

<https://doi.org/10.1007/s00350-025-6998-6>

Indikation als unverzichtbare Grundlage ärztlichen Handelns

Jochen Dutzmann, Gunnar Duttge, Andrej Michalsen, Uwe Janssens, Susanne Jöbges und Gerald Neitzke für die Sektion Ethik der DIVI

Abstract

Im Kontext therapeutischer Heilbehandlungen ist eine Indikation die ärztlich begründete Entscheidung, dass eine medizinische Maßnahme aufgrund fachlicher Erkenntnisse und unter Abwägung von Nutzen und Risiken bei einer spezifischen diagnostizierten Krankheitssituation (mindestens) vertretbar ist. Die Bedeutung der Indikation wird gegenwärtig geschwächt durch Faktoren wie die zunehmende Ökonomisierung des Gesundheitswesens, den rasanten medizinisch-technischen Fortschritt sowie durch die verstärkte Betonung des Selbstbestimmungsrechts der Patienten. Deshalb gilt es in Erinnerung zu rufen: Ein medizinisch indiziertes Behandlungsangebot schützt sowohl den Patienten als auch das Behandlungsteam vor unangemessenen bzw. maßlosen medizinischen Eingriffen gemäß einer Grundmaxime der ärztlichen Ethik: *primum nil nocere*.

I. Einleitung

Für den Kernbereich ärztlichen Handelns gilt nach tradiertem Grundverständnis in Recht und Ethik das Modell einer doppelten Legitimierungsbedürftigkeit (auch sogenanntes „Zwei-Säulen-Modell“): Danach bedarf jede (diagnostische oder therapeutische) Maßnahme zum einen zur Wahrung der ärztlichen Professionalität einer Indikation, die gleichsam als „erster Filter und ein Interventionsangebot“ fungiert¹. Zum anderen bedarf jede ärztliche Maßnahme der Rechtfertigung kraft Patientenautonomie, d. h. einer aufgeklärten Zustimmung („*informed consent*“) durch den jeweiligen Patienten oder einen dazu berufenen Stellvertreter. Das Zusammentreffen beider Welten, der ärztlich-professionellen wie der höchstpersönlichen des einzelnen Patienten, schafft den Raum für ein gemeinsames prinzipielles gleichberechtigtes Ringen um den jeweils angemessenen therapeutischen Weg („*shared decision-making*“)².

Ärztliches Expertenwissen unter Rückbezug auf den jeweiligen Stand der Wissenschaft und die Beachtung ethischer Grundprinzipien bilden die Grundlage einer

stets sicheren und qualitativ hochwertigen Krankenversorgung und gelten als unverfügbare Kern ärztlichen Handelns³. Mit dieser Bedeutung hat die Indikation im Sinne eines Urteils über die medizinisch rechtfertigende Notwendigkeit einer Maßnahme auch im Recht in verschiedenen Kontexten ihren Niederschlag gefunden (vor allem § 1828 Abs. 1 S. 1 BGB, § 27 Abs. 1 S. 1 SGB V, § 192 Abs. 1 VVG). Doch mehrere zusammentreffende Entwicklungen haben den Stellenwert der Indikation in jüngerer Vergangenheit nachhaltig geschwächt: die wirkmächtige Ökonomisierung der Gesundheitsversorgung, der rasante medizintechnische Fortschritt, der aufgrund neuer Entscheidungsoptionen die Wahlmöglichkeiten auf Patientenseite vergrößert sowie eine zuletzt nochmals verstärkte Betonung des Selbstbestimmungsrechts der Patienten⁴. Vor diesem Hintergrund verliert die Berechtigung zu einer vermeintlich „einseitigen Therapiebegrenzung“ auf Basis des „Kautschukbegriffs medizinische Indikation“ an Überzeugungskraft, und es wird stattdessen juristischerseits der *informed consent* inzwischen als „Indikationsäquivalent“ propagiert⁵ oder gar das gesamte Arzt-Patienten-Verhältnis ausschließlich aus Sicht des „Grundrechtsträgers Patient“ bewertet⁶.

Diese Entwicklungen unterminieren das ärztliche Selbstverständnis als Treuhänder zum Wohle des vulnerablen Patienten und drohen die Behandlungsprozesse den beliebigen Wünschen der Patienten oder ihrer An-

Dr. med. Jochen Dutzmann,
Universitätsklinikum Halle, Halle, Deutschland

Prof. Dr. iur. Gunnar Duttge,
Göttinger Zentrum für Medizinrecht, Göttingen, Deutschland

Dr. med. Andrej Michalsen,
Klinikum Konstanz, Konstanz, Deutschland

Prof. Dr. med. Uwe Janssens,
St.-Antonius-Hospital Eschweiler, Eschweiler, Deutschland

Dr. med. Susanne Jöbges,
Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin,
Charité – Universitätsmedizin Berlin,
Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin, Deutschland

Dr. med. Gerald Neitzke,
Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, Deutschland

- 1) Bundesärztekammer, Stellungnahme: Indikationsstellung und Ökonomisierung, 2015, www.bundesaerztekammer.de [Zugriff am 23.8.2024].
- 2) Bundesärztekammer, Stellungnahme: Indikationsstellung und Ökonomisierung, 2015, www.bundesaerztekammer.de [Zugriff am 23.8.2024]; Kon/Davidson/Morrison et al., Shared decision-making in ICUs: An American College of Critical Care Medicine and American Thoracic Society policy statement, *Crit Care Med* 2016, 188 ff.
- 3) Bundesärztekammer, Stellungnahme: Indikationsstellung und Ökonomisierung, 2015, www.bundesaerztekammer.de [Zugriff am 23.8.2024]; Neitzke, Fachliche und ethische Basis ärztlichen Handelns, *Med Klin Intensivmed Notfmed* 2014, 8 ff.; Sackett/Rosenberg/Gray et al., Evidence-based medicine: what it is and what it isn't, *BMJ* 1996, 71 ff.; grdl. Anschütz, Indikation zum ärztlichen Handeln, 1982.
- 4) Vgl. u. a. BVerfGE 153, 182, 260 ff. = *MedR* 2020, 563 m. Anm. Duttge; s. auch Bundesärztekammer, Stellungnahme: Indikationsstellung und Ökonomisierung, 2015, www.bundesaerztekammer.de [Zugriff am 23.8.2024]; Duttge, Die medizinische Indikation im rechtsfreien Raum?, in: Duttge/Steuer/Tadaki (Hrsg.), Menschenwürde und Selbstbestimmung in der medizinischen Versorgung am Lebensende, 2022, S. 147 ff.; Michalsen/Neitzke/Dutzmann et al., Überversorgung in der Intensivmedizin: erkennen, benennen, vermeiden, *Med Klin Intensivmed Notfmed* 2021, 281 ff.
- 5) Huber, Die medizinische Indikation als Grundrechtsproblem. Zum Informed Consent als Indikationsäquivalent, 2020; dazu krit. Duttge, *ZfmE* 2023, 317 ff.
- 6) So Gutmann, in: Staudinger, BGB-Kommentar, Neubearb. 2021, § 630a, Rdnr. 30, freilich mit dem rätselhaften Zugeständnis, dass die Indikation jedoch „mittelbar für die Bestimmung der fachlichen Standards (...) relevant“ sei.

gehörigen auszuliefern. Gefährdet werden damit zugleich die Professionalität ärztlichen Handelns und die Qualität der Krankenversorgung sowie die Behandlungsgleichheit ohne Rücksicht auf den sozialen und ökonomischen Status⁷. Vorgezeichnet wäre ein endgültiger Schritt in die „Dienstleistungsmedizin“, für deren Begründung und Durchführung es im Grunde keiner ärztlichen Approbation mehr bedürfte.

Im Folgenden sollen, insbesondere vor diesem Hintergrund, der Indikationsbegriff sowie der Prozess der Indikationsstellung dargestellt und eine Empfehlung zum Umgang mit der patienten- oder angehörigenseitigen Anforderung unangemessener oder nicht-indizierter Therapien gegeben werden.

II. Indikationsbegriff

Als „Indikation“ wird die begründete ärztliche Bewertung bezeichnet, dass eine bestimmte medizinische Maßnahme nach fachlicher Erkenntnis und nach Abwägung des erwarteten Nutzens und der potenziellen Risiken verantwortbar zur Bewältigung einer bestimmten und diagnostisch möglichst gut umschriebenen Krankheitssituation eingesetzt werden kann („empirische Begründung“ der Indikation). Sie stellt damit die fachliche Rechtfertigung für ein Behandlungsangebot dar⁸. Dieser Rechtfertigung bedürfen die Maßnahmen aller in Gesundheitsberufen Tätigen. Und der Indikationsvorbehalt betrifft nicht nur therapeutische, sondern auch diagnostische Maßnahmen.

Indizierte Maßnahmen müssen geeignet sein, ein relevantes Therapieziel zu erreichen („finale Begründung“ der Indikation)⁹. Sie sind dann geeignet, wenn ausreichend medizinisch-wissenschaftliche Evidenz vorliegt, dass sie in der spezifischen Situation des Patienten zu einer Verbesserung des Gesundheitszustands führen. Sie stellen dann die Grundlage für ein Behandlungsangebot dar, das vom Patienten angenommen oder abgelehnt werden kann. Die Indikation besteht fort, auch wenn der Patient das Behandlungsangebot ablehnt. Sie besteht ebenso fort, wenn die indizierte Maßnahme nicht oder nicht unmittelbar verfügbar ist.

Die Eignung medizinischer Maßnahmen zur Erreichung eines Therapieziels ist im Allgemeinen nicht dichotom und nicht allgemeingültig. Vielmehr ist jede einzelne Maßnahme mit einer für den individuellen Fall bestimmten Wahrscheinlichkeit geeignet, das Therapieziel zu erreichen. Die Gesamtheit dieser Wahrscheinlichkeiten und patientenindividueller Faktoren (wie Erkrankungsschwere, Erkrankungsdauer, Alter und Komorbiditäten) formen die Grundlage für die Prognose. Wichtiger Anteil einer Indikationsstellung ist damit stets die begründete Annahme, dass die Maßnahme fachlich geeignet erscheint, die individuelle Situation des Patienten zu verbessern („kausale Begründung“ der Indikation)¹⁰. Ist eine medizinische Maßnahme mit nur sehr geringer Wahrscheinlichkeit dazu geeignet, das patientenindividuelle Therapieziel zu erreichen, wird die Indikation als „grenzwertig“ oder „fraglich“ bezeichnet. Der Einsatz einer grenzwertig oder fraglich indizierten Maßnahme ist äußerst kritisch abzuwägen und mit dem Patienten bzw. seinem Stellvertreter eingehend zu besprechen¹¹.

III. Indikationsstellung

Die Indikation ist Resultat eines rein ärztlichen Abwägungs- und Entscheidungsprozesses, der Indikationsstellung¹². In diesen – freilich nicht willkürlichen, sondern durch fachliche Gründe gerechtfertigten und bis zu einem gewissen Grad notwendig formalisierten – Entscheidungsprozess fließen folgende Aspekte nachvollziehbar auf den jeweils konkreten Fall bezogen ein:

1. Evidenz

Evidenz-basierte Medizin setzt die naturwissenschaftlich-medizinische Evidenz in Bezug zum individuellen Patienten¹³. Richtlinien, Leitlinien, Empfehlungen oder andere kodifizierte Behandlungsstandards können als Entscheidungshilfen zur Bewertung der Evidenz herangezogen werden¹⁴. Im Entscheidungsprozess gilt es zu prüfen, ob mit der konkreten Maßnahme das angestrebte Ziel im individuellen Fall erreicht werden kann („Zweckrationalität“)¹⁵, ob Kontraindikationen bestehen und wie sich Nutzen und Schaden zueinander verhalten.

2. Prognose und prognostische Unsicherheit

Die Unsicherheit, die Prognosen natürlicherweise inneohnt, wird als „prognostische Unsicherheit“ bezeichnet. Der individuelle Krankheitsverlauf eines Patienten lässt sich nie mit absoluter Sicherheit vorhersagen¹⁶. Ärztliche Entscheidungen werden folglich immer in Situationen prognostischer Unsicherheit getroffen und sind damit irrtumsbehaftet. Neben wissenschaftlicher Evidenz und patientenindividuellen Faktoren fließen stets und unweigerlich auch persönliche Erfahrungen und die dadurch geprägte Haltung des konkreten Arztes mit in die Prognostizierung und damit auch in die Indikationsstellung ein. Ein zeitlich begrenzter Therapievorschub („time-limited trial“), in dem

- 7) Bundesärztekammer, Stellungnahme: Indikationsstellung und Ökonomisierung, 2015, www.bundesaerztekammer.de [Zugriff am 23.8.2024]; Michalsen/Neitzke/Dutzmann et al., Med Klin Intensivmed Notfmed 2021, 281 ff.; Neitzke, Med Klin Intensivmed Notfmed 2014, 8 ff.
- 8) Bundesärztekammer, Stellungnahme: Indikationsstellung und Ökonomisierung, 2015, www.bundesaerztekammer.de [Zugriff am 23.8.2024]; Anschütz, Indikation zum ärztlichen Handeln, 1982; Neitzke, Med Klin Intensivmed Notfmed 2014, 8 ff.
- 9) Bundesärztekammer, Stellungnahme: Indikationsstellung und Ökonomisierung, 2015, www.bundesaerztekammer.de [Zugriff am 23.8.2024]; Neitzke, Med Klin Intensivmed Notfmed 2014, 8 ff.; Neitzke/Burchardi/Duttge et al., Grenzen der Sinnhaftigkeit von Intensivmedizin, Med Klin Intensivmed Notfmed 2016, 486 ff.
- 10) Bundesärztekammer, Stellungnahme: Indikationsstellung und Ökonomisierung, 2015, www.bundesaerztekammer.de [Zugriff am 23.8.2024]; Neitzke, Med Klin Intensivmed Notfmed 2014, 8 ff.; Neitzke/Burchardi/Duttge et al., Med Klin Intensivmed Notfmed 2016, 486 ff.
- 11) Neitzke/Burchardi/Duttge et al., Med Klin Intensivmed Notfmed 2016, 486 ff.; s. auch LG München I, MedR 2017, 889 ff. und OLG München, MedR 2018, 317 ff.: „Konsultationspflicht“.
- 12) Bundesärztekammer, Stellungnahme: Indikationsstellung und Ökonomisierung, 2015, www.bundesaerztekammer.de [Zugriff am 23.8.2024]; Anschütz, Indikation zum ärztlichen Handeln, 1982; Neitzke, Med Klin Intensivmed Notfmed 2014, 8 ff.; Neitzke/Burchardi/Duttge et al., Med Klin Intensivmed Notfmed 2016, 486 ff.; Sackett/Rosenberg/Gray et al., BMJ 1996, 71 ff.; vgl. auch BGHZ 154, 205, 224 = MedR 2003, 512; Wagenitz, Selbstbestimmung am Lebensende, in: Duttge (Hrsg.), Perspektiven des Medizinrechts im 21. Jahrhundert, 2007, S. 21 ff.
- 13) Sackett/Rosenberg/Gray et al., BMJ 1996, 71 ff.
- 14) Bundesärztekammer, Stellungnahme: Indikationsstellung und Ökonomisierung, 2015, www.bundesaerztekammer.de [Zugriff am 23.8.2024]; Biller-Andorno, Angemessene Gesundheitsversorgung – Appropriate Care, in: Eijk/Ganten/Marek (Hrsg.), Was ist Gesundheit? Interdisziplinäre Perspektiven aus Medizin, Geschichte und Kultur, 2021, S. 401 ff.; Neitzke, Med Klin Intensivmed Notfmed 2014, 8 ff.; Neitzke/Burchardi/Duttge et al., Med Klin Intensivmed Notfmed 2016, 486 ff.
- 15) Neitzke/Burchardi/Duttge et al., Med Klin Intensivmed Notfmed 2016, 486 ff.
- 16) Michalsen/Mer/Hoff, Choices in uncertainty, in: Michalsen/Sadovnikoff/Kesecioglu (Hrsg.), Ethics in intensive care medicine, 2023, S. 157 ff.; Neitzke/Burchardi/Duttge et al., Med Klin Intensivmed Notfmed 2016, 486 ff.

das Erreichen eines Therapieziels und die damit verbundenen Indikationen zu Diagnostik und Therapie nach einem festgelegten Zeitraum und zuvor definierten Kriterien überprüft wird, kann helfen, prognostische Unsicherheit zu reduzieren¹⁷. Ebenso sollte im interdisziplinären Dialog, so weit möglich, prognostische Unsicherheit thematisiert und verringert werden.

3. Ärztliche Abwägung

Die zentrale ärztliche Aufgabe im Rahmen der Indikationsstellung besteht in der Einschätzung und Bewertung der wissenschaftlichen Evidenz sowie der Prognostizierung, jeweils in Bezug auf den individuellen Patienten und dessen Werte und (Behandlungs-)Wünsche („Wert-rationalität“)¹⁸. Sie besteht weiterhin in der Abwägung von potentiell dem Nutzen und Schaden der zu prüfenden Maßnahme(n) im konkreten Fall¹⁹. Aus dieser Aufgabe ergibt sich im gesamten Verlauf der jeweiligen Behandlung eine besondere ärztliche Verantwortung in der Begleitung des Patienten, die ärztlicherseits durch Respekt und Toleranz geprägt ist, insbesondere auch bei einer abweichenden persönlichen Werthaltung. Eine Maßnahme, deren Schaden den potenziellen Nutzen überwiegt, darf als kontraindiziert nicht angeboten oder durchgeführt werden.

IV. Entscheidungsspielräume, Unsicherheiten und Risiken

Da die Indikationsstellung, wie dargestellt, sowohl im Teilprozess der Prognostizierung als auch naturgemäß in demjenigen der ärztlichen Abwägung subjektive und möglicherweise durch eigene Haltungen gefärbte Elemente enthält, stellt sich die Frage nach einer näherungsweise objektivierbaren „Maßfigur“ des Arztes. Hier kann als Maßstab die mutmaßliche Vertretbarkeit und Nachvollziehbarkeit der Entscheidung nach Maßgabe der ärztlichen Professionalität unter unabhängigen Kollegen des eigenen Fachgebiets gelten („Hätten andere Fachkollegen an meiner Stelle diese Entscheidung ebenso getroffen?“).

Zahlreiche Faktoren können die Indikationsstellung beeinflussen und zu Über- und Fehlversorgung führen²⁰. Neben klaren Fehlanreizen (z. B. Anreize im Rahmen der Ausbildung oder finanzielle Anreize) führt mitunter Angst vor juristischen Konsequenzen zu Überversorgung. Insbesondere werden strafrechtliche Konsequenzen befürchtet, wenn eine Therapie beendet wird, weil die Indikation zur lebenserhaltenden Weiterbehandlung aufgrund von Aussichtslosigkeit erloschen ist²¹. Angesichts der zuvor dargestellten fehlenden Dichotomie des Indikationsbegriffs überlässt die Jurisprudenz dem indikationsstellenden Arzt die fachliche Bewertung, ab wann eine grenzwertige/fragliche oder eindeutig entfallene Indikation im klinischen Kontext zur Entscheidung gegen das Angebot einer medizinischen Maßnahme führt. Andererseits muss sie im Streitfall über diese höchstpersönliche Abwägung ein Urteil sprechen. Dies erfordert vom Arzt ein Aushalten der eigenen Unsicherheit und zugleich eine Auseinandersetzung mit eigenem Wissen und Können sowie die Reflexion der eigenen Wertvorstellungen unter Wahrung der Bereitschaft, Verantwortung für seine Entscheidungen zu übernehmen²².

V. Indikation als genuines Kernelement der ärztlichen Profession

Die Aufgaben und Verpflichtungen der Ärzteschaft gegenüber ihren Patienten sind in der Musterberufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä) und den jeweiligen Ausformulierungen und

Satzungen in den Bundesländern standesrechtlich verbindlich festgeschrieben. Insbesondere in ethisch-moralischer Hinsicht fußt die Musterberufsordnung auf dem Genfer Gelöbnis und seinen Fortschreibungen²³. Zudem werden ärztliche Aufgaben und Verpflichtungen u. a. auch in Bestimmungen des Bürgerlichen Gesetzbuchs festgelegt (z. B. §§ 630a, 630c und 630e), so unter anderem auch die Bindung an die fachärztlichen Standards (§ 630a Abs. 2): Dazu zählt in der kurativen und palliativen Medizin selbstredend auch das Erfordernis einer sorgfältigen Indikationsstellung.

Sowohl im Selbstverständnis der (intensiv-)medizinischen Profession als auch gemäß sozialrechtlichen Vorgaben erhalten Patienten in einem solidarisch ausgerichteten System Leistungen, die „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“ bzw. „notwendig“ sein müssen (§ 12 Abs. 1 und § 27 Abs. 1 S. 1 SGB V)²⁴. Patienten haben zwar ein Abwehrrecht gegenüber ärztlich indizierten Maßnahmen, aber kein Einforderungsrecht hinsichtlich

- 17) Jöbges/Seidlein/Knochel et al., Zeitlich begrenzter Therapieversuch („time-limited trial“, TLT) auf der Intensivstation, *Med Klin Intensivmed Notfmed* 2024, 291 ff.; Kruser/Ashana/Courtright et al., Defining the time-limited trial for patients with critical illness: An official American Thoracic Society workshop report, *Ann Am Thorac Soc* 2024, 187 ff.; Michalsen/Bakker/Sprung et al., Principles and practice of limiting life-sustaining therapies, in: Michalsen/Sadovnikoff/Kesecioglu (Hrsg.), *Ethics in intensive care medicine*, 2023, S. 81 ff.; Neitzke/Burchardi/Duttge et al., *Med Klin Intensivmed Notfmed* 2016, 486 ff.
- 18) Neitzke/Burchardi/Duttge et al., *Med Klin Intensivmed Notfmed* 2016, 486 ff.
- 19) Bundesärztekammer, Stellungnahme: Indikationsstellung und Ökonomisierung, 2015, www.bundesaerztekammer.de [Zugriff am 23. 8. 2024]; Anschütz, Indikation zum ärztlichen Handeln, 1982; Kruser/Clapp/Arnold et al., Reconsidering the language of serious illness, *JAMA* 2023, 787 ff.; Michalsen/Neitzke/Dutzmann et al., *Med Klin Intensivmed Notfmed* 2021, 281 ff.; Neitzke, *Med Klin Intensivmed Notfmed* 2014, 8 ff.; Neitzke/Burchardi/Duttge et al., *Med Klin Intensivmed Notfmed* 2016, 486 ff.; Sackett/Rosenberg/Gry et al., *BMJ* 1996, 71 ff.
- 20) Benoit/Jensen/Malmgren et al., Outcome in patients perceived as receiving excessive care across different ethical climates: a prospective study in 68 intensive care units in Europe and the USA, *Intensive Care Med* 2018, 1039 ff.; Bundesärztekammer, Stellungnahme: Indikationsstellung und Ökonomisierung, 2015, www.bundesaerztekammer.de [Zugriff am 23. 8. 2024]; Michalsen/Neitzke/Dutzmann et al., *Med Klin Intensivmed Notfmed* 2021, 281 ff.; Neitzke/Burchardi/Duttge et al., *Med Klin Intensivmed Notfmed* 2016, 486 ff.; Sibbald/Downar/Hawryluck et al., *CMAJ* 2007, 201 ff.
- 21) Bundesärztekammer, Stellungnahme: Indikationsstellung und Ökonomisierung, 2015, www.bundesaerztekammer.de [Zugriff am 23. 8. 2024]; Duttge/Chabiera, *Med Klin Intensivmed Notfmed* 2023, 598 ff.; Michalsen, Horror justitiae – Die Angst des Doktors vor den Advokaten, in: Duttge/Steuer/Tadaki (Hrsg.), *Menschenwürde und Selbstbestimmung in der medizinischen Versorgung am Lebensende*, 2022, S. 229 ff.; Neitzke/Burchardi/Duttge et al., *Med Klin Intensivmed Notfmed* 2016, 486 ff.
- 22) Bundesärztekammer, Stellungnahme: Indikationsstellung und Ökonomisierung, 2015, www.bundesaerztekammer.de [Zugriff am 23. 8. 2024]; Hunstorfer, Werte im ärztlichen Handeln, in: Müller/Höllinger/Baldt (Hrsg.), *Werte im Beruf. Ethik und Praxis im Gespräch*, 2020, S. 113 ff.; Michalsen, in: Duttge/Steuer/Tadaki (Hrsg.), *Menschenwürde und Selbstbestimmung in der medizinischen Versorgung am Lebensende*, 2022, S. 229 ff.; Neitzke/Burchardi/Duttge et al., *Med Klin Intensivmed Notfmed* 2016, 486 ff.
- 23) World Medical Association, *International Code of Medical Ethics* (as adopted by the 73rd WMA General Assembly), Berlin 2022 [zugegriffen 23. 8. 2024].
- 24) Bundesärztekammer, Stellungnahme: Indikationsstellung und Ökonomisierung, 2015, www.bundesaerztekammer.de [Zugriff am 23. 8. 2024]; Michalsen/Neitzke/Dutzmann et al., *Med Klin Intensivmed Notfmed* 2021, 281 ff.; Neitzke/Burchardi/Duttge et al., *Med Klin Intensivmed Notfmed* 2016, 486 ff.

ärztlicherseits nicht-indizierter Maßnahmen (vgl. § 7 Abs. 1 MBO-Ä)²⁵. Eine ärztliche Begründung für die medizinischen Maßnahmen, mit denen mit ausreichender Wahrscheinlichkeit ein zuvor zu bestimmendes individuelles therapeutisches Ziel erreichbar ist, ist im Rahmen der Indikationsstellung zwingend erforderlich (s. o.). Mit der Indikationsstellung einher geht die Verantwortungsübernahme für den weiteren Verlauf der Behandlung, gerade auch in protrahierten und/oder komplikationsreichen Verläufen, wie sie z. B. für die Intensivmedizin kennzeichnend sind. Dies schließt einen regelmäßigen Austausch mit dem Patienten oder seinem Stellvertreter über die Erreichbarkeit der vereinbarten Behandlungsziele und damit eine transparente und begründete Darlegung über das (Fort-)Bestehen der Indikation zu einzelnen medizinischen Maßnahmen oder zur Therapie insgesamt mit ein (vgl. § 1828 Abs. 1 S. 2 BGB).

VI. Indikation als unverzichtbare Voraussetzung für die Angemessenheit medizinischer Maßnahmen

Das normative Konzept der angemessenen Gesundheitsversorgung ist komplex und davon abhängig, aus welchem Blickwinkel (Patient, Behandlungsteam, Gesellschaft) die Angemessenheit von Behandlungsmaßnahmen bewertet wird²⁶. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) benennt drei Schlüsselkriterien für die Angemessenheit medizinischer Leistungen in unterschiedlichen kulturellen Kontexten und Gesundheitssystemen²⁷:

1. Wirksamkeit, basierend auf valider Evidenz (Effektivität),
2. Kosteneffektivität (Effizienz) und
3. Übereinstimmung mit ethischen Grundprinzipien und Präferenzen der betroffenen Individuen, der Gemeinschaft und der Gesellschaft.

Es wird deutlich, dass es zur Beurteilung der Angemessenheit medizinischer Maßnahmen neben klinisch-wissenschaftlichen und den konkreten Patienten betreffenden ethischen Überlegungen auch sozial- und gesundheitspolitische, ökonomische und rechtliche Dimensionen gibt. Während jedoch in der Erläuterung vorstehend genannter Kriterien eingeräumt wird, dass die Gewichtung der Effizienz im Vergleich zu anderen Kriterien stark umstritten sei, wird die Effektivität als „absolute Bedingung der Angemessenheit“ bezeichnet. Im Kontext der Indikationsstellung darf Effizienz keine Rolle spielen. Eine nicht wirksame Maßnahme ist hingegen eindeutig unangemessen und damit nicht indiziert.

Nach eigenem Positionspapier²⁸ liegt eine nicht-angemessene Therapie unter anderem dann vor, wenn die Therapie keinen Zugewinn an Lebensdauer oder -qualität verspricht oder wenn sie mehr schadet als nutzt. Wenn in diesem Sinne eine Indikation insbesondere für lebensverlängernde Maßnahmen nicht oder nicht mehr besteht oder wenn die Überlebensfähigkeit des Patienten außerhalb der Intensivstation mit vertretbarer Restunsicherheit ausgeschlossen ist, dann muss das Therapieziel hin zur „end-of-life care“ bzw. einer palliativmedizinischen Versorgung geändert und ein Sterben zugelassen werden²⁹. Eine Zustimmung des Patienten oder seines Stellvertreters ist in diesen Situationen juristisch nicht erforderlich: Ist eine medizinische Maßnahme aufgrund einer fehlenden Indikation nicht (mehr) angemessen, bleibt ist für das Selbstbestimmungsrecht von vornherein kein Raum³⁰.

Den wachsenden und gelegentlich grotesken Leistungsansprüchen innerhalb der Versicherungsgemeinschaft und dem augenblicklichen Zeitgeist der „unbegrenzten Selbstbestimmung“ und „ständigen Selbstoptimierung“ sind das ärztliche Vorrecht und die ärztliche Verantwortung in der Indikationsstellung entgegenzuhalten. Kein Patient ist Souverän eines Arztes, und niemand – also auch kein

Arzt – kann zur Durchführung von nicht-indizierten und möglicherweise gefährlichen medizinischen Maßnahmen gezwungen werden – im Gegenteil: Die Durchführung einer nicht-indizierten Maßnahme ist ein unärztliches Tun³¹ und stellt eine möglicherweise strafbare Körperverletzung dar. Dies ist bereits Grundlage des freien und verantwortungsvollen ärztlichen Berufs- und Rollenverständnisses und wird in der Berufsordnung ausdrücklich hervorgehoben: Ärzte dürfen „hinsichtlich ihrer ärztlichen Entscheidungen keine Weisungen von Nichtärzten entgegennehmen“ und „keine Vorschriften oder Anweisungen beachten, die mit ihren Aufgaben nicht vereinbar sind und deren Befolgung sie nicht verantworten können“ (§ 2 Abs. 4 bzw. Abs. 1 MBO-Ä). Ärzte sind keine Erfüllungsgehilfen für apodiktische Ansprüche, unrealistische Wünsche und subjektive Hoffnungen anderer, sondern eigene, primär an ihre fachliche Expertise gebundene Grundrechtsträger (wenngleich natürlich ohne Befugnis zur Zwangsbehandlung)³². Ein Einfordern von medizinisch unangemessenen Leistungen bindet außerdem im Sinne der Überversorgung oft unzulässig und fahrlässig Ressourcen³³. Das Anraten und die Durchführung ärztlich nicht-indizierter Handlungen kann personell nicht verantwortet und monetär nicht von der Solidargemeinschaft getragen werden.

25) Biermann, Rechtliche Grundlagen der Therapiebegrenzung, in: Michalsen/Hartog (Hrsg.), End-of-Life Care in der Intensivmedizin, 2013, S. 55 ff.

26) Dazu näher Bundesärztekammer, Stellungnahme: Indikationsstellung und Ökonomisierung, 2015, www.bundesaerztekammer.de [Zugriff am 23. 8. 2024]; Benoit/Jensen/Malmgren et al., Intensive Care Med 2018, 1039 ff.; Biller-Andorno, in: Eijk/Ganten/Marek (Hrsg.), Was ist Gesundheit? Interdisziplinäre Perspektiven aus Medizin, Geschichte und Kultur, 2021, S. 401 ff.; Duttge, in: Duttge/Steuer/Tadaki (Hrsg.), Menschenwürde und Selbstbestimmung in der medizinischen Versorgung am Lebensende, 2022, S. 147 ff.; Duttge/Chabiera, Med Klin Intensivmed Notfmed 2023, 598 ff.; Michalsen/Neitzke/Dutzmann et al., Med Klin Intensivmed Notfmed 2021, 281 ff.; Neitzke/Burchardi/Duttge et al., Med Klin Intensivmed Notfmed 2016, 486 ff.; Sibbald/Downar/Hawryluck et al., Perceptions of „futile care“ among caregivers in intensive care units, CMAJ 2007, 201 ff.

27) World Health Organization, Appropriateness in Health Care Services. Report on a WHO workshop, 2000, <https://iris.who.int/handle/10665/108350>.

28) Neitzke/Burchardi/Duttge et al., Med Klin Intensivmed Notfmed 2016, 486 ff.

29) Michalsen/Bakker/Sprung, in: Michalsen/Sadovnikoff/Kesecioglu (Hrsg.), Ethics in intensive care medicine, 2023, S. 81 ff.; Nauck/Jaspers, Palliativmedizinische Kompetenz in der Intensivmedizin, in: Salomon (Hrsg.), Praxisbuch Ethik in der Intensivmedizin, 4. Aufl. 2021, S. 308 ff.; Neitzke/Burchardi/Duttge et al., Med Klin Intensivmed Notfmed 2016, 486 ff.

30) Vgl. BGHZ 154, 205, 225 = MedR 2003, 512; s. auch Duttge/Chabiera, Ausgewählte juristische Aspekte der Therapiebegrenzung: Patientenverfügung, Stellvertretung und Indikation, Med Klin Intensivmed Notfmed 2023, 598 ff.; Neitzke/Burchardi/Duttge et al., Med Klin Intensivmed Notfmed 2016, 486 ff.

31) Treffend Katzenmeier, in: Laufs/Katzenmeier/Lipp, Arztrecht, 8. Aufl. 2021, Kap. I, Rdnr. 42; s. auch schon Laufs, Der ärztliche Heilaufrag aus juristischer Sicht, 1989.

32) Diese divergierenden Dimensionen von „Selbstbestimmung“ differenziert Gutmann, in: Staudinger, BGB-Kommentar, Neubearb. 2021, § 630a, Rdnr. 30 nicht, sondern betont im grundrechtlichen Einheitsbrei ausschließlich die „Grundrechte des Patienten“.

33) Bundesärztekammer, Stellungnahme: Indikationsstellung und Ökonomisierung, 2015, www.bundesaerztekammer.de [Zugriff am 23. 8. 2024]; Grote/Vollbracht, Überversorgung – Ausmaß, Ursachen und Gegenmaßnahmen, GGW 2020, 7 ff.; Michalsen/Neitzke/Dutzmann et al., Med Klin Intensivmed Notfmed 2021, 281 ff.; Neitzke/Burchardi/Duttge et al., Med Klin Intensivmed Notfmed 2016, 486 ff.

VII. Zusammenfassung

Von Notfällen abgesehen, bedarf jede medizinische Maßnahme einer dualen Legitimation, nämlich sowohl einer medizinisch fundierten Indikation als auch der informierten Zustimmung des Patienten. Die Indikation als zentrale Voraussetzung ärztlicher Maßnahmen, als begründeter Entschluss für ein Behandlungsangebot geht der Einwilligung des Patienten voraus. Der Prozess der Indikationsstellung bleibt ein nicht verhandelbares Kernelement des ärztlichen Auftrags. In diesen eigenverantwortlichen professionellen Bewertungs- und Entscheidungsvorgang fließen wissenschaftliche Evidenz und ärztliches Erfahrungswissen ein. Wirtschaftliche Zwänge bzw. Finanzierungsmodalitäten im Gesundheitswesen, ein rasanter medizintechnischer Fortschritt und eine (von juristischen Stellungnahmen teilweise beförderte) übersteigerte Fokussierung auf die Patientenautonomie haben in den vergangenen Jahren den ärztlichen Indikationsvorbehalt herausgefordert. Trotz dieser Entwicklungen bleibt die Indikationsstellung eine essenzielle intellektuelle Leistung und ein unverzichtbarer Teil der ärztlichen Professionalität. Nur dadurch kann sichergestellt werden, dass medizinische Maßnahmen angemessen zum Wohl des individuellen Patienten durchgeführt und monetär der Versichertengemeinschaft zugemutet werden können. Der jeweils (end-)verantwortliche Arzt muss stets patientenbezogen zwischen Nutzen und Risiken

der möglichen Maßnahmen abwägen, seine dann begründete Entscheidung transparent darlegen und zielführend umsetzen. Nur ein ärztlich indiziertes Behandlungsangebot schützt den Patienten ebenso wie das Behandlungsteam vor der Durchführung unangemessener sinnloser medizinischer Maßnahmen – entsprechend einer Grundmaxime des ärztlichen Ethos: *primum nil nocere*.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

Krankenhausinsolvenzen und ihre Auswirkungen auf das Arzthaftungsrecht: Rechtliche Herausforderungen und Lösungen

Johannes Brocks

Abstract

Die wachsende Zahl von Insolvenzen von Krankenhausträgern stellt nicht nur das Gesundheitssystem vor erhebliche Herausforderungen, sondern wirft auch neue und komplexe rechtliche Fragestellungen auf, insbesondere im Bereich des Arzthaftungs(prozess)rechts. Während Krankenhäuser traditionell als stabile Institutionen im Gesundheitswesen galten, führen wirtschaftlicher Druck, Personalmangel und strukturelle Defizite zunehmend dazu, dass immer mehr Einrichtungen Insolvenz anmelden. Hinzu kommt, dass seit ca. 2–3 Jahren die von einer drohenden Insolvenz betroffenen Kliniken verstärkt die gestalterischen Möglichkeiten des insolvenzrechtlichen Eigenverwaltungsverfahrens für die Sanierung erkennen. Dieser Beitrag beschäftigt sich mit den Konsequenzen einer Krankenhausinsolvenz auf die arzthaftungsrechtliche Auseinandersetzung.

I. Ausgangslage

Der Krankenhausträger haftet für Fehlbehandlungen gem. § 280 Abs. 1 BGB selbst. Auch die beteiligten Ärzte haften

in der Regel, allerdings ausschließlich deliktisch, z. B. gem. § 823 Abs. 1 BGB. Kommt es zur Insolvenz des Krankenhausträgers, stellt sich die Frage, wie sich diese auf das Haftungsregime auswirkt.

Direktansprüche gegen die Haftpflichtversicherung des Krankenhausträgers kommen gem. § 115 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 VVG – auch bei Insolvenz des Krankenhausträgers – nur in Betracht, wenn die – üblicherweise, aber keineswegs stets vorhandene – Haftpflichtversicherung eine Pflichtversicherung i. S. d. § 113 Abs. 1 VVG ist¹. Ob es sich bei der Krankenhaushaftpflichtversicherung um eine Pflichtversicherung gem. § 113 Abs. 1 VVG handelt, hängt von den Gesetzen der jeweiligen Bundesländer ab, die allerdings häufig keine so präzisen und eindeutigen Regelungen enthalten, dass eine Pflichtversicherung angenommen werden kann.

Kommt es zur Insolvenz des Krankenhausträgers, wird der geschädigte Patient zum Insolvenzgläubiger gem. § 38 InsO. Die vor der Eröffnung des Verfahrens begründete Schadensersatzforderung wird mit der Eröffnung des Verfahrens eine Insolvenzforderung, die wie jede andere Insolvenzforderung am Insolvenzverfahren, einschließlich einer etwaigen quotalen Befriedigung, teilnimmt. Diese Ausgangslage wird durch § 110 VVG modifiziert.

Rechtsanwalt Dr. iur. Johannes Brocks,
Rechtsanwälte BROCKS Medizinrecht Partnerschaft mbB,
Weidestraße 132, 22083 Hamburg, Deutschland

1) Ahrens/Latzel, r+s 2022, 437, 437.