bildlich veranschaulichen, welche Aspekte zusätzlich bewusst wie unbewusst in der Erstellung einer Indikation mitbedacht werden und diese mitprägen.

Indikationsstellung im Kontext der evidenzbasierten Medizin

Sackett et al. formulieren die klassische Definition der evidenzbasierten Medizin („evidence-based medicine“, EBM) in folgender Weise: „The practice of evidence-based medicine means integrating individual clinical expertise with the best available external evidence from systematic research“ [34]. Die Absicht der EBM besteht in der Erstellung von Indikationsregeln, deren Effektivität durch aussagekräftige klinische Studien geprüft wurde. Ihre Anwendung im Hinblick auf individuelle Situationen erfolgt durch eine Integrationsleistung des Arztes. Angelpunkt ärztlichen Handelns ist die *praktische Urteilskraft* [41]. Höffe bemerkt dazu: „Wer es anders sieht, erliegt einem medizinischen Fehlschluss. Er hält den bloßen Mediziner, den Heiltechniker, schon für den Heilkundigen, für einen Arzt“ [16]. Somit kann auch die ärztliche Berufserfahrung als solche nicht durch technisches und naturwissenschaftliches Wissen ersetzt werden. Vielmehr bedeutet diese Erfahrung ein

zusätzliches Differenzierungselement durch Beobachtung der Nützlichkeit technischen Könnens und Korrektheit naturwissenschaftlicher Erkenntnisse.

Die Ambivalenz der biologischen Natur, die prognostische Unsicherheit, klinische Forschung am Menschen und die Individualität jedes Patienten führten durch Bemühungen der Medizinethik und des Medizinrechts zu Aufklärungspflicht, Respekt der Selbstbestimmung und Entscheidungsfreiheit des Patienten. Zu diesen Formen der Patientenautonomie kommt im letzten Jahrzehnt die zunehmende Diskussion über die Berücksichtigung der kulturellen, spirituellen und sozial-kommunikativen Verfasstheit des Patienten [13], auch ausdrückbar in Individualität, Lebensgeschichte, Lebensstil und Wertvorstellungen sowie Lebenszielen. Zugleich drängt sich in diese Auseinandersetzung die Frage nach den ökonomischen Ressourcen. Welche Herausforderungen damit an das ärztliche Handeln herangetragen werden, ist offensichtlich.

Indikation als Wertbegriff

Da die Indikation auf der Grundlage einer Bewertung, eines Urteils und einer Entscheidung steht, ist sie als ein Wertbegriff zu verstehen. Eine Indikation ist keine Feststellung eines Tatsachenbestands, der etwa durch naturwissenschaftliche Methodik allein erhoben wird, sondern ein

reflexiv-geistiger Akt, der eine Situation mit allen involvierten Aspekten im Hinblick auf den konkreten Patienten wertend beurteilt. Damit richtet sich die Frage nach den Inhalten der Handlungs begründung, die sich auf die Dimensionen des Medizinisch-fachlichen, des Personalen, des Sozialen, des Normativen und Appellativen beziehen [14]. Der Arzt beurteilt, entscheidet und handelt zunächst fachlich und moralisch nach den Richtlinien der „medical community“.

» Der Patient wird immer mehr in die Zielsetzung des ärztlichen Handelns einbezogen

Mit dem zunehmend aufgeklärten, emanzipierten Selbstbewusstsein und der praktischen und juristisch geschützten Selbstbestimmung des Patienten wird dieser auch explizit immer mehr in die Zielsetzung des ärztlichen Handelns einbezogen, er wird zum mitbestimmenden Partner einer gemeinsamen Zielsetzung. Darüber hinaus ist die engere Sozietät des therapeutischen Teams oder der Angehörigen heute stärker in die Indikationsstellung involviert. In diese vielseitige Dimensionalität wird der Wertgehalts des Indikationsbegriffs greifbar.

Indikation – was ist zu tun?

Die vorausgegangenen Überlegungen haben die Vielschichtigkeit des Indikationsbegriffs angesprochen. „Was leistet die Indikation?“, scheint die eigentliche Grundfrage zu sein. Im Sinn von „Was ist zu tun?“, orientiert sich die Indikationsstellung grundsätzlich am Heilungsauftrag. Die Prognose spielt im Blick auf dieses Ziel eine eminent wichtige Rolle nicht nur für den Arzt, sondern ebenso für den Patienten. Die immer wieder diskutierte Problematik besteht darin, ob die Indikation sich auf rein medizinisch-fachliches Wissen und Können, individuelle und kollektive Erfahrungen, das Nicht-Schadensprinzip stützt, oder ob zur Indikationsstellung auch die auf Seiten des Patienten genannten Aspekte gehören, die erst im Gespräch mit dem Arzt gewonnen werden müssen. Ist also die Indikationsstellung vor dem aufklärenden Gespräch mit dem Patienten bereits gestellt oder erst nach einem solchen Gespräch? Die Zustimmung des Patienten zur Durchführung der Maßnahme muss nicht zwangsläufig schon gegeben sein. Er hat die Möglichkeit, die besprochene Maßnahme abzulehnen, selbst wenn die Indikation im Gespräch bereits gestellt wurde.

Für Patienten ist der Wunsch zu wissen, ob es Heilungschancen gibt oder nicht, oder wie lange man noch leben wird, eine zentrale Frage. Insofern wird gerade in der Onkologie von Patientenseite ein Aspekt miteingebracht, der die Indikationsstellung beeinflusst.

Aufgrund der unterschiedlichen und individuellen Verläufe einer Tumorerkrankung ergeben sich für das Verständnis der Indikation unterschiedliche Aspekte, die in ihrer Erstellung berücksichtigt werden. Dazu kommt, dass ein onkologischer Patient heute durchaus als ein an einer chronischen Erkrankung leidender Mensch angesehen werden kann. Bei einem chronisch kranken Menschen geht es nicht nur um das Ziel der Behandlung, sondern gleichermaßen um die Begleitung, die zeitlich variiert, aber in vielen Fällen eine Begleitung bis zum Lebensende bedeutet. In dieser Zeitspanne werden sich verständlicherweise die

Onkologie 2016 · 22:816–823 DOI 10.1007/s00761-016-0141-2
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016

K. Hunstorfer · J. Wallner

Die Indikation. Medizinethische und rechtsethische Aspekte

Zusammenfassung

Hintergrund. Die Indikation ist ein medizin- und rechtsethischer Schlüsselbegriff, der im klinischen Alltag regelmäßig verwendet wird, ohne dass sein konzeptioneller Rahmen oder entscheidungsrelevante Aspekte stets klar sind.

Ziel. Der vorliegende Beitrag geht der Frage nach, auf welchem medizinethischen Fundament der Indikationsbegriff fußt und welche rechtsethische Bedeutung ihm in der klinischen Entscheidungsfindung zukommt.

Material und Methoden. Die Übersichtsarbeit basiert auf einer selektiven Literaturrecherche in den Gebieten Medizinethik und Rechtsethik.

Ergebnisse. Es wird deutlich, dass die Indikation gerade in der Onkologie ein komplexes Urteil darstellt, in welches sowohl naturwissenschaftlich-deskriptive als auch ethisch-evaluative Faktoren einfließen.

Schlussfolgerung. Die Indikation ist damit Resultat eines im Idealfall selbstreflexiven Dialogs zwischen Arzt und Patient, nicht bloß eine Tatsachenmitteilung.

Schlüsselwörter

Rechtsethik · Arzt-Patienten-Kommunikation · Therapieziel · Informed Consent · Gemeinsame Entscheidungsfindung

Medical indication. Medical, ethical and legal aspects

Abstract

Background. In medical and legal ethics the term “indications” is a key concept that is used daily in clinical routines; however, its conceptual framework and practical relevance for the medical decision making is not always clear.

Objective. This article examines the ethical foundations of indications and explains the legal implications for the decision-making process.

Material and methods. This review is based on a selective literature search on medical ethics and legal ethics regarding the concept of indications.

Results. It is shown that especially in oncology, the indications represent a complex judgment that incorporates scientific descriptive and ethical evaluative elements.

Conclusion. In the best case scenario the indications are a result of a self-reflective dialogue between the physician and the patient and not merely a transfer of facts.

Keywords

Legal ethics · Physician-patient communication · Goal of care · Informed consent · Shared decision making

Ziele und Inhalte der Indikationsstellung ändern.

Insofern ist die Indikation ein weiter Begriff, der je nach Situation seine Prägung erhält. Daraus folgt die Überlegung, die Indikation im Bild eines Pendels zu verstehen (Abb. 2), dessen beiden Hauptkomponenten das Behandlungsziel und die Lebensqualität sind. Als Aufhängungs- und Drehpunkt dieses Pendels würden diese beiden generellen Komponenten fungieren, denen unterschiedliche sekundäre Ziele in Form eines Pendelarms zugeordnet sind.

Je nach Situation und Erfordernis werden unterschiedliche Ziele formuliert, auf der Grundlage des klinischen Status und der persönlichen Situation des Patienten.

Im Grunde könnte man auch von einer dialogischen Struktur der Indikation sprechen. Die diagnostischen wie therapeutischen Maßnahmen spannen sich von den ersten auftretenden und abzuklärenden Symptomen, über die Therapie, bis hin zur Nachsorge und der Begleitung am Lebensende. Die Frage nach der Wirksamkeit und dem Nutzen einer Behandlung sind in diesem Rahmen ebenso unverzichtbare Aspekte, deren Abwägung situationsbezogen ist.

Bezogen auf eine Therapieentscheidung zeigt erst der Verlauf die Wirkung und den Nutzen dieser Entscheidung. Begleitende Aspekte wie Verträglichkeit und Nebenwirkungen gehören ebenso zu den prognostischen Unsicherheiten,

Hier steht eine Anzeige.



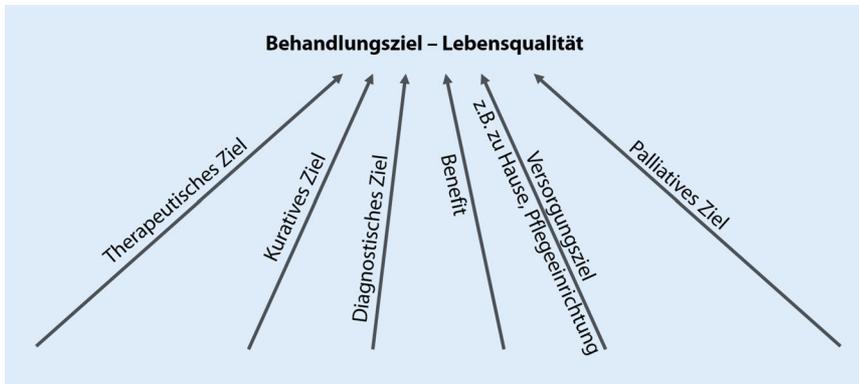


Abb. 2 ▲ Ziele der Indikation

die eine Indikationsstellung unter diesem Gesichtspunkt nicht einfacher und bei Auftreten eine Änderung nötig, machen.

Rechtsethische Aspekte

Indikation als legitimatorischer Schlüsselbegriff

Die Indikation ist aus rechtsethischer Perspektive ein legitimatorischer Schlüsselbegriff in der medizinischen Behandlung. Die Legitimation als *Heilbehandlung* erfährt eine medizinische Handlung nämlich erst durch drei Bedingungen [5, 7, 8, 20, 21, 25, 33]:

- Sie muss indiziert sein.
- Der einwilligungsfähige Patient muss ihr nach Aufklärung zustimmen.
- Sie muss entsprechend dem Stand der medizinischen Wissenschaft (lege artis) durchgeführt werden.

Medizinische Interventionen, die nicht indiziert sind, werden mitunter als *wunscherfüllende Medizin* [2, 23, 26] bezeichnet. Solche Handlungen werden als Körperverletzung angesehen [23, 37], für die andere Zustimmungsregeln gelten als für die (indizierte) Heilbehandlung (z. B. erhöhte Aufklärungspflichten [39] oder gänzliche Verbote aufgrund von Sittenwidrigkeit [9]). Insofern verwundert es nicht, dass der Begriff Indikation im positiven Recht in Österreich erstmals in § 3 Abs. 1 Z. 4 Ästhetisches Operationengesetz (ÄSthOpG) definiert wurde.

Formal betrachtet ist das Thema der Indikation aus rechtlicher Sicht relativ leicht zu umreißen:

- Die Indikation ist ein ärztliches Fachurteil.
- Die Indikation bildet den Rahmen für die Aufklärung und Einwilligung des Patienten (Informed Consent).
- Medizinisch indizierte Maßnahmen, zu denen der aufgeklärte Patient seine Einwilligung erteilt, dürfen begonnen bzw. fortgesetzt werden.
- Auf medizinisch nicht indizierte Maßnahmen darf verzichtet werden bzw. sie dürfen beendet werden, selbst wenn der Patient sie wünscht.
- Auf medizinisch kontraindizierte Maßnahmen muss verzichtet werden bzw. sie müssen beendet werden, selbst wenn der Patient sie wünscht.
- Auf medizinisch indizierte Maßnahmen, die nicht (mehr) vom Patientenwillen getragen sind, muss verzichtet werden bzw. sie müssen beendet werden.

Trotz dieser zentralen und formal kaum umstrittenen rechtlichen Bedeutung der Indikation sind ihre inhaltliche Bestimmung, ihre prozedurale Stellung in der Entscheidungsfindung und ihre Grenzen nur in Grundzügen expliziert und werden im Alltag in der Regel nicht hinterfragt hingenommen [29].

» Hinter dem Begriff Indikation verbirgt sich eine komplexe Urteilsbildung

Erst in Grenz- und Konfliktsituationen wird für viele klinisch Tätige, Patienten und Angehörige deutlich, dass sich hinter dem Begriff Indikation eine komplexe

Urteilsbildung verbirgt. Dies kommt nicht zuletzt im Spruch des BGH zum Ausdruck, wonach die Indikation „das fachliche Urteil über den Wert oder Unwert einer medizinischen Behandlungsmethode in ihrer Anwendung auf den konkreten Fall“ [6] ist.

Plausibilisierung der Indikation

In etlichen Fällen sind das Therapieziel und die zu seiner Erreichung indizierten medizinischen Maßnahmen evident und werden von Patient und Arzt ohne diffizile Bewertung vereinbart (z. B. isolierte, akute Krankheitsfälle, bei denen die Wiederherstellung der Gesundheit – im Sinn einer *restitutio ad integrum* – mit einem eindeutigen Behandlungsmittel der Wahl der Inhalt des Informed Consent ist).

In anderen Fällen gestaltet sich die zuvor explizierte Indikationsstellung allerdings wesentlich schwieriger, da die Komplexität der einzelnen Begriffsaspekte voll zum Tragen kommt (z. B. chronische, multifaktorielle Krankheitsfälle, bei denen eine Besserung des Gesundheitszustands allenfalls temporär möglich wäre).

Rechtsethisch ist in jedem Fall eine Plausibilisierung der Indikation gegenüber dem Patienten, aber auch gegenüber den Mitgliedern des therapeutischen Teams nötig. Diese Plausibilisierung wird je nach Fallkonstellation unterschiedlich zu gestalten sein.

Insofern kommt keine Indikationsstellung ohne Auseinandersetzung mit dem Patientenwillen (d. h. seinen Wertvorstellungen [17]) aus und ist das sequenzielle Abarbeiten von *zuerst Indikation, dann Patientenwille* bloß ein heuristisches Konstrukt, das einen normativen Rahmen vorgibt. In komplexeren Fällen zeigt sich, dass schon die Erarbeitung eines Therapieziels und der damit verbundenen Indikationen ein dialogischer [25], eigentlich dialektischer Prozess ist.

Entscheidungsfindung bei fehlender Indikation

Wie wichtig es ist, die Indikationsstellung gegenüber dem Patienten, aber auch innerhalb des Behandlungsteams, zu plausibilisieren, wird besonders in jenen Si-

tuationen deutlich, wo bestimmte Behandlungen in Hinblick auf ein Therapieziel nicht (mehr) indiziert sind bzw. dieses Therapieziel selbst in Frage steht [12].

Im rechtlichen Grundsatz ist die Entscheidungsfindung klar: Medizinisch nicht indizierte Behandlungen müssen nicht durchgeführt werden [1, 24, 38]. Das Problem besteht allerdings darin, dass das Urteil *nicht indiziert* mitunter auf einer komplexen Abwägung basiert, die nicht für alle Beteiligten selbstverständlich ist und Konfliktpotenzial in sich birgt. Dieser Umstand wiegt besonders dann schwer, wenn es um die Frage geht, inwieweit lebenserhaltende Maßnahmen noch indiziert sind [27, 30].

Für die Plausibilisierung der fehlenden Indikation bieten sich folgende rechtsethisches relevante Bezugsgrößen an:

- Wirkungslosigkeit: Am (zumindest rational) einfachsten ist die Plausibilisierung dort, wo eine medizinische Behandlung physiologisch wirkungslos wäre [28, 29, 35]. Im medizinischen Diskurs wird hierfür der Begriff „(quantitative) futility“ verwendet [36]. Um genügend (rechtliche) Überzeugungskraft zu besitzen, sollte die Wirkungslosigkeit nach professioneller Einschätzung mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit bestehen. Inwieweit dies sorgfältig genug beurteilt wurde, entscheidet letztlich der medizinische Sachverständige (Gutachter; [33]).
- Sinnlosigkeit: Rechtsethisches problematisch ist hingegen die Verwendung des Begriffs *Sinnlosigkeit*, um die fehlende Indikation zu plausibilisieren. Im medizinischen Diskurs wird hierfür der Begriff der „(qualitativen) futility“ verwendet [36]. Die Problematik der Bezugsgröße *Sinnhaftigkeit/Sinnlosigkeit* bei der Indikationsstellung besteht darin, dass sie sehr rasch zu einem Einfallstor für externe Bewertungen der Lebensqualität eines Menschen, gemessen an einem Maßstab von *Sinn* des externen Bewerter (z. B. des Arztes oder der Angehörigen), werden kann [21, 31]. Eine solche Bewertung ist jedoch grundrechtlich nicht gedeckt [19].

- Unverhältnismäßigkeit: Eine Bezugsgröße, die der Komplexität sowie der Verschränkung von naturwissenschaftlichen und normativ-wertenden Aspekten der Indikationsstellung wahrscheinlich am ehesten gerecht wird, ist das Konzept der Verhältnismäßigkeit [35]. Es wird sowohl in der ethischen als auch in der rechtlichen Urteilsbildung angewendet, um einen schonenden Interessenausgleich zu gewährleisten [10, 42]. Eine medizinische Maßnahme wäre demnach dann nicht (mehr) indiziert, wenn sie unverhältnismäßig wird. Dies ist systematisch zu prüfen.

Die Prüfung und Plausibilisierung der Verhältnismäßigkeit einer Indikation ist der aus rechtsethischer Perspektive noch am besten geeignete Ansatz, um eine *Black Box* zu verhindern. Die Verhältnismäßigkeitsprüfung verlangt nämlich eine diskursive Auseinandersetzung mit den einzelnen Bezugspunkten und wird damit den Anforderungen an eine gemeinsame Entscheidungsfindung in komplexen Fällen (ggf. mit Unterstützung durch Institutionen der klinischen Ethikberatung [30]) am ehesten gerecht. Sie belässt zugleich den Entscheidungsträgern (Arzt bzw. Behandlungsteam und Patient) den nötigen Beurteilungs- und Bewertungsspielraum für ein kluges Urteil im konkreten Fall.

Mit dem Begriff der Verhältnismäßigkeit wird schließlich auch ein Aspekt der Indikationsstellung angesprochen, der in den letzten Jahren zunehmend ins Zentrum der Diskussion gerückt ist: die Frage, welcher Aufwand für welches Therapieziel noch verhältnismäßig ist. Insofern verwundert es nicht, wenn auch das Sozialversicherungsrecht seit Jahrzehnten verlangt, dass die medizinische Behandlung „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“ sein müsse, aber „das Maß des Notwendigen nicht überschreiten“ dürfe (§ 12 Abs. 1 SGB V; ähnlich § 133 Abs. 2 ASVG) [4, 18]. Die Berücksichtigung des ökonomischen Aufwands bei der Prüfung der Verhältnismäßigkeit legitimiert freilich nicht dazu, die Indikation allein aufgrund eines hohen ökonomischen Aufwands in Frage zu stellen. Eine solche Debatte wäre nicht auf Ebene

der Indikationsstellung (die ja im konkreten Einzelfall zu erfolgen hat), sondern auf Systemebene der Kostenträger und letztlich der Solidargemeinschaft zu führen [32].

Fazit für die Praxis

Medizinethische Schlussfolgerungen

- Der Begriff der Indikation in der Onkologie umfasst aus medizinethischer Sicht nicht nur naturwissenschaftlich-deskriptive Aspekte, sondern ebenso Wertaspekte, die sich aus dem Menschsein des Patienten ergeben.
- Das Erleben und Durchleben einer chronischen Erkrankung stellt die Lebensqualität in der ärztlichen Betreuung und Begleitung in den Mittelpunkt. Insofern gilt hier die Lebensqualität als ein begleitendes Ziel unter deren Rücksicht eine Indikation gestellt wird.
- Die Gesamtsituation spricht für eine dialogische Struktur in der Urteilsbildung, die sowohl fachliche, juristische und anthropologische Faktoren umfasst. Sie müssen gerechtfertigt werden können, um von einer professionellen Urteilsbildung sprechen zu können.
- Die Vielschichtigkeit eines solchen Indikationsbegriffs, der auch als ein Netzwerk unterschiedlicher Aspekte verstanden werden kann, fordert aus medizinethischer Sicht eine kommunikative Kompetenz ein, die unverzichtbar ist, soll ein begleitendes und betreuendes Arzt-Patienten-Verhältnis gelingen.

Rechtsethische Schlussfolgerungen

- Die Indikation ist aus rechtsethischer Perspektive ein legitimatorischer Schlüsselbegriff.
- Aus formalrechtlicher Sicht wird die Indikationsstellung ohne konkrete gesetzliche Vorgaben dem Arzt überlassen, an ihre korrekte Beurteilung werden aber weitreichende zivil- und strafrechtliche Konsequenzen angeknüpft.
- Jeder Arzt ist gut beraten, die formalrechtlichen Rahmenbedingungen und Grundsätze der Indikationsstellung nach ethisch relevanten, d. h.

der kritischen Bewertung zugänglichen Kriterien im individuellen Fall zu konkretisieren und gegenüber den Mitgliedern des Behandlungsteams sowie gegenüber dem Patienten strukturiert und nachvollziehbar zu plausibilisieren.

Korrespondenzadresse



PD Dr. J. Wallner, MBA
Barmherzige Brüder
Österreich
Johannes-von-Gott Platz 1,
1020 Wien, Österreich
ethik@bbprov.at

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. Karl Hunstorfer und J. Wallner geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine von den Autoren durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.

Literatur

66. Deutscher Juristentag (2006) Beschlüsse. Deutscher Juristentage. V, Bonn
- Alt-Epping B, Nauck F (2012) Der Wunsch des Patienten – ein eigenständiger normativer Faktor in der klinischen Therapieentscheidung? Ethik Med 24:19–28
- Anschütz F (1982) Indikation zum ärztlichen Handeln: Lehre, Diagnostik, Therapie, Ethik. Springer, Berlin
- Augsberg S (2015) Medizinische Indikation und Wirtschaftlichkeitsgebot. In: Dörries A, Lipp V (Hrsg) Medizinische Indikation. Kohlhammer, Stuttgart, S 60–73
- Barth P, Ganner M (Hrsg) (2010) Handbuch des Sachwalterrechts: Mit Angehörigenvertretung, Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung. Linde, Wien
- BGH (2003) BGHZ 154, 205
- Birklbauer A (2015) Strafrechtliche Haftung der Gesundheitsberufe. In: Resch R, Wallner F (Hrsg) Handbuch Medizinrecht. LexisNexis Verlag ARD Orac, Wien, S 342–401
- Bruckmüller K, Schumann S (2010) Die Heilbehandlung im österreichischen Strafrecht. In: Roxin C, Schroth U (Hrsg) Handbuch des Medizinstrafrechts. Boorberg, Stuttgart, S 813–865
- Burgstaller M, Schütz H (2003) 90 StGB: Einwilligung des Verletzten. In: Höpfel F, Ratz E (Hrsg) Wiener Kommentar zum Strafgesetzbuch. Manz, Wien
- Clérico L (2001) Die Struktur der Verhältnismäßigkeit. Nomos, Baden-Baden
- Dörries A, Lipp V (Hrsg) (2015) Medizinische Indikation: Ärztliche, ethische und rechtliche Perspektiven: Grundlagen und Praxis. Kohlhammer, Stuttgart
- Duttge G (2006) Einseitige („objektive“) Begrenzung ärztlicher Lebenserhaltung? Ein zentrales Kapitel zum Verhältnis von Recht und Medizin. NStZ 26:479–484
- Frick E, Roser T (Hrsg) (2011) Spiritualität und Medizin: Gemeinsame Sorge für den kranken Menschen. Kohlhammer, Stuttgart
- Gahl K (2005) Indikation – Zur Begründungsstruktur ärztlichen Handelns. Dtsch Med Wochenschr 130:1155–1158
- Gahl K (2015) Zur Geschichte des Begriffs der medizinischen Indikation. In: Dörries A, Lipp V (Hrsg) Medizinische Indikation. Kohlhammer, Stuttgart, S 24–35
- Höffe O (1996) Wenn die ärztliche Urteilskraft versagt. Ethik in der Medizin: eine Folgelast der Aufklärung. Neue Zürcher Zeitung, 7.10.1996, S 20
- Kielstein R, Sass H-M (1997) Die Wertanamnese: ein narrativer Ansatz zur Erstellung und Interpretation von Betreuungsverfügungen. Wien Med Wochenschr 147:125–129
- Kletter M (2010) Das Wirtschaftlichkeitsgebot in der österreichischen Krankenversicherung: Von einer Ineffizienz zur Fehlverteilung der Ressourcen. In: Pfeil WJ (Hrsg) Finanzielle Grenzen des Behandlungsanspruchs. Manz, Wien, S 49–112
- Kneihls BS (1998) Grundrechte und Sterbehilfe. Verlag Österreich, Wien
- Kopetzki C (2010) Behandlung auf dem „Stand der Wissenschaft“. In: Pfeil WJ (Hrsg) Finanzielle Grenzen des Behandlungsanspruchs. Manz, Wien, S 9–47
- Kopetzki C (2007) Einleitung und Abbruch der medizinischen Behandlung beim einwilligungsunfähigen Patienten: Praktische Auswirkungen der gesetzlichen Neuerungen durch PatVG und SWRÄG. iFamZ 2:197–204
- Lanzerath D (2008) Was ist medizinischer Indikation? Eine medizinethische Überlegung. In: al Charbonnier Ret (Hrsg) Medizinische Indikation und Patientenwille. Schattauer, Stuttgart, S 35–52
- Laufs A, Kern B-R (Hrsg) (2010) Handbuch des Arztrechts. Beck, München
- Lilie H (2001) Strafrechtliche Gesichtspunkte. In: Wienke A, Lippert H-D (Hrsg) Der Wille des Menschen zwischen Leben und Sterben – Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht: Ausgewählte medizinrechtliche Aspekte. Springer, Berlin, S 75–86
- Lipp V (2015) Die medizinische Indikation – ein „Kernstück ärztlicher Legitimation“? MedR 33:762–766
- Maio G (2015) Wunscherfüllende Medizin. In: Marckmann G (Hrsg) Praxisbuch Ethik in der Medizin. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, S 377–386
- Maleczky O (2008) Wenn Todgeweihte sterben möchten: Sterbehilfe aus strafrechtlicher Sicht. iFamZ 3:141–143
- Marckmann G (2015) Nutzlose medizinische Maßnahmen. In: Marckmann G (Hrsg) Praxisbuch Ethik in der Medizin. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, S 105–109
- Marckmann G (2015) Wirksamkeit und Nutzen als alternative Konzepte zur medizinischen Indikation. In: Dörries A, Lipp V (Hrsg) Medizinische Indikation. Kohlhammer, Stuttgart, S 113–124
- Möller T (2010) Die medizinische Indikation lebenserhaltender Maßnahmen. Nomos, Baden-Baden
- OGH (2008) SZ 2008/2094
- Poperl R (2015) ASVG Sozialversicherungs-Handbuch. LexisNexis Verlag ARD Orac, Wien
- Raspe H (2011) Der „allgemein anerkannte Stand der medizinischen Erkenntnisse“ – das Konzept der Evidence-Based Medicine. GesundheitsRecht 10:449–454
- Sackett DL et al (1996) Evidence-based medicine: What it is and what it isn't. Br Med J 312:71–72
- Schmoller K (2000) Lebensschutz bis zum Ende? Strafrechtliche Reflexionen zur internationalen Euthanasiediskussion. ÖJZ 55:361–377
- Schneiderman LS et al (1990) Medical futility: its meaning and ethical implications. Ann Intern Med 112:949–954
- Sternberg-Lieben D (2009) Die Strafbarkeit eines nicht indizierten ärztlichen Eingriffs. In: Böse M, Sternberg-Lieben D (Hrsg) Grundlagen des Straf- und Strafverfahrensrechts: Festschrift für Knut Amelung zum 70. Geburtstag. Duncker & Humblot, Berlin, S 329–353
- Taupitz J (2000) Empfehlen sich zivilrechtliche Regelungen zur Absicherung der Patientenautonomie am Ende des Lebens? In: Ständige Deputation des Deutschen Juristentages (Hrsg) Verhandlungen des Dreiundsechzigsten Deutschen Juristentages: Leipzig 2000. Beck, München, S A5–A130
- Weiss S (2014) Bundesgesetz über die Durchführung von ästhetischen Behandlungen und Operationen – ÄsthOpG: samt ausführlichen Erläuterungen. Manz, Wien
- Wiesing U (2016) Andrea Dörries, Volker Lipp (Hrsg.) (2015) Medizinische Indikation. Ärztliche, ethische und rechtliche Perspektiven. Grundlagen und Praxis. Ethik Med 28:85–86
- Wiesing U (2004) Wer heilt, hat Recht? Über Pragmatik und Pluralität in der Medizin. Schattauer, Stuttgart
- Wolflast G (1991) Juristische Methoden der Güterabwägung. In: Sass H-M, Viefhues H (Hrsg) Güterabwägung in der Medizin: ethische und ärztliche Probleme. Springer, Berlin, S 73–90