

Urban Wiesing

Indikation

Theoretische Grundlagen und
Konsequenzen für die ärztliche Praxis

Kohlhammer

Kohlhammer

Urban Wiesing

Indikation

Theoretische Grundlagen und Konsequenzen
für die ärztliche Praxis

Verlag W. Kohlhammer

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen und sonstigen Kennzeichen in diesem Buch berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese von jedermann frei benutzt werden dürfen. Vielmehr kann es sich auch dann um eingetragene Warenzeichen oder sonstige geschützte Kennzeichen handeln, wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

1. Auflage 2017

Alle Rechte vorbehalten

© W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Gesamtherstellung: W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Print:

ISBN 978-3-17-033010-8

E-Book-Formate:

pdf: ISBN 978-3-17-033011-5

epub: ISBN 978-3-17-033012-2

mobi: ISBN 978-3-17-033013-9

Für den Inhalt abgedruckter oder verlinkter Websites ist ausschließlich der jeweilige Betreiber verantwortlich. Die W. Kohlhammer GmbH hat keinen Einfluss auf die verknüpften Seiten und übernimmt hierfür keinerlei Haftung.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	9
1 Einleitung	11
2 Indikation in der gegenwärtigen Literatur	16
2.1 Indikation in der Literatur	16
2.2 Indikation und Medizinethik: Ist die Indikationen wertbehaftet oder nicht?	18
2.3 Der englische Sprachgebrauch	22
2.4 Indikation und Medizinrecht	23
2.5 Indikation im Umfeld von anderen Themen	24
2.6 Zusammenfassung: Indikation in der gegenwärtigen Literatur	25
3 Indikationsstellung, Indikationsregel und Indikationsgebiet	26
3.1 Medizin als praktische Wissenschaft	26
3.2 Differenzierungen	29
3.3 Was ist eine Indikationsstellung?	30
3.4 Indikationsstellung: Wertbehaftet oder nicht?	31
3.5 Die Elemente einer Indikationsstellung	38
3.6 Welche Informationen muss eine Indikationsstellung enthalten, welche sollte sie enthalten?	50
3.7 Was wird gesagt mit einer Indikationsstellung?	54
3.8 Was bedeutet eine gestellte Indikation für den Arzt und den Patienten?	55
3.9 Eigenschaften einer Indikationsstellung	56
3.10 Unterschiede und Gemeinsamkeiten: Indikationsstellung in der Diagnostik und Therapie	64
3.11 Indikationsregel: Was ist eine Indikationsregel?	65
3.12 Welche Eigenschaften besitzen Indikationsregeln?	68
3.13 Wie entsteht eine Indikationsregel?	69
3.14 Wer ist zuständig für Indikationsregeln?	70
3.15 Indikationsregeln und ihr Bezug zur Zeit	70
3.16 Unterschiede und Gemeinsamkeiten: Diagnostische und therapeutische Indikationsregeln	71
3.17 Indikationsgebiet	72

3.18	Der Unterschied zwischen einer Indikationsregel und einem Indikationsgebiet	73
3.19	Das Verhältnis von Indikationsregel, Indikationsstellung und Indikationsgebiet	74
3.20	Urteilkraft in der Medizin	76
3.21	Die Rückwirkung der Indikationsstellung auf die Indikationsregel	79
3.22	Pluralität der Indikationssysteme, Indikation in der ›Schulmedizin‹ und der ›alternativen Medizin‹	80
4	Die Indikation als Pflicht und Grenze?	84
4.1	Die Indikation als Grenze?	84
4.2	Die Indikation als Pflicht? Die Medizin ohne Krankheitsbezug	86
4.3	Wunschmedizin oder Medizin ohne Krankheitsbezug?	87
4.4	Indikation, Heilauftrag und ärztliche Tätigkeit	88
5	Indikation und die ärztliche Profession	96
5.1	Der ärztliche Beruf und das antizipatorische Systemvertrauen	96
5.2	Profession und Ethik: Das antizipatorische Systemvertrauen	99
5.3	BIID – Die Probe aufs Exempel	103
5.4	Die Zukunft der Medizin: Orientierung an Krankheit, Natürlichkeit oder Leiden?	110
6	Welchen Einfluss nimmt die evidence based medicine auf die Indikation?	113
6.1	Eine Definition	113
6.2	Welchen Einfluss nimmt die EBM auf Indikationsregeln und Indikationsgebiete?	114
6.3	Welchen Einfluss nimmt die EBM auf die Indikationsstellung?	115
6.4	Was heißt indicare im Zeitalter der EBM? Indicans – indicatio – indicatum	116
7	Indikation und personalisierte Medizin	120
7.1	Zur Begrifflichkeit	121
7.2	Das Verhältnis der personalisierten Medizin zur evidence based medicine	122
7.3	Wie wirkt sich die personalisierte Medizin auf die Indikationsstellung aus?	123
7.4	Indikationsregeln und Indikationsgebiete in der personalisierten Medizin	125
7.5	Von einer »empirischen Heilkunst« hin zu einer »rationalen, molekularen Wissenschaft«?	126

8	Indikation und Ökonomie	129
8.1	Die neue Situation: Überversorgung	130
8.2	Medizin und Ökonomie	131
8.3	Gebotene versus inakzeptable Ökonomisierung der Medizin	132
8.4	Zweck und Mittel in der Medizin	133
8.5	Kann die Indikation als Korrekturinstrument dienen?	134
9	Zusammenfassung	136
9.1	Medizin als Wissenschaft	136
9.2	Indikation im medizinischen Alltag und in der Literatur	136
9.3	Unterscheidungen	137
9.4	Indikation und Werte	137
9.5	Indikationsstellung	139
9.6	Unterschiedliche Verbindlichkeit für Arzt und Patient	140
9.7	Eigenschaften einer Indikationsstellung	141
9.8	Indikationsregeln und Indikationsgebiete	142
9.9	Indikation in der Medizin ohne Krankheitsbezug	143
9.10	Begrenzungen durch Indikation und die ärztliche Profession	144
9.11	Indikation: evidence based medicine und personalisierte Medizin	145
9.12	Die Ökonomisierung der Medizin und die Indikation	145
9.13	Praktische Konsequenzen	146
9.14	Eine Definition	147
9.15	Die Zukunft der Medizin	148
10	Indikation: Epilog	149
11	Literaturverzeichnis	151
	Sachregister	161

Vorwort

Ein Vorwort bietet üblicherweise Gelegenheit, sich in Kürze zum Entstehen und zum Hintergrund eines Buches zu äußern und – vor allem – zu danken. Hat man bereits ein Buch geschrieben (und darin ein Vorwort verfasst), dann ist nicht auszuschließen, dass im bereits publizierten Vorwort wesentliche Aspekte der Entstehung auf den Punkt gebracht worden sind. Denn Bücher entstehen auch schon mal unter ähnlichen Bedingungen. Genauso ist es im vorliegenden Fall. Ich kann mich redlicherweise nur selbst zitieren, wollte ich den Entstehungsprozess dieses Buches in wenigen Worten charakterisieren. Ein wörtliches Selbstzitat ist zwar ungewöhnlich, gleichwohl nicht ungebührlich und in diesem Falle schlicht angemessen, weil es die gegenwärtige Situation des Schreibens in einer Universität treffend kennzeichnet:

»Es gehört zu den weit verbreiteten, viel beklagten und im Grunde paradoxen Erscheinungen einer akademischen Laufbahn, dass mit der Übernahme einer Professur die Zeit für wissenschaftliche Forschung zu einem äußerst knappen Gut wird. So ist es auch mir ergangen, und dieses Buch ist unter ständigem Bemühen entstanden, den aufdringlichen administrativen Verpflichtungen nicht allzu viel Zeit zu gewähren und die Konzentration zum Schreiben gegenüber der ansteckenden Zerstreuung des Tagesgeschäftes zu schützen. Dass es nun fertiggestellt ist, freut mich umso mehr. Und wie die meisten Bücher ist es nicht ohne Unterstützung entstanden – ich bin zu Dank verpflichtet.« (Wiesing 2004, S. V.)

So ist es mir ergangen, genauso ergeht es mir derzeit und ich möchte auch diesmal Dank sagen: den Mitgliedern des Instituts für Ethik und Geschichte der Medizin, die mir stets hilfreich zur Seite standen, wenn mich die Arbeit an diesem Buch vom Tagesgeschäft abhielt, und die eine erste Version des Buches kritisch unter die Lupe genommen haben, namentlich Dr. Daniel Becker, Prof. Dr. Hans-Jörg Ehni, Dr. Richard Kühl, Isabell Schneider und PD Dr. Henning Tümmers. Ohne ein funktionierendes Institut hätte ich dieses Buch nicht schreiben können. Frau Jeannie Braun danke ich für eilige Erledigung von allfälligen Literaturwünschen.

Frau Dr. Gabriele Sutor von der LVA-Klinik Norderney möchte ich danken, weil sie mir Räumlichkeiten in nördlicher Abgeschiedenheit zur Verfügung stellte; sie ermöglichten mir fruchtbare Arbeitszeiten. Dem Kohlhammer Verlag, namentlich Frau Dr. Annegret Boll, danke ich für die Betreuung bei der Drucklegung. Das Land Baden-Württemberg gewährte mir durch seine Regelungen ein Forschungsfreisemester und das Alfried Krupp Wissenschaftskolleg in Greifswald ein Senior-Fellowship; beides beförderte mein Vorhaben nach-

drücklich. Ihnen gilt mein herzlicher Dank, wie auch der Ludwig-Sievers-Stiftung, die die Publikation mit einem großzügigen Druckkostenzuschuss unterstützt.

Meiner Familie danke ich, dass sie mich in jeder Hinsicht unterstützt und gelegentlichen Mangel an Konzentration auf das Alltägliche nicht nur geduldet hat.

*Urban Wiesing
Greifswald, im August 2017*

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 medizintheoretische vorangehen.

Diese ist dringend geboten. Denn bereits eine erste Sichtung der Literatur zum Thema ›Indikation‹ stößt auf augenfällige Diskrepanzen. In den Klassikern der Medizintheorie 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).