

# 1 Die medizinische Indikation: Begriffsbestimmung und Rahmenbedingungen

*Andrea Dörries*

Die medizinische Indikation ist ein wesentliches Element ärztlicher Tätigkeit. Ärzte lernen während ihres Studiums und in der Weiterbildung, medizinische Indikationen für ärztliche Maßnahmen präzise zu stellen und zu begründen. Da sich Indikationsstellungen aufgrund neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse oder neuer Verfahren und Therapieansätze ändern können, sind sie gleichfalls Thema zahlreicher ärztlicher Fortbildungen.

Rechtlich müssen für eine geplante diagnostische oder therapeutische Maßnahme bei einem Patienten oder einer Patientin einerseits eine vom Arzt gestellte medizinische Indikation vorliegen und andererseits die Patientin oder der Patient nach entsprechender ärztlicher Aufklärung in die Maßnahme einwilligen. Es ist folglich ärztliche Aufgabe, bei Patienten medizinische Indikationen für diagnostische und therapeutische Maßnahmen zu stellen. Die medizinische Indikation zusammen mit dem Patientenwillen ermöglicht dann erst ärztliches Handeln. Sie spielt daher eine wesentliche Rolle für die rechtliche Legitimation einer ärztlichen Maßnahme (vgl. Beitrag von Lipp) und, daran anknüpfend, für ihre Finanzierung durch die Krankenversicherung (vgl. die Beiträge von Wenner und Augsburg).

Bei genauerer Betrachtung zeigt sich jedoch, dass die medizinische Indikation bei den Beteiligten oft zu Verunsicherungen einer bis dahin wenig hinterfragten ärztlichen Tätigkeit führt: Was beinhaltet der Begriff der medizinischen Indikation? Ist die medizinische Indikation das, was für den Patienten hilfreich sein kann, oder das, was der Patient will? Warum stellt der eine Arzt in einer bestimmten Situation eine Operationsindikation und der andere nicht? Warum können sich Ärzte uneins bei der Indikationsstellung sein? Welche Auswirkungen haben ökonomische und institutionelle Rahmenbedingungen für die Indikationsstellung? Diese Fragen weisen sowohl auf wertgebundene Aspekte wie auf kontextuale Faktoren der medizinischen Indikation hin. Im Folgenden soll die medizinische Indikation im klinischen Alltag, in der wunscherfüllenden Medizin und – am Beispiel des sog. Mengenstreits – in ihren gesellschaftlichen Rahmenbedingungen untersucht werden.

## 1.1 Die medizinische Indikation im klinischen Alltag

Es ist erstaunlich, dass der Begriff der medizinischen Indikation, der im ärztlichen Alltag scheinbar selbstverständlich angewandt wird, in den gängigen medizinischen Fachlehrbüchern schlichtweg nicht vorkommt (vgl. den Beitrag von Gahl). Er ist allenfalls indirekt durch die angegebenen Diagnostik- und Therapiemaßnahmen vertreten, wird aber als Begriff nicht thematisiert. Dagegen werden die Kontraindikationen für bestimmte Therapien regelmäßig aufgeführt. Sucht man allgemein nach einer Definition der medizinischen Indikation für Heilbehandlungen, so findet man z. B., diese sei »ein Grund zur Anwendung eines bestimmten diagnostischen oder therapeutischen Verfahrens in einem Krankheitsfall, der seine Anwendung hinreichend rechtfertigt, wobei grundsätzlich Aufklärungspflicht gegenüber dem Kranken besteht« (Pschyrembel 1998, S. 755), oder sie sei »eine Heilanzeige und gibt die Veranlassung, ein bestimmtes Heilverfahren/Arzneimittel anzuwenden« (Carels und Pirk 2002, S. 113). Die Indikation wird damit als Voraussetzung für eine anstehende diagnostische oder therapeutische Handlung definiert. Es existieren eine Anzahl von mehr oder weniger gut abgegrenzten Unterbegriffen wie Notfallindikation (auch vitale Indikation), absolute Indikation, sichere Indikation, relative Indikation, (hoch-)elektive Indikation, Ausnahmeindikation – wie auch das Gegenteil: die Kontraindikation. In der ästhetischen Chirurgie wie in der wunscherfüllenden Medizin wird teilweise von Eingriffen und Therapien ohne bzw. ohne »zwingende« Indikation gesprochen.

Untersucht man die einzelnen Anteile der medizinischen Indikation, so beinhaltet diese arzt- und patientenspezifische Elemente. Bei den arztspezifischen Anteilen kann man folgende Facetten unterscheiden: evidenzbasiertes Grundlagenwissen (teilweise kodifiziert in Form von fachlichen Leitlinien), individuelle Erfahrungen und personenbezogene Faktoren. Der Grad der Evidenz ergibt sich aufgrund von klinischen Studien unterschiedlicher Qualitätsstufen (vgl. die Beiträge von Raspe und Schulte). Da z. B. die Gabe von Insulin bei Diabetes mellitus den Blutzuckerspiegel senkt, ist dessen Anwendung bzw. Verordnung laut S3-Leitlinie beim Typ 1 eindeutig indiziert und »immer und lebenslang gegeben« (Matthaei und Kellerer 2011). Bei der Exazerbation einer chronischen Bronchitis kann die Gabe eines Antibiotikums indiziert sein; welches Antibiotikum, das ist dann eine Frage sowohl der Evidenz wie der individuellen ärztlichen Erfahrung (Paul-Ehrlich-Gesellschaft et al. 2009). Das Therapieangebot für das entsprechende Antibiotikum an den Patienten wird folglich durch die jeweilige individuelle ärztliche Erfahrung moduliert. Hier treten neben evidenzbasierte Faktoren und persönliche Erfahrung (allgemein und bei diesem speziellen Patienten) personenbezogene Faktoren hinzu: der eine Arzt ist anwendungsbeher, der andere eher zurückhaltend.

Die Indikationsstellung beinhaltet aber auch patientenspezifische Elemente. Beispielsweise empfiehlt die gültige S3-Leitlinie für Koxarthrosen: »Die Indikation zur konservativen oder operativen Therapie der Koxarthrose kann nur individuell gemeinsam mit dem über das Krankheitsbild informierten und über

die Therapiemöglichkeiten aufgeklärten Patienten gestellt werden, allgemeingültige verbindliche Regeln existieren nicht« (Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie und Berufsverband der Ärzte für Orthopädie 2009). Die Indikation zur Therapie soll u. a. abhängig von der »Dauer und Intensität des Hüftschmerzes« gestellt werden. Daraus folgt, dass die klinische Situation interpretiert und das Vorgehen im Gespräch mit dem Patienten ausgelotet werden muss. Was daraus letztendlich resultiert und ob eine medizinische Indikation für eine Operation gestellt wird, ergibt sich aus den Informationen, die der Arzt in diesem Gespräch erhält. So wird eine medizinische Indikation immer im Hinblick auf einen bestimmten Patienten gestellt. Klagt ein Patient über ständige starke Hüftschmerzen, wird die Indikation zur Operation wahrscheinlich gestellt werden. Sind die Hüftschmerzen gering und selten, wird in der Regel konservativ behandelt werden.

Bei den seltenen oder nur mäßigen Hüftschmerzen können aber unterschiedliche Therapieverfahren indiziert sein. So können teilweise mehrere Behandlungsalternativen angeboten werden: von unterschiedlichen Arzneimitteln bis hin zu Physiotherapie und zur Verordnung von Hilfsmitteln. Hier kann es zu unterschiedlichen ärztlichen Einschätzungen über das therapeutische Vorgehen bei demselben Patienten kommen. Deshalb werden die individuellen Bewertungen von sowohl dem Arzt wie auch dem Patienten ausschlaggebend für das vereinbarte Vorgehen sein, die dann im Zeitverlauf zudem überdacht und angepasst werden müssen.

Genau diese Bestimmungen und Änderungen des Therapieziels verursachen im Behandlungsablauf nicht selten Probleme und Konflikte zwischen Ärzten wie zwischen Arzt und Patient bzw. dessen Stellvertreter (vgl. die Beiträge von Krug, Radbruch et al., Schulte und Weimann). Diese Konflikte liegen einerseits in unzureichender Kommunikation der verschiedenen ärztlichen Fachrichtungen untereinander, teilweise aber auch in impliziten, unterschiedlichen Therapiezielen, die von den behandelnden Ärzten untereinander nicht diskutiert oder mit dem Patienten nur unter der jeweiligen fachärztlichen Perspektive erörtert wurden. Da das Therapieziel aber die Voraussetzung für die Indikationsstellung ist (vgl. den Beitrag von Lipp), ergeben sich fast zwangsläufig Unstimmigkeiten über die jeweilige medizinische Indikation. Diese Konflikte können am besten diskursiv unter Beachtung nicht nur der medizinisch-fachlichen, sondern auch der normativen Aspekte geklärt werden.

Wenn das Therapieziel im Krankheitsverlauf eines Patienten neu bewertet wird, wenn z. B. das Ziel nicht mehr die Heilung eines Patienten, sondern die palliative Linderung seines Leidens ist, hat dies Auswirkungen auf die Indikationsstellung für bestimmte Therapien (Lipp und Brauer 2013). Wenn das mit dem Patienten oder seinem gesetzlichen Vertreter besprochene Therapieziel nicht mehr die kurative Behandlung einer Herzinsuffizienz, sondern die Linderung der Luftnot ist, dann werden aus Fürsorgegründen andere Medikamente und Maßnahmen eingesetzt werden müssen. Kurative Therapieansätze oder gar weitere umfassende und belastende Diagnostik sind dann nicht mehr angebracht; es besteht dafür keine medizinische Indikation mehr. Aber es besteht eine medizinische Indikation für eine Basisversorgung mit leidenslindernden,

schmerzstillenden und pflegerischen Maßnahmen (vgl. den Beitrag von Radbruch et al.).

## 1.2 Die medizinische Indikation in der wunscherfüllenden Medizin

Anders stellt sich die Lage dar, wenn ein Patient eine diagnostische oder therapeutische Maßnahme wünscht, bei der der aufgesuchte Arzt von sich aus keine medizinische Indikation stellen würde, wie z. B. in der ästhetischen Chirurgie, aber mittlerweile auch in vielen anderen Bereichen der Medizin (z. B. bei reproduktionsmedizinischen Maßnahmen, bei der Lebendspende, bei genetischer Diagnostik oder Sectio auf Wunsch). In der Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer zur ästhetischen Chirurgie heißt es dazu:

»Ärztliche Behandlungen ohne Krankheitsbezug sind aus arzt-ethischer Sicht nicht prinzipiell verwerflich. Es ist allerdings zu verlangen, dass dabei Maßstäbe beachtet werden, durch die sowohl das Wohl der Nachfragenden als auch das auf den Arztberuf als Ganzes bezogene ›antizipatorische Systemvertrauen‹ gewahrt bleiben« (Zentrale Ethikkommission 2012, S. 1603f.).

Inbesondere solle eine Beratung nicht bestimmte Maßnahmen lediglich verkaufen.

Bei der wunscherfüllenden Medizin wird die medizinische Indikationsstellung entscheidend durch den gesellschaftlichen Kontext beeinflusst (vgl. die Beiträge von Krug und Maio in diesem Buch). Bei Frauen und zunehmend auch Männern und Jugendlichen, die aus ästhetischen Gründen eine bestimmte Operation einfordern, geht es primär nicht um die Behandlung einer Krankheit im traditionellen bzw. sozialrechtlichen Sinn, sondern um einen ärztlichen Eingriff »ohne Indikation«.

Ein in der Risikoabwägung umstrittenes, aber praktiziertes – und sogar von der Gesetzlichen Krankenversicherung in der Regel finanziertes – Beispiel sind von Schwangeren gewünschte Kaiserschnitte, ohne dass eine medizinische Indikation besteht. Von Schwangeren genannte Gründe dafür sind Sicherheit für das Kind, Angst vor Schmerzen und eigene organische Spätschäden (Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und AG Medizinrecht 2008). Die sog. Wunschsectio ist derzeit rechtlich möglich, soweit eine entsprechende sehr umfassende Aufklärung (mit Erläuterungen zu Komplikationen und den langfristigen Folgewirkungen für Mutter und Kind) stattfindet und keine Kontraindikationen vorliegen (Baur 2012; Damm 2009; vgl. auch den Beitrag von Wenner).

Es bleibt bisher offen, ob sich durch Eingriffe ohne medizinische Indikation das Verhältnis zwischen Arzt und Patient langfristig verändern wird. Je weniger indiziert ein Eingriff ist, desto höher sind die Pflichten an die vorausgehende Aufklärung. Dies ist nicht nur eine rechtliche, sondern auch eine moralische

Pflicht. Jeder Eingriff oder jede Therapie beinhaltet ein Risiko für einen Patienten, auch wenn dies bei einer vom Patienten gewünschten Nasenkorrektur als gering angesehen werden mag. Bei dieser Form der elektiven Eingriffe kann es auch dazu kommen, dass Ärzte Wünsche von Patienten aus medizinischen Gründen korrigieren müssen oder angesichts von Aussichtslosigkeit (z. B. bei Brustvergrößerungen) verweigern werden. Entscheidend ist aber, dass der Arzt im üblichen Arzt-Patienten-Verhältnis seine Bemühungen auf die Heilung oder Leidenslinderung des Patienten ausrichten muss und aufgrund der Unabwägbarkeiten des menschlichen Körpers wie des Verhaltens des Patienten keinen Behandlungserfolg garantieren kann. Ärztliches Bemühen unter Berücksichtigung des aktuellen allgemeinen ärztlichen Kenntnisstands muss hier genügen (Mennemeyer 2012). Dagegen kommt es bei einem ästhetischen Eingriff zu einem ärztlichen Auftrag, der nicht aus einem Krankheitsgrund, sondern ausschließlich aus einem Patientenwunsch heraus erfolgt. Dementsprechend wird aus rechtlicher Sicht darüber diskutiert, ob der Arzt bei Wunscheingriffen über sein Bemühen hinaus dem »Kunden« den gewünschten Erfolg schulde, d. h. ein Werkvertrag statt eines Behandlungsvertrags vorliege (Mennemeyer 2012). Ärztlicherseits bleibt es auf jeden Fall eine moralische Herausforderung, diese Form des Eingriffs sorgfältig abzuwägen, Schaden zu vermeiden, kompetente Beratungsgespräche zu führen, patientenseitige Wunschvorstellungen an Realitäten zu orientieren und nicht primär ökonomische Aspekte im Fokus zu haben (Zentrale Ethikkommission 2012).

### 1.3 Die medizinische Indikation und der »Mengenstreit«

In den letzten Jahren hat sich eine heftige Diskussion darüber entwickelt, welche Auswirkungen ökonomische Rahmenbedingungen, hier besonders die Einführung der Fallpauschalen, im Krankenhaus auf die Operations- und Eingriffshäufigkeit, d. h. die medizinische Indikationsstellung, haben. Hier geht es einerseits um nicht durchgeführte medizinische Maßnahmen (d. h. Rationierungen) mit einer »strikteren« Indikationsstellung und andererseits um eine »Ausweitung« der medizinischen Indikation, d. h. Mengenerhöhung bei Patientenzahl und Casemix (vgl. den Beitrag von Schulte).

Auf – im Wesentlichen implizite – Rationierungsmaßnahmen auf Intensivstationen und in der Kardiologie gibt es empirische Hinweise (Strech et al. 2009). Hier werden Forderungen nach besserer Evidenz für Nutzens- bzw. Schadenspotenziale gestellt (Strech und Marckmann 2010), explizite Priorisierungen (Zentrale Ethikkommission 2007) sowie Stufenmodelle bei der Allokation (Marckmann und in der Schmitt 2011) vorgeschlagen.

Im sog. Mengenstreit über die Ausweitung von Krankenhausleistungen sind mehrere Gutachten im Auftrag von unterschiedlichen Partnern der Selbstver-

waltung oder im Rahmen von Forschungsprojekten erstellt worden. Das Rheinisch-Westfälische Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) stellte fest, dass die Fallzahlen zwischen 2006 und 2010 um durchschnittlich zwei Prozent pro Jahr zugenommen hätten, mit Schwerpunkten bei Erkrankungen im Kreislauf- und Muskel-Skelett-System (RWI 2012). Es wurde u. a. eine ökonomisch bedingte Mengenausweitung vermutet.

Ein Gegengutachten schlussfolgerte für vier untersuchte Leistungsbereiche (Knie- und Hüftendoprothesen, Herzschrittmacher und Eingriffe mittels Herzkatheter), dass die Mengenentwicklung heterogen sei, die Indikationsstellungen im Mehraugenprinzip stattfänden und sich die extern gemessene Indikationsqualität verbessert habe (Blum und Offermanns 2012). Aber aufgrund besserer technischer Verfahren würden zunehmend auch ältere Patienten operiert und der Anstieg der Operationen spiegle diese demographischen Änderungen wider. Dazu die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG):

»Gerade in den viel zitierten Leistungsbereichen Hüft- und Knieersatz stagnieren die Leistungsentwicklungen seit einigen Jahren. Gemessen an der heute viel größeren Zahl älterer Menschen ist die Häufigkeit dieser Leistungen sogar rückläufig. Nicht berücksichtigt wird von den Kritikern das kumulative Zusammenwirken von demographischer Entwicklung und medizinischem Fortschritt« (Deutsche Krankenhausgesellschaft 2012).

Als Beispiel dafür wurde die kathetergestützte Aortenklappenimplantation im Gegensatz zur risikoreicheren offenen Herzoperation angeführt: »Weil das Verfahren weniger belastend ist, wollen selbstverständlich mehr Patienten davon profitieren« (Deutsche Krankenhausgesellschaft 2012). Dies führe zu höheren Fallzahlen und höheren Kosten für die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV).

Der sog. »Faktencheck Knieoperation« der Bertelsmann Stiftung ergab, dass es in Deutschland erhebliche regionale Unterschiede gibt. So finden Eingriffe am Kniegelenk häufiger in wohlhabenderen, südlicheren und ländlichen Regionen statt (Bertelsmann Stiftung 2013). Die Autoren vermuteten, dass dies sowohl mit Unter- wie Überversorgung wie auch mit einer unterschiedlichen Nachfrage seitens der Patienten zusammenhängt.

Eine Münsteraner Untersuchung kam zu dem Schluss, dass Krankenhäuser zwar im Rahmen der Fallpauschalen eine »Balance zwischen einer Qualitäts-, Service-, und Kostenführerschaft« anstrebten, dass es aber keinen Hinweis auf systematische Fehlanreize gebe und auch nicht auf eine »Indikationsausweitung im Sinne einer weniger konsequenten Beachtung von Indikationskriterien« (Franz und Roeder 2012, S.A2581). Die Autoren schlussfolgerten, dass es weniger um die Frage der medizinischen Notwendigkeit gehe als um gesellschaftliche Vorstellungen von guter medizinischer Versorgung: Was wünschen Patienten? Was verstehen sie unter guter Lebensqualität? Was soll die Solidargemeinschaft bezahlen: Hüftendoprothese oder Gehstütze bzw. Rollstuhl?

Die Deutsche Hochschulmedizin (Verband der Universitätsklinika und Medizinischer Fakultätentag) erklärte im April 2013, dass die erhöhte Operationszahl der Hüftendoprothesen kein Mengenproblem, sondern ein Qualitätsproblem sei, da die Wechselhäufigkeit der Endoprothesen in Deutschland höher als

in anderen europäischen Ländern sei (Deutsche Hochschulmedizin 2014). Eine wegen schwieriger internationaler Vergleichbarkeit umstrittene OECD-Studie, erstellt für eine Veranstaltung des Bundesgesundheitsministeriums, wies auf die in Deutschland im OECD-Vergleich hohe stationäre Versorgungsrate, erhebliche regionale Unterschiede und unzureichende politische Steuerung hin (Kumar und Schoenstein 2013).

Ein durch das Krankenhausfinanzierungsgesetz veranlasster Forschungsauftrag zur Mengenentwicklung ergab, dass besonders Erkrankungen des Kreislaufsystems und des Muskel-Skelett-Systems die größten absoluten Fallzahlveränderungen aufwiesen (Schreyögg et al. 2014). Auf der Nachfrageseite zeigten sich starke demographische Einflüsse durch Mortalität, Morbidität und Bevölkerungsentwicklung, wobei höheres Alter per se nicht mit einer höheren Fallzahl einherging, auf der Angebotsseite zeigten sich u. a. Einflüsse der DRG-Gewichte (Kodierungsverhalten, Aufnahmeverhalten). Die Autoren kamen zu dem Schluss, dass die Fallentwicklung auf ein komplexes Geflecht von Ursachen zurückzuführen sei, wobei sie weitere empirische Erhebungen (u. a. Präferenzen der Bevölkerung auf der Nachfrageseite) und diagnosegestützte Anreizsysteme (anstelle der derzeitigen überwiegend prozedurengestützten Vergütung) einforderten.

Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie erklärte auf ihrer Jahrestagung 2012, dass es durchaus fraglich sei, ob den Fallzahlsteigerungen der Krankenhäuser (z. B. bei Leistenhernien, Arthroskopien) tatsächlich immer gerechtfertigte medizinische Indikationen zugrunde lägen (Deutsche Gesellschaft für Chirurgie 2012). Ob die vermehrten Patientenbehandlungen in Kliniken nur auf den demographischen Wandel zurückzuführen seien oder ob es am wirtschaftlichen Druck bzw. Bonusregelungen für Ärzte läge, sei nicht immer klar. Der damalige Vize-Präsident führte zudem aus, dass die Klinikleitungen mittlerweile auch Einfluss darauf nähmen, dass Operationstechniken eingesetzt würden, »die zwar nicht immer effektiver [...] jedoch oft finanziell wesentlich ertragreicher« seien (Deutsche Gesellschaft für Chirurgie 2012).

Einen weiteren Konflikt gibt es um die Indikationsprüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) für die Notwendigkeit eines stationären Aufenthalts oder einer therapeutischen Maßnahme (vgl. den Beitrag von Seger). Grundsätzlich ist der MDK berechtigt, solche Prüfungen bei Rechnungsauffälligkeiten vorzunehmen. In den letzten Jahren hatten diese Indikationsprüfungen im Hamburger Universitätsklinikum einen kleinen, aber steigenden Prüfgrund ausgemacht (Petersen-Benz et al. 2013). Diese Studie zeigte, dass es sich dabei im Wesentlichen um die stationäre Behandlungsbedürftigkeit mit neuen kostenintensiven Behandlungsmethoden und Arzneimitteln handelte (neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden; sog. NUB-Methoden), z. B. hämatologische Stammzelltransplantationen, Off-Label-Use mit teuren Antikörpermedikamenten (Rituximab, Bevacizumab), Mykotika, Chemotherapeutika und Antibiotika. Betroffen waren besonders die Onkologie, Neurologie und Nephrologie mit einem Gesamtvolumen von ca. 5,5 Millionen Euro. Wenn der MDK nach gesetzlichen Vorgaben den stationären Aufenthalt als nicht notwendig einstuft, werden die Behandlungskosten von der GKV nicht oder nur teil-

weise übernommen. Die Autoren führten an, dass sich Off-Label-Use »von Behandlungsfällen bei seltenen Erkrankungen (Orphan Disease) zu einem besonders konfliktbeladenen Prüffeld entwickelt haben« (Petersen-Benz et al. 2013, S. A1553). Sie fragten sich, inwiefern sich antizipierte ökonomische Konsequenzen auf ärztliche Entscheidungen auswirken würden.

Der »Mengenstreit« ist derzeit zu einem Teil der (gesundheits-)politischen Auseinandersetzung geworden, bei der es zumindest um Interpretationshoheit, finanzielle Mittel, (verbands-)politischen Einfluss und zukünftige Zielsetzungen im Gesundheitssystem geht. Es gibt aber keine monokausale Antwort auf die sog. Mengenausweitung, sondern nur unterschiedliche Erklärungsmuster, die diesen komplexen Sachverhalt bisher nur partiell und perspektivgebunden wiedergeben. So ist zu vermuten, dass zumindest folgende Einflussgrößen benannt werden können (vgl. auch Naegler und Wehkamp 2014): gesellschaftliche Faktoren (demographische Entwicklung, Patientenpräferenzen, wunscherfüllende Medizin), medizintechnische Innovationen (verbesserte Operationsmethoden, neue Medizinprodukte, NUB), medizinökonomische Rahmenbedingungen (Fallpauschalensystem, Wettbewerbssituation der Krankenhäuser, Einweisungsverhalten, Investitionsfinanzierung) und interne institutionelle Faktoren (strategische Planung in einem Krankenhaus, Bonusverträge für leitende Ärzte). Mengengrenzend könnten medizinregulatorische Faktoren (externe Qualitätssicherung, Leitlinienentwicklung) und medizinökonomische Rahmenbedingungen (Umgestaltung der Fallpauschalen, Krankenhausplanung) sein. Ärztlicherseits wurde dafür plädiert, zwischen den Begriffen »Wirtschaftlichkeit« und »Ökonomisierung« zu unterscheiden, wobei eine möglichst effiziente Allokation von Gütern sowie ein sparsamer Einsatz vorhandener Mittel, d. h. wirtschaftliches Handeln, unterstützt wurde, aber eine Ökonomisierung, die mit betriebswirtschaftlichen Parametern eine »Definitionsmacht über individuelle und institutionelle Handlungsziele« gewinnt und in einer »schrittweisen Einschränkung des ärztlichen Entscheidungsspielraums« endet, abgelehnt wurde (Zentrale Ethikkommission 2013).

### 1.4 Schlussbetrachtung

Die medizinische Indikation stellt sich als ein vielschichtiges und komplexes Element im Behandlungsprozess eines Patienten dar. Sie enthält arzt- und patientenspezifische Bewertungen und ist auf das – sich im Behandlungsverlauf teilweise verändernde – Therapieziel ausgerichtet. Die medizinische Indikationsstellung wandelt sich mit medizinischen und medizintechnologischen Innovationen und ist beim Verständnis des Krankheitsbegriffs wie auch durch die ökonomischen Rahmenbedingungen eng in den gesellschaftlichen Kontext eingebunden.

Das Stellen einer medizinischen Indikation wird einerseits traditionell als originäre Aufgabe des Arztes angesehen, andererseits sind derzeit auch Stimmen vernehmbar, die die Indikation durch Nutzen-Schaden-Abwägungen ersetzen (vgl. Beitrag von Marckmann) bzw. ökonomische Erwägungen explizit einbeziehen wollen (Möller 2010, S. 133f.; vgl. auch die Beiträge von Kettner und Zerth). Andere Autoren fordern angesichts zunehmender Teamarbeit, Indikationen fachspezifisch (Ärzte, Pflegende, Physiotherapeuten etc.) stellen zu lassen (Holm 2011; vgl. auch den Beitrag von Neitzke). Bei wunscherfüllenden Eingriffen wird in der Regel von Eingriffen »ohne Indikation« gesprochen. Im Verhältnis zwischen Indikations- und Informationsrecht wird dafür plädiert, den traditionellen Heilauftrag des Arztes weiterhin zu erhalten und das Autonomiekonzept nicht als einen Ersatz für ein ärztliches Indikationsrecht anzusehen, sondern dies als Informationspflicht wie als Schutzrecht für Patienten zu gestalten (Damm 2009). Hier besteht aber weiterer Klärungsbedarf, um beschreibende und bewertende Elemente der Indikationsstellung theoretisch klarer zuzuordnen und auch rechtsphilosophisch gut zu begründen.

Weitgehend unbekannt ist bisher, ob und wie die medizinische Indikation durch die Rahmenbedingungen wie u. a. die demographische Entwicklung, medizintechnische Innovationen, den Mentalitätswandel in der Bevölkerung und die ökonomischen Rahmenbedingungen im klinischen Alltag modifiziert wird (vgl. auch Naegler und Wehkamp 2014). Hier sind neben den bisherigen Auftragsgutachten weitere detaillierte qualitative und quantitative empirische Einzelstudien notwendig. Innerhalb der Krankenhäuser wird es besonders um eine bessere Kooperation zwischen kaufmännischer Geschäftsführung und leitenden Ärzten gehen (Dörries 2015; Fölsch et al. 2013; vgl. auch den Beitrag von Kettner).

Im klinischen Alltag beinhaltet jede Diagnostik und Behandlung ein mehr oder weniger großes Risiko für den Patienten und eine Übernahme von Verantwortung durch den Arzt. Deshalb müssen auch zukünftig jede medizinische Maßnahme und jeder Eingriff sorgfältig überdacht und im gemeinsamen Gespräch geklärt werden.

## Literatur

- Baur R (2012) Rettet die Aufklärung alles? In: Arbeitsgemeinschaft Rechtsanwälte im Medizinrecht e.V. (Hrsg.) Lifestyle-Medizin – von der medizinischen Indikation zum modischen Trend. Heidelberg: Springer. S. 111–128.
- Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) (2013) Faktencheck Gesundheit: Knieoperationen (Endoprothetik). ([https://knieoperation.faktencheck-gesundheit.de/fileadmin/daten\\_fcko/Dokumente/FCKO\\_Report\\_Web.pdf](https://knieoperation.faktencheck-gesundheit.de/fileadmin/daten_fcko/Dokumente/FCKO_Report_Web.pdf), Zugriff am 11.02.2015).
- Blum K, Offermann M (2012) Einflussfaktoren des Fallzahlen- und Case Mix-Anstiegs in deutschen Krankenhäusern. Düsseldorf: Deutsches Krankenhausinstitut e.V.

- Carels J, Pirk O (2002) Indikation. Springer Wörterbuch Gesundheitswesen. 2. Aufl. Berlin: Springer. S. 113.
- Damm R (2009) Informed consent zwischen Indikations- und Wunschmedizin. Eine medizinrechtliche Betrachtung. In: Kettner M (Hrsg.) Wunscherfüllende Medizin. Ärztliche Behandlung im Dienst von Selbstverwirklichung und Lebensplanung. Frankfurt a. M.: Campus. S. 183–206.
- Deutsche Diabetes-Gesellschaft (2001) Therapie des Typ-1-Diabetes. S3, AWMF-Leitlinien-Register Nr. 057/013.
- Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (2012) Ökonomischer Druck im Krankenhaus. Pressemeldung vom 12.04.2012, 129. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, Berlin, 24.–27.4.2012. ([http://www.dgch.de/index.php?id=79&tx\\_news\\_pi1\[action\]=detail&tx\\_news\\_pi1\[controller\]=News&tx\\_news\\_pi1\[news\]=193&cHash=8faa3d499-29840a36d2c4f4368ff857b](http://www.dgch.de/index.php?id=79&tx_news_pi1[action]=detail&tx_news_pi1[controller]=News&tx_news_pi1[news]=193&cHash=8faa3d499-29840a36d2c4f4368ff857b), Zugriff am 23.03.2015).
- Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht (2008) Absolute und relative Indikationen zur Sectio caesarea. S1, AWMF-Leitlinien-Register Nr. 015/054 (wird derzeit überprüft).
- Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie, Berufsverband der Ärzte für Orthopädie (2009) Koxarthrose. S3, AWMF-Leitlinien-Register Nr. 033/001.
- Deutsche Hochschulmedizin e. V. (2014) Mengenstudie bestätigt deutliche Unterschiede zwischen Universitätsklinik und anderen Krankenhäusern. Pressemitteilung, 10.7.2014.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (2012) Leistungsentwicklung in den Krankenhäusern ist gut begründet. Pressemitteilung, 7.12.2012.
- Dörries A. (2015) A matter of justice: Building trust among hospital managers and physicians. In: Wolf R, Issa T (Hrsg.) International Business Ethics and Growth Opportunities. Hershey PA: IGI Global, S. 24f., DOI:10.4018/978-1-4666-7419-6.ch002.
- Fölsch UR, Märker-Herrmann E, Schumm-Draeger PM, Frey N, Müller-Quaernheim J, Stüber E, Weber M, Broglie M, Kapitza T (2013) DGIM-Studie »Ärzte-Manager 2013«. Wiesbaden: Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e. V.
- Franz D, Roeder N (2012) Mengendynamik in den Krankenhäusern. Deutsches Ärzteblatt 109: A2580–A2584.
- Holm S (2011) Final responsibility for treatment choice: the proper role of medical doctors? Health Expectations 14: 201–209.
- Kumar A, Schoenheit M (2013) Managing hospital volumes: Germany and experiences from OECD countries. OECD Health Working Papers, No. 64, Paris: OECD Publishing.
- Lipp V, Brauer D (2013) Behandlungsbegrenzung und »Futility« aus rechtlicher Sicht. Zeitschrift für Palliativmedizin 14: 121–126.
- Marckmann G, in der Schmitt J (2011) Wie können Ärzte ethisch vertretbar Kostenerwägungen in ihren Behandlungsentscheidungen berücksichtigen? Ein Stufenmodell. Ethik in der Medizin 23: 303–314.
- Matthaei S, Kellerer M (Hrsg.) (2011) S3-Leitlinie Therapie des Typ-1-Diabetes. AWMF-Reg.-Nr. 057/013.
- Mennemeyer S (2012) Haftung ohne Grenzen? In: Arbeitsgemeinschaft Rechtsanwälte im Medizinrecht e. V. (Hrsg.) Lifestyle-Medizin – von der medizinischen Indikation zum modischen Trend. Heidelberg: Springer. S. 47–68.
- Möller T (2010) Die medizinische Indikation lebenserhaltender Maßnahmen. Düsseldorf: Rechtswissenschaftliche Schriften. Baden-Baden: Nomos.
- Naegler H, Wehkamp KH (2014) Die Ökonomisierung patientenbezogener Entscheidungen im Krankenhaus. Zur Mengenentwicklung in deutschen Krankenhäusern. Monitor Versorgungsforschung 7(4): 43–51.
- Paul-Ehrlich-Gesellschaft, Deutsche Gesellschaft für Chemotherapie, Deutsche Gesellschaft für Infektiologie, Kompetenznetzwerk CAPNETZ (2009) Ambulant erworbene tiefe Atemwegsinfektionen und Pneumonie. S3, AWMF-Leitlinien-Register Nr. 082/001 (wird derzeit überprüft).