

Ethik einer Krisenmedizin

Kritische Analyse bereichsspezifischer Dilemmata: Ressourcenallokation, Instrumentalisierung und Doppelloyalität

Von der Fakultät für Mathematik, Naturwissenschaften und Informatik
der Brandenburgischen Technischen Universität Cottbus

zur Erlangung des akademischen Grades

Doktor der Philosophie
(Dr. phil.)

genehmigte Dissertation

vorgelegt von

Dr. med.
Thomas Bschleipfer

geboren am 26.01.1972 in Augsburg

Gutachter: Prof. Dr. phil. habil. Klaus Kornwachs

Gutachter: Prof. Dr. phil. habil. Thomas Zoglauer

Gutachter: Prof. Dr. phil. habil. Dieter Birnbacher

Gutachterin: Prof. Dr. phil. habil. Weyma Lübbe

Tag der mündlichen Prüfung: 10. Juli 2007

gewidmet
meinen Eltern
Rosemarie und Josef Bschiepfer

Inhaltsverzeichnis

	Seite
1. Einleitung	1
1.1. Der Mensch in der Auseinandersetzung mit Katastrophen	1
1.2. Vom Wandel der Kriege	3
1.3. Ziele der Arbeit	6
2. Katastrophenmedizin und Triage	8
3. Militärmedizin - von der Geschichte bis zur Gegenwart	15
4. Katastrophenmedizin ein Anachronismus?	24
5. Konzeption einer krisenmedizinischen Ethik	28
5.1. Bedrohungen der Menschheit	28
5.2. Nicht-militärische, zivile Großkatastrophen	30
5.2.1. Zielsetzungen	30
5.2.2. Prinzipien einer krisenmedizinischen Ethik	36
5.2.2.1. Allgemeine ärztliche und humanitäre Prinzipien	38
5.2.2.2. Allokations-, Organisations- bzw. Zuteilungsprinzipien	45
5.2.2.3. Stellenwert des Utilitarismus innerhalb der krisenmedizinischen Allokationsproblematik	55
5.2.3. Quantitative Allokationsverfahren und Zuteilungskriterien	61
5.2.3.1. Schädigung und Überlebenswahrscheinlichkeit als zentrale Kriterien quantitativer Ressourcenallokation	62
5.2.3.2. Bedeutung des präkatastrophalen Gesundheitszustandes	75
5.2.3.3. Alles-oder-Nichts-Situationen	78
5.2.3.4. Ressourceneffektivität und Prognose	81
5.2.3.5. Außermedizinische Kriterien und das „Prinzip der Zeiteingrenzung“	85
5.2.3.6. Praktikabilität krisenmedizinischer Allokation	94
6. Triage und das Problem der angeblichen „Hoffnungslosigkeit“ - Sterbebegleitung und Euthanasie in Krisensituationen	97

7.	Ethische Konflikte einer modernen Militärmedizin	108
7.1.	Instrumentalisierung einer Medizin im Dienste des Militärs	109
7.2.	Die Doppelloyalität des Sanitätsoffiziers	114
7.3.	Allokationsverfahren unter dem Diktat der militärischen Auftragserfüllung	123
8.	Ethik einer Krisenmedizin	131
9.	Zusammenfassung	135
10.	Literaturverzeichnis	137
11.	Danksagung	151
12.	Lebenslauf	152

Verzeichnis der Abbildungen

	Seite
Abb. 1a: Triagedokumentationsset	12
Abb. 1b: Verletztenanhängekarte	12
Abb. 1c: Farbcodierte Einsteckkarte (Beispiel mit Vorder- und Rückseite)	13
Abb. 2: Aristotelische Gerechtigkeitsbegriffe nach Pieper	44
Abb. 3: Einteilung der Allokationsprinzipien	50
Abb. 4: Schema zur graphischen Darstellung der Überlebenswahrscheinlichkeit	64
Abb. 5: Schematische Darstellung zweier Patienten mit geringer und mittlerer Überlebenswahrscheinlichkeit	64
Abb. 6: Zuteilung unterschiedlicher Hilfsmittelvolumina am Beispiel zweier Patienten mit geringer bzw. mäßiger Überlebenswahrscheinlichkeit	66
Abb. 7: Schematische Darstellung zweier gleich stark geschädigter Patienten mit und ohne Vorerkrankungen	76
Abb. 8: Verteilung einer unteilbaren Ressource am Beispiel zweier Patienten mit starker und mittelstarker Verletzung	79
Abb. 9: Schematische Darstellung der Zuteilung einer Ressource unterschiedlicher Effektivität auf zwei Patienten mit geringer und mittlerer Überlebenswahrscheinlichkeit	83
Abb. 10: Rationalisierung - Rationierung - Triage	100
Abb. 11: Differenzierung der Triagegruppe „T4“	101
Abb. 12: Rollenkonflikte eines Sanitätsoffiziers	116
Abb. 13: Selbstwert und instrumenteller Wert eines Soldaten	129

Verzeichnis der Tabellen

	Seite
Tab. 1: Sichtungskategorien im Katastrophenfall	12
Tab. 2: Ziele, Prinzipien und Allokationsverfahren im Überblick	73
Tab. 3: Außermedizinische Kriterien	91

Abkürzungsverzeichnis

T1	Triagekategorie T1: Patienten mit akuter, vitaler Bedrohung
T2	Triagekategorie T2: schwer verletzte bzw. erkrankte Patienten
T3	Triagekategorie T3: leicht verletzte bzw. erkrankte Patienten
T4	Triagekategorie T4: Patienten mit geringer oder keiner Überlebenschance
G_{prae}	Gesundheitszustand vor der Katastrophe
$G_{\text{prae, oÜW}}$	Vorerkrankung ohne Einfluss auf die Überlebenschance
$G_{\text{prae, mÜW}}$	Vorerkrankung mit Einfluss auf die Überlebenschance
G_{ist}	Ist-Gesundheit nach einem Unglück bzw. während einer Katastrophe
S	Durch die Katastrophe zugefügter Schaden
$S_{\text{oÜW}}$	Schädigung ohne Auswirkung auf die Überlebenschance
$S_{\text{mÜW}}$	Schädigung mit Auswirkung auf die Überlebenschance
ÜW	Überlebenschance
$ÜW_{\text{s}}$	Schicksalhaft gegebene Überlebenschance ohne bzw. vor medizinischer Hilfeleistung
$ÜW_{\text{m}}$	Überlebenschance mit bzw. nach medizinischer Hilfe
K_{mW}	Kombinationen mit Wiederholung
r	Korrelationsfaktor
bspw.	beispielsweise
bzgl.	bezüglich
d.A.	der Autor; Ergänzungen von Zitaten durch den Autor, wo nötig
d.h.	das heißt
ebd.	ebendort, an selbiger Literaturstelle
ggf.	gegebenenfalls
i.e.	id est; d.h.; das heißt
i.S.v.	im Sinne von
i.w.S.	im weitesten Sinne
m.E.	meines Erachtens
NE	Nikomachische Ethik des Aristoteles
o.D.	ohne Datum; Literatur ohne Angabe des Erscheinungsjahres
o.S.	ohne Seitenangabe
sog.	sogenannte/r/s
u.a.	unter anderem
z.T.	zum Teil

Augsburger Allgemeine

UNABHÄNGIGE ÜBERPARTEILICHE TAGESZEITUNG

Mittwoch, 12. September 2001
www.augsburger-allgemeine.de

Redaktion: (0821) 777-0
Telefax: (0821) 794471
redaktion@augburger-allgemeine.de

Anzeigen: (0821) 777-2500
Telefax: (0821) 777-2585
anzeigen@augburger-allgemeine.de

Abo-Service: (0821) 777-2323
Telefax: (0821) 777-2344
vertrieb@augburger-allgemeine.de

Preis: 1,70 DM
Ausgabe A - Nr. 210 - 57./150. Jahrgang

Terror-Angriff auf Amerika

Tausende Tote in New York – World Trade Center eingestürzt – Auch Pentagon in Flammen

Entführte Flugzeuge rasen in Bürotürme

USA in tiefem Schock
Weltweites Entsetzen

Von unserem Korrespondenten
Markus Günther

New York/Washington/Kabul Die schrecklichsten Terroranschläge der Geschichte haben am Dienstag die Supermacht USA in einen Ausnahmezustand gestürzt und vermutlich Tausende von Menschenleben gekostet. Mit entführten Passagierflugzeugen brachten Selbstmordattentäter zunächst das New Yorker World Trade Center zum Einsturz. In Washington wurden das Verteidigungsministerium und das Außenministerium mit einem ebenfalls gekidnappten Flugzeug und einer Autobombe angegriffen. Eine vierte Maschine mit 45 Passagieren stürzte bei Pittsburgh ab.

Die Anschläge lösten weltweit Entsetzen und verschärfte Sicherheitsvorkehrungen aus. US-Präsident George W. Bush, der auf einen besonders abgesicherten Luftwaffenstützpunkt in Nebraska geflohen wurde, sprach von einer „nationalen Tragödie“. Er setzte die Streitkräfte in Alarmbereitschaft. Der Flugverkehr wurde eingestellt, die Grenzen geschlossen. Aus Angst vor weiteren An-



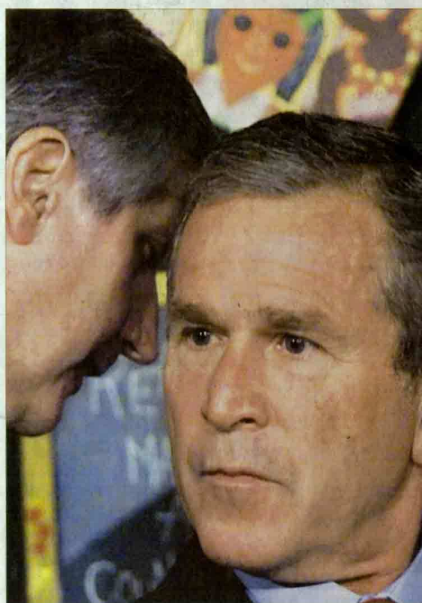
Manhattan liegt unter einer gigantischen Rauchwolke, als auch der zweite der beiden Türme des World Trade Centers in sich zusammenstürzt. Dort arbeiten täglich bis zu 50 000 Menschen.

Weitere Berichte zur Terrorkatastrophe in Amerika lesen Sie auf den Seiten 2 bis 8

schlagen stiegen F16-Kampfflugs auf, die mögliche andere entführte Flugzeuge abfangen sollten. In Washington musste selbst das Weiße Haus, der Amtssitz des Präsidenten, geräumt werden. In New York wurden auch das UN-Gebäude und die Börse, die den Handel einstellte, evakuiert.

Über die Drahtzieher der Anschläge gab es ur Spekulationen. Der Nationale Sicherheitsrat der USA äußerte aber den Verdacht, dass der saudische Multimillionär und Terroristenführer Osama bin Laden dahinterstecken könnte. Radikale Palästinensergruppen bestritten jede Beteiligung an den Terrorakten. Schockiert verfolgten Millionen Menschen auf der ganzen Welt die Bilder von den Anschlägen live auf ihren Fernsehern. Innerhalb von 18 Minuten rasten am Morgen (Ortszeit, etwa 15 Uhr MESZ) zwei Passagierflugzeuge

ins World Trade Center in New York. Das Symbol der Finanzmacht USA auf Manhattan mit den beiden 110 Stockwerke (411 Meter) hohen Zwillingstürmen ging in Rauch und Flammen auf und stürzte etwa 60 Minuten später in sich zusammen. Stunden danach brach auch ein Nebengebäude (47 Stockwerke) ein. Wie viele Menschen die Terroristen mit in den Tod rissen, war bis Mitternacht (MESZ) noch unklar. Die Behörden rechneten mit Tausenden von Toten. In den Flugzeugen starben 266 Menschen. In Washington rante eine Maschine ins Verteidigungsministerium (Pentagon). Kurze Zeit später stürzte bei Pittsburgh (Pennsylvania) eine vierte Passagiermaschine ab. Sie sollte vermutlich Camp David treffen, den Feriensitz des Präsidenten. In der afghanischen Hauptstadt Kabul gab es in der Nacht zum Mittwoch mehrere Explosionen, so der US-Fernsehsender CNN. Es wurde spekuliert, dass es sich dabei um einen US-Vergeltungsschlag handelt. Dies wies die US-Regierung laut dem Sender n-tv zurück.



Tiefe Bestürzung bei US-Präsident George W. Bush: In diesem Moment informiert ihn sein Stabschef Andrew Card über die Terroranschläge. Jetzt muss er entscheiden, wie die Vereinigten Staaten auf die Wahnsinnsataten reagieren sollen.

„Krieg gegen die gesamte zivilisierte Welt“ Schöder: Deutschland steht fest an Seite der USA

Berlin (dpa) Bundeskanzler Schröder verurteilte die Terroranschläge als „Kriegserklärung gegen die gesamte zivilisierte Welt“. Wer diesen Terror unterstütze, verstöße gegen die Gesetze der zivilisierten Welt, sagte Schröder nach der Sitzung des Bundessicherheitsrates am Dienstagabend in Berlin. Der Kanzler sagte bis auf weiteres alle geplanten Reisen ab. Deutschland stehe in dieser Situation fest an der Seite der USA, sagte der Kanzler, der eine breite Solidarität auf europäischer Ebene mit den Vereinigten Staaten organisieren will.

Auch Bundespräsident Rau und Außenminister Fischer reagierten entsetzt. Rau schrieb an US-Präsident Bush: „Was in New York und Washington geschehen ist, ist unfassbar.“ Russlands Präsident Putin äußerte sich tief erschüttert über die „schreckliche Tragödie“. „Die Serie barbarischer Terrorakte gegen unschuldige Menschen ruft auch bei uns Entrüstung und Empörung hervor“, telegrafierte Putin an Bush. Israels Verteidigungsminister Ben-Elieser machte indirekt islamische Extremisten für die Anschläge verantwortlich. Er sprach von einer „Bedrohung für die Welt“.

Die Nato versicherte die USA ihrer uneingeschränkten Solidarität. Nach einer Sondersitzung des Nordatlantischen erklärte Nato-Generalsekretär Robertson: „Die barbarischen Anschläge auf die Demokratie zeigen einmal mehr, dass wir dringend eine internationale Gemeinschaft brauchen, die mit vereinten Kräften gegen die Geißel des Terrorismus vorgeht“.



In panischer Angst fliehen die Menschen in New York vor dem flammenden inferno des einstürzenden World Trade Center. Vermutlich Tausende von Menschen hatten keine Chance mehr, der Katastrophe zu entkommen. Bilder: ap/dpa



In der Welt um uns herum haben wir einschneidende Veränderungen erlebt. Der 11. September hat gezeigt, dass diese Welt komplexer geworden ist und dass sie stärkeren und akuterem Bedrohungen ausgesetzt ist, als wir befürchtet hatten. ... Wir müssen darauf gefasst sein, dass die Bedrohungen künftig in neuen Kombinationen auftreten können: Terrorismus, der aus anhaltenden regionalen Konflikten Kapital schlägt; kriminelle Vereinigungen, die sich Massenvernichtungswaffen beschaffen, sei es durch Diebstahl oder die Zusammenarbeit mit Schurkenstaaten oder dadurch dass sie den Zusammenbruch staatlicher Strukturen nutzen; Fundamentalisten, die mit Cyberterroristen und internationalen kriminellen Vereinigungen gemeinsame Sache machen.

Javier Solana,

Hoher Vertreter der Europäischen Union für die Gemeinsame Außen- und Sicherheitspolitik, Berlin, 12.11.2003 [Solana 2003, o.S.]

DER SPIEGEL

Nr. 1/3.1.05
Deutschland: 3,00 €



PRINTED
IN GERMANY

Ungarn Ft. 1.140,-
Zypern Z\$ 2,85

Spanien / Österreich € 4,20
Thailand Baht 130,-
Tschechien Republik Kč 145,-
Türkei TL 8.500.000,- (Tl. 8,5)

Schweden skr 42,-
Slowakei Sk 185,-
Slowenien SIT 950,-
Spanien € 4,-

Japan Yen 1.175,-
Norwegen skr 42,-
Polen (ISSN 00387422) Zl. 10,40
Portugal (cont.) € 4,-

Osterreich € 4,20
Großbritannien £ 3,10
Hongkong HK\$ 50,-
Italien € 4,-

Norwegen € 4,50
Dänemark skr 35,-
Finnland € 5,40
Frankreich € 4,-

Österreich € 3,20
Schweiz sfr 5,50



Die Todeswelle

www.spiegel.de

1. Einleitung

1.1. Der Mensch in der Auseinandersetzung mit Katastrophen

Katastrophen bedrohen den Menschen seit seiner Existenz. Bereits im Ersten Buch Mose des Alten Testaments wird von einer Sintflut erzählt, in der „alles Fleisch unter[ging], das sich auf Erden regte, an Vögeln, an Vieh, an wildem Getier und an allem, was da wimmelte auf Erden, und alle Menschen“ [Altes Testament, Genesis 7,21]. Die Flutkatastrophe von Südostasien 2004 zeigte, welch unermessliches Ausmaß auch in unseren Tagen eine oftmals für unwahrscheinlich gehaltene Naturkatastrophe annehmen kann. Ihr bislang noch zugeschriebener Seltenheitscharakter schwindet, erinnert man sich an den gerade acht Monate später aufgetretenen Hurrikane „Katrina“, welcher den Süden Amerikas heimsuchte.

Den Naturkatastrophen, sei es in Form von Erdbeben oder Überschwemmungen, stehen Umwelt- und Sekundärkatastrophen, wie Seuchen und Hungersnöte, gegenüber. Die Häufigkeit von Naturkatastrophen blieb über die Zeit hinweg weitestgehend konstant, doch nehmen in jüngster Vergangenheit Zivilisationskatastrophen, Umweltkatastrophen und Kriegshandlungen tendenziell zu - Katastrophen also, die durch Menschenhand verursacht werden. [Kirchhoff 1984b; Lang 2002]

Der Begriff „Katastrophe“ wird am treffendsten in §1 des Katastrophenschutzgesetzes des Landes Brandenburg (BbgKatSG) vom 11.10.1996 in der Fassung vom 28.06.1999 [BbgKatSG 1996 / 1999, o.S.] beschrieben:

Katastrophen im Sinne dieses Gesetzes sind Naturereignisse oder durch Mensch oder Technik verursachte Ereignisse, die eine Beeinträchtigung oder unmittelbare Gefährdung von Leben oder Gesundheit einer Vielzahl von Menschen, erheblicher Sachwerte, lebensnotwendiger Unterkünfte oder der Versorgung der Bevölkerung bedeuten und dabei zugleich erhebliche Störungen oder unmittelbare Gefährdungen der öffentlichen Sicherheit oder Ordnung verursachen, durch Kräfte des Rettungsdienstes und der Feuerwehr und trotz Nachbarschaftshilfe nicht in angemessener Zeit beseitigt werden können und den Einsatz der Einheiten und Einrichtungen des Katastrophenschutzes unter einheitlicher Führung erfordern.

Katastrophen empfindet der Mensch als einen „Einbruch des Fremden“. [Clausen 1980, S. 19] In der Konfrontation mit derartigen Krisen erfährt der Mensch seine Verwundbarkeit und Endlichkeit. Dem Bestreben zufolge, sich gegen diese Schicksalsschläge zu wehren, werden Vorkehrungen getroffen, welche das Aufkommen von Katastrophen einerseits und

deren Auswirkungen andererseits minimieren sollen. Zu letzterem kann die Katastrophenmedizin gezählt werden.

Dennoch, der Mensch stößt in Katastrophensituationen allein schon per definitionem an die Grenzen seiner Möglichkeiten. Er erfährt seine Unvollkommenheit, seine Unzulänglichkeit, ja letztlich seine Ohnmacht. Mehr noch, der Hilflosigkeit auf der einen Seite stehen starke Emotionen wie Trauer, Schmerz und Unfassbarkeit auf der anderen Seite gegenüber. Es erhebt sich die unbeantwortete Frage nach dem ‚Warum?‘

In der Antike ließ sich eben diese Frage meist noch mit einem Hinweis auf den Willen der Götter beantworten. Er war Letztbegründung für das Auftreten der Katastrophen, bedingt durch deren eigenes, göttliches Zwistverhalten oder aber ein vermeintliches Fehlverhalten der Menschen den Göttern gegenüber. Poseidon beispielsweise lässt Odysseus Schiffbruch erleiden, erzürnt über die Entscheidung der olympischen Götter, ihn von Kalypso gehen zu lassen [Homer, Odyssee, Fünfter Gesang, V291-367, S. 67-69]:

Also sprach er, versammelte Wolken, und regte das Meer auf
Mit dem erhobenen Dreizack; rief itzt allen Orkanen,
aller Enden zu toben, verhüllt' in dicke Gewölke
Meer und Erde zugleich; und dem düstern Himmel entsank Nacht.

...

Also sprach er; da schlug die entsetzliche Woge von oben
Hochherdrohend herab, daß im Wirbel das Floß sich herumriß;
Weithin warf ihn der Schwung des erschütterten Floßes und raubte
Ihm aus den Händen das Steuer; und mit einmal stürzte der Mastbaum
Krachend hinab von der Wut der fürchterlich sausenden Windsbraut.
Weithin flog in die Wogen die Stang' und das flatternde Segel.
Lange blieb er untergetaucht, und strebte vergebens,
Unter der ungestüm rollenden Flut sich empor zu schwingen;
Denn ihn beschwerten die Kleider, die ihm Kalypso geschenket.

...

Als er solche Gedanken im zweifelnden Herzen bewegte,
Siehe, da sandte Poseidon, der Erdumstürmer, ein hohes
Steiles schreckliches Wassergebirg; und es stürzt' auf ihn nieder.

Wir, die wir den Schritt vom Mythos zum Logos geschafft haben und oftmals Bescheid wissen über die Hintergründe und den Hergang von Katastrophen, finden nur schwerlich eine Antwort auf die Frage nach dem ‚Warum?‘. Eine Menschheit, die sich anmaßt, nahezu alles zu beherrschen, wird mit einem Grenzbereich des Lebens konfrontiert, der sie selbst beherrscht. Die Rede ist hierbei nicht allein von unvermeidbaren Naturkatastrophen oder unvorhergesehenen Zivilisationskatastrophen, sondern auch von geplanten und bewusst von Menschen herbeigeführten Kriegen und Terrorakten. Die Begründung für solch

rein menschliches Handeln kann nicht mehr der Einfachheit halber dem Willen antiker Götter zugeschrieben werden. Der Mensch muss diese Gründe in der Auseinandersetzung mit sich selbst suchen.

1.2. Vom Wandel der Kriege

Der Krieg dürfte die älteste Form der vom Menschen verursachten Katastrophe sein. Die Feindseligkeit der menschlichen Gattung wurde vom römischen Komödiendichter Plautus (ca. 250 - 184 v. Chr.) treffend mit dem Satz: „homo homini lupus“ [Rehfeld 2003, o.S.] beschrieben und später von Thomas Hobbes aufgegriffen, welcher vom „bellum omnium contra omnes“ spricht [Zoglauer 2003, S. 3]. Gerade in den letzten Jahrzehnten stieg die Anzahl kriegerischer Auseinandersetzungen stetig an. Alleine seit dem Ende des Zweiten Weltkrieges ließ sich bis in die 1990er Jahre eine Zunahme der weltweiten Kriegsbelastung von etwa einem laufenden Krieg pro Jahr beobachten. Dabei forderten die gegenwärtig noch andauernden Gewaltkonflikte nach vorsichtigen Schätzungen bisher mehr als 6,7 Millionen Todesopfer und noch mehr Verwundete. Bei einem generellen Rückgang industriestaatlicher Auseinandersetzungen verlagern sich die Kriege fast vollständig in die Peripherie, so dass die Dritte Welt mehr und mehr mit sich selbst im Krieg liegt. Industriestaaten greifen hierbei in relativ hohem Maße von außen in dieses Kriegsgeschehen ein. [Wilke et al. 1997] Hierbei ist die besitzergreifende Intervention der Big-Stick-, sezessionistischen und humanitären Intervention gewichen. [Schmidt 1995] Militärische Zwangsmittel unter Nutzung hoch technologischer Waffensysteme werden zum Schutz und Wohl fremder Menschen auf fremden Territorien eingesetzt.

Entscheidend ist nicht mehr der Kampf einzelner Soldaten gegeneinander, sondern vielmehr eine militärische Überlegenheit durch die Nutzung des technologischen Vorsprungs in Ausrüstung und Kampfdoktrin einer begrenzten Zahl von Soldaten. Konzepte wie das „Digitale Schlachtfeld“ oder der „Robo-Soldier“ haben Hochkonjunktur. „Intelligente Waffen“, „elektronische Kriegsführung“ und „Führungs- und Kontrollsysteme“ sind Schlagworte des modernen Krieges. Moderne Waffensysteme sind inzwischen nicht mehr nur todbringende Einzelsysteme, sondern eingebunden in komplexe, elektronische Kommando-, Kontroll- und Führungssysteme. Hochtechnologie spielt hierbei die Rolle eines „Streitkräfteverstärkers“ oder eines „Kampfkraft-Vervielfachers“. [Neuneck 1994] „In einem etwa 10-jährigen Rhythmus, [kann man] eine vollständige und kontinuierliche Erneuerung der gesamten Waffentechnik beobachten, und manches spricht dafür, daß dieser Effekt noch intensiver wird, nur begrenzt durch z.T. enorme Entwicklungszeiten für moderne Waffensysteme, ...“ [Nietzsch 1987, o.S.] Diese neuen Waffen sollen uns die „Illusion von einem klinisch sauberen Krieg“ vermitteln. Bilder, die im Fernsehen wie in einem Compu-

terspiel erscheinen, Raketen, welche als helle Punkte dargestellt genaue Treffer auf angeblich militärische Ziele landen. Doch was diese Treffer tatsächlich anrichten, sehen wir nur in Ausnahmefällen. [Schnack 2003; Neuneck 1994]

Neben Art und Technik der Waffensysteme wandelte sich auch der Typus kriegerischer Auseinandersetzungen. Noch bis ins 20. Jahrhundert beherrschte der „klassisch“ zwischenstaatliche Konflikt mit sich feindlich gegenüberstehenden Konfliktpartnern das Kriegsgeschehen. Die Ursachen waren meist politisch-staatliche Motive und „idealtypisch gesprochen kämpfte der Soldat im klassischen Kriege für eine Kriegspartei, seinen Staat oder sein Vaterland, um deren Interessen durchzusetzen oder deren Grenzen zu sichern sowie deren Territorium und Bevölkerung zu schützen, und um über die gegnerische Partei einen Sieg zu erringen“ [Matthies 2003b, S. 11]. Diese Kriege wurden mit regulären Streitkräften und komplexen Waffensystemen nach bestimmten Regeln geführt und orientierten sich an staatlich-politischen Zwecken und Zielen. Staat, Armee und Volk standen in kohärentem politisch-organisatorischem Gesamtzusammenhang [Matthies 2003b], ein Volk befand sich entweder im Krieg oder im Frieden. Doch

Kriege konventioneller Art gibt es nicht mehr. [SZ 2003, o.S.]

„Der klassische Krieg, wie wir ihn aus der europäischen Militärgeschichte kennen, ist im Verschwinden begriffen und eine neue Form politischer Gewalt ist im Entstehen, von der noch nicht klar ist, ob sie noch Krieg ist, oder schon etwas anderes, ein gefärbtes Chamäleon oder bereits ein anderes Wesen.“ [Daase 2002, S. 6] Um die Wende vom 20. zum 21. Jahrhundert vollzog sich verschiedenen Studien zufolge ein fundamentaler Formenwandel kriegerischer Gewalt. [Matthies 2003a] Das Ereignis „Krieg“ transformierte sich in dezentralisierte, transnationale und schwer in seinen Organisationsmustern zu diagnostizierende Gewaltereignisse. [Lock 2002] Aus den „klassisch“ zwischenstaatlichen Auseinandersetzungen wurden innerstaatliche Bürgerkriege und schließlich substaatliche Konflikte. Der Begriff des „Neuen Krieges“ kam auf, welcher seine Ursachen neben politisch-gesellschaftlichen Problemen und sozialen und strukturellen Ungleichgewichten wesentlich in der Unzufriedenheit unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen und der rein materiellen Gier findet. Hauptmerkmale sind „Entstaatlichung“ oder „Privatisierung“ und „Ökonomisierung“ oder „Kommerzialisierung“ des Krieges. [Matthies 2003a] Kriegsführende Nationen werden somit zunehmend ersetzt durch substaatliche Akteure, die als „Gewaltunternehmer“ ein finanzielles Interesse an langdauernden Konflikten auf niedriger Eskalationsstufe haben. [Witkowski 2001] Die neuen Kriege sind damit nicht mehr eine Fortsetzung der Politik, sie werden entpolitisiert zum Selbstzweck und sind vielmehr eine „Fortsetzung der Ökonomie mit anderen Mitteln“ [Matthies 2003a, S. 8].

Kennzeichnend für die „neue“ Art des Krieges ist ihre „Regellosigkeit“, „Enthebung“, „Entzivilisierung“ oder „Barbarisierung“. [Matthies 2003a] Solche privaten Kriege führten zu einer Renaissance soldatischer Gewalt gegen die Zivilbevölkerung, die mit dem Aufbau stehender nationaler Heere nach Ende des 30jährigen Krieges durch Sanktionsdrohung unterbunden worden war.

In diesen Konflikten wird eine Gewalt angewendet, die keine Regeln der Selbstbegrenzung mehr anzuerkennen scheint. Die Bestimmungen der Genfer Konventionen von 1949 und der Zusatzprotokolle von 1977 werden mit offenbar zunehmender Rücksichtslosigkeit verletzt. Der Schutz der „Zivilbevölkerung“ ist nicht gewährleistet, sie wird z.T. gezielt in das Kriegsgeschehen einbezogen. [Brock et al. 1994, S. 383]

Zivilisten sind in der Regel die ersten Opfer militärischer Auseinandersetzungen. [Hartwig 2002] Dabei wächst der Anteil getöteter Zivilpersonen im Verhältnis zu den gefallenen Soldaten immer mehr an. In der Literatur werden zwischen 35 und 60% der Opfer (an mancher Stelle sogar bis 80%) den Zivilisten zugerechnet. [Meddings 2001] Beim Einsatz vieler Waffen kann nicht mehr zwischen Militär und Zivilisten unterschieden werden. [Wilke et al. 1997] Ferner leidet die Zivilbevölkerung unter der Verschlechterung von Hygienebedingungen mit Auftreten von Infektionskrankheiten; auch psychologische Effekte wie Vertreibung und Zerrüttung von Familien sind zu berücksichtigen. [Meddings 2001] „Es gibt keinen rein militärischen Konflikt“ mehr. [Hartwig 2002, S. 32] Plünderung, Brandschatzung und die Sexualisierung von Kriegshandlungen (Vergewaltigung und Schändung des besiegten Gegners) beherrschen wieder die Szene. [Witkowski 2001] Es handelt sich nicht mehr um eine Auseinandersetzung verfeindeter Kombattanten, die Unterscheidung zwischen Kombattant und Nicht-Kombattant verschwindet. Zudem zielen manche Strategien gerade auf die Zivilbevölkerung ab, um die Kampfmoral der Gegner zu schwächen. [Wilke et al. 1997] Übergriffe auf zivile Hilfsorganisationen oder Krankenhäuser sind nicht selten [Ärzte ohne Grenzen 2004], Zivilisten werden terrorisiert und immer mehr Massaker an der Zivilbevölkerung sind Wirklichkeit geworden. [Matthies 2003a]

Seit den terroristischen Anschlägen vom 11. September 2001 erfolgt nun teilweise eine Verknüpfung der Debatte über die „neuen Kriege“ mit der über den internationalen Terrorismus. [Matthies 2003a] Dabei stehen den Gewaltakteuren nicht nur hochtechnische Waffen, sondern auch Massenvernichtungswaffen zur Verfügung, welche in großer Menge günstig hergestellt werden können. „B-Waffen oder auch C-Waffen ... gelten als die „Atombombe des kleinen Mannes“, die, weil relativ leicht und mit technisch nicht sehr aufwendigen Mitteln herstellbar in der Hand auch von Terrorgruppen zu schrecklichen Vernichtungsinstrumenten würden.“ [Moniac 2001, S. 5] Neben Milzbrand eignen sich

noch fast 50 weitere Erreger für den Einsatz als Biowaffen. Zwölf davon, das „dreieckige Dutzend“, sind besonders gefährlich [Müller 2001a; Müller 2001b]. Vollständiger Schutz ist nicht denkbar.

Der Terrorismus dieser neuen, bislang ungeahnten Dimension wird zur neuen Waffe eines nicht vorstellbaren Kriegs. Die neue Art des Kriegs, in dem keine Regeln mehr gelten, vielmehr die Terroristen es sich zum Ziel setzen, gegen alle Regeln der Zivilisation zu agieren, ... [Moniac 2001, S. 4]

Die Kategorien sind zerstört. Die Bilder im Kopf, die Vorstellungen von Sicherheit und Ordnung, von ein für allemal geklärten historischen Verhältnissen sind zerbrochen. ... Es geht nicht mehr um Territorien oder Ressourcen, es gibt keinen erklärten Krieg, keinen benennbaren Feind, keine Armeen. ... die Krise fiel buchstäblich vom Himmel, der Feind ist nirgends, und er ist überall [Graff 2001, o.S.]

1.3. Ziele der Arbeit

Die aktuellen Ereignisse zeigen, dass bislang unvorstellbare Katastrophenereignisse, wie die Flutkatastrophe in Südostasien mit annähernd 150000 Toten, Realität werden können. Gleichzeitig nimmt die Zahl der Kriege zu. Unter Berücksichtigung einer veränderten Bedrohungslage sind die Variationsmöglichkeiten für kriegerische Auseinandersetzungen bzw. terroristische Übergriffe nahezu unerschöpflich. Trotz einer Verlagerung der Kriege in die Dritte Welt bleiben die Industrienationen im Rahmen humanitärer, friedenserhaltender und friedensschaffender Einsätze involviert. Neben einer Tendenz weg von zwischenstaatlichen Auseinandersetzungen hin zu innerstaatlichen und substaatlichen Konflikten führen internationaler Terrorismus, die Verwendung von Massenvernichtungswaffen und organisierte Kriminalität zu einer Regellosigkeit der Konfliktaustragung unter Einbeziehung der Zivilbevölkerung. Die Grenze zwischen Militär und Zivilem, zwischen Krieg und Frieden verschwimmt. Unsicherheit und Bedrohung sind omnipräsent - sie betreffen uns alle.

Die vorliegende Arbeit hat bei wachsender Aktualität zum Ziel, die ethischen Aspekte einer Krisenmedizin im Sinne eines „Vor-Denkens“ näher zu beleuchten, um das „Nach-Denken“ in Entscheidungssituationen auf das Wesentliche beschränken zu können. „Es ist bezeichnend, daß gerade in Zeiten beschränkter Mittel die Ethik in der Medizin an Bedeutung gewinnt.“ [Engelhardt o.D., o.S.] Dabei sehen sich Ärzte mehr und mehr in ethischen Grenzsituationen. Eine ethische Reflexion soll hier die gegebene Selbstverständ-

lichkeit kurz unterbrechen, kritisch hinterfragen und schließlich wieder in einer bewussteren Selbstverständlichkeit enden - ein Prozess der nie für abgeschlossen gehalten werden kann, da sich Ethik mit ihrem Kontext ändert.¹

Die Krisenmedizin sieht sich derzeit deutlich höheren Anforderungen wie völlig neuen Herausforderungen gegenübergestellt. [Seeger 2002] Dabei zeigt sich eine zunehmende Verzahnung der Wirkungsbereiche von Wehr- und Katastrophenmedizin. Die zivile Katastrophenmedizin unterstützt gerade im Rahmen humanitärer Hilfeleistungen militärische Einsätze und ist zugleich feindlichen An- und Übergriffen ausgesetzt [Ärzte ohne Grenzen 2004; Fink 2000]. Andererseits kann die Wehrmedizin unserer Tage kaum mehr mit einer historischen Kriegsmedizin verglichen werden.

Aus diesem Grund werden zunächst Katastrophen- und Militärmedizin in ihrem geschichtlichen Zusammenhang dargestellt. Die sich anschließende philosophische Betrachtung soll die Konzeption einer krisenmedizinischen Ethik unter Berücksichtigung dreier zentraler Dilemmata versuchen. Allokationsverfahren zur Verteilung lebenswichtiger, jedoch begrenzter Ressourcen werden mit den ihnen zugrundeliegenden Zielen und Prinzipien für zivile Krisensituationen diskutiert und einem vergleichbaren Vorgehen bei militärischen Auseinandersetzungen gegenübergestellt. Ferner soll eine gerade vom Militär praktizierte Instrumentalisierung der Medizin kritisch hinterfragt und die Doppelloyalität des Sanitätsoffiziers analysiert werden, bevor abschließend eine Lösungsstrategie zum Umgang mit medizinethischen Dilemmata in zivilen wie militärischen Krisensituationen entwickelt wird.

¹ Ich möchte in der folgenden Betrachtung von einer subjektivistischen Ethiktheorie ausgehen.

2. Katastrophenmedizin und Triage

Der Begriff ‚Katastrophenmedizin‘ tauchte in Deutschland erstmals Ende der 1970er Jahre auf [Schieferstein 1987]. Zahlreiche Artikel erschienen diesbezüglich in medizinischen Fachzeitschriften, während in Mainz vom 03.09. bis 03.10.1977 der erste ‚Internationale Kongress über Katastrophenmedizin‘ stattfand. [Lautenegger 1977; Daerr 1977] Am 29.07.1980 wurde schließlich die „Deutsche Gesellschaft für Katastrophenmedizin“ gegründet. Seit Anfang 1980 waren Bundesregierung und Ärztekammern bestrebt, dieses neue Fachgebiet zu etablieren, was, wie Kritiker der Katastrophenmedizin behaupten, klar in zeitlichem Zusammenhang zum NATO-Nachrüstungsbeschluss vom 12.12.1979 und den Bemühungen zum Ausbau des Zivilschutzes stehen soll. [Goltermann 1987]

1982 wurde vom Bundesinnenministerium der erste „Leitfaden für die ärztliche Versorgung im Katastrophenfall“ herausgegeben, welcher 2002 in seiner 2. Auflage erschien. In dieser Neuauflage versucht Johann W. Weidringer eine Definition des Fachgebiets [Weidringer 2002, S. 25]:

Die Katastrophenmedizin widmet sich einer Teilaufgabe im Gesamtkonzept des Schutzes der Bevölkerung vor unversehens eintretenden Großschäden und Katastrophen, die örtlich oder räumlich derart nachhaltige Schäden verursachen, dass die Lebensgrundlagen zahlreicher Menschen gefährdet oder zerstört sind. ... Katastrophenmedizin zu betreiben ist Ausdruck für die ethisch begründete Bereitschaft und Verpflichtung des Arztes, Verletzten, Kranken oder anderweitig gesundheitlich Geschädigten auch dann nach besten Kräften zu helfen, wenn die Zahl der Opfer es nicht erlaubt, jeden Betroffenen so bald und so umfassend zu behandeln, wie dies der Eid des Hippokrates dem Arzt auferlegt. Der Arzt hat zu jeder Zeit, gegebenenfalls auch im Widerstreit gegen Versuche von Nicht-Ärzten zur Einflussnahme auf sein Handeln, die Pflicht, Leben zu retten, Leiden zu lindern und die Gesundheit wieder herzustellen.

Großschadensfälle werden hier nach DIN 13050 beschrieben als

ein Notfall im Rettungsdienst mit einer größeren Anzahl von Verletzten, Erkrankten oder anderen Geschädigten und Betroffenen mit Versorgungserfordernissen oberhalb der regulären Vorhaltung durch den Rettungsdienst,

Katastrophen als

ein Schadensereignis mit einer Zerstörung der örtlichen Infrastruktur. Es kann mit den Mitteln und Einsatzstrukturen des Rettungsdienstes alleine nicht bewältigt werden.

Der Unterschied zwischen Katastrophe und Großschadensereignis bzw. ‚Massenanfall von Verletzten oder Erkrankten‘ (MANV) liegt wesentlich im Zustand der Infrastruktur. [Stehle 1992] Beim Massenanfall oder Großschadensereignis handelt es sich um ein zeitlich und räumlich begrenztes Ereignis, welches im Gegensatz zur Katastrophe bei eingeschränkter oder erhaltener Infrastruktur vom Sanitäts- oder Rettungsdienst bewältigt werden kann. [Sefrin 1991] Das Missverhältnis zwischen Verletzten und Hilfskräften wird hier insbesondere zu Beginn der Rettungsaktion durch die ungenügende Anzahl qualifizierter Helfer mit unzureichender Ausrüstung bestimmt. [Lang 2002] Beim MANV kann allein in dieser Initialphase eine optimale Erstversorgung und Akutbehandlung aller Patienten oft nicht gewährleistet werden. [Goltermann 1987] Bei der Katastrophe hingegen findet sich eine teilweise oder total zerstörte Infrastruktur, welche für einen längeren, ungewissen Zeitraum das Missverhältnis zwischen Verletzten und Rettungskräften sowie die Limitation der Ressourcen aufrecht erhält. Daher muss ein Übergang von notfallmedizinischer zu katastrophenmedizinischer Versorgung erfolgen, wobei letztere im Gegensatz zur erlernten und gewohnten Individualmedizin steht.

Als wesentlicher Begründer der Katastrophenmedizin gilt Rainer Kirchhoff, welcher von einer „optimierten Massenmedizin“ spricht und 1984 den Begriff der ‚Kollektivprognose‘ prägte. „Sinn der katastrophenmedizinischen Handlungsweise ist es, ein ausreichendes Maß an medizinischer Versorgung einem möglichst großen Kollektiv zukommen zu lassen.“ [Kirchhoff 1984b, S. 15-16] Eine exakte Definition der Katastrophenmedizin scheint jedoch schwierig, „weil es deren mehrere gibt und es eher Beschreibungen sind, die wir in der Literatur finden“ [Schieferstein 1987, o.S.]. „Katastrophenmedizin ist nicht gleich Notfallmedizin“, hebt die Ärztezeitung vom 28.09.2001 hervor, wobei Prof. Peter Sefrin, Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Katastrophenmedizin, betont: „Schon die Grundeinstellung ist eine andere. ... Der Arzt muß von seinem Anspruch, Patienten optimal behandeln zu wollen, Abstand nehmen.“ [Kautz 2001, o.S.]

Da jedoch die Behandlungstechniken der Katastrophenmedizin nicht von denen der Notfallmedizin differieren [Augst 1987], liegt der wesentliche Unterschied beider ‚Fachdisziplinen‘ in deren Verfahrensprinzip. Zudem, „die ärztlichen Aspekte sind nur ein kleiner, wenn auch wichtiger Teil des Gesamtproblems“ [Rossetti 1980, S. 23] und oftmals „den Imperativen anderer gesellschaftlicher Teilsysteme untergeordnet“ [Schmidt 2004, S. 78].

Die Hilfeleistung im Rahmen der Katastrophenmedizin bedarf, anders als bei der Individualmedizin, Selektionskriterien im Sinne einer Mangelverwaltung. [Bader 2005] Mit der resultierenden Allokationsproblematik bewegen wir uns somit weg von der rein fachlich-medizinischen Ebene hin zu einer organisatorischen.

Darauf sind die Ärzte bislang kaum vorbereitet. Zwar sind sie es als Professionelle gewohnt, immer schon mehr entscheiden zu müssen, als durch ihr fachli-

ches Wissen gedeckt ist, aber auf Verteilungsprobleme ist auch die medizinische Ethik, die in anderen schwierigen Konfliktsituationen Orientierung geben soll, nicht zugeschnitten. Deren überkommene Grundsätze wie „Das Wohl des Patienten ist oberstes Gesetz“ oder „Nichts ist wichtiger, als dem Kranken keinen Schaden zuzufügen“ mögen unverzichtbare Leitlinien für die Interaktion mit schon in Behandlung befindlichen Patienten sein; bei der Entscheidung, wem eine solche überhaupt zuteil werden soll, leisten sie aber keine Hilfestellung. Wenn und soweit dennoch auf sie zurückgegriffen wird, ist das weniger ein Beweis des Gegenteils als ein Hinweis auf die Überforderung der Ärzte. [Schmidt 2004, S. 86]

Während sich die Notfallmedizin der sogenannten „Sichtung“ bedient, wird in der Katastrophenmedizin von „Triage“ gesprochen. Auch wenn bei beiden vor dem Behandlungsoptimum die Lebenserhaltung möglichst vieler den Vorrang genießt [Bader 2005], so unterscheiden sie sich doch in ihrer Prioritätensetzung. Die Notfallmedizin bedient sich der Sichtung, um möglichst schnell die Schwerstverletzten ausfindig zu machen und damit diese vorrangig zu behandeln. „Ein Vorgehen, das ... deutlich von der Triage abzugrenzen ist“. [Steinhoff 1987, S. 79] Für den Katastrophenfall und damit die Triage gilt nach Rolf Lanz: „Die ärztliche Gewohnheit, zuerst für den Schwerstverletzten zu sorgen, muß aufgegeben werden.“ [Lanz 1979, S. 93]

Wenn auch in zahlreichen Literaturstellen nicht klar zwischen den beiden Begriffen „Sichtung“ und „Triage“ differenziert wird, so denke ich dennoch, dass diese Begriffstrennung sinnvoll ist und für die weitere philosophische Betrachtung klarere Verhältnisse liefert. Ich möchte daher an einer Trennung der „notfallmedizinischen Sichtung“ von der „katastrophenmedizinischen Triage“ festhalten.

Der Triageakt wurde erstmals 1846 von Wilson beschrieben. [Dolev 1996] Der Begriff Triage leitet sich vom französischen Verb „trier“ ab, was soviel heißt wie „auswählen“ oder „auslesen“. Dieses Wort beschrieb in seiner ursprünglichen Bedeutung die Aufgabe der französischen Baumwollhändler, die gelieferte Wolle in verschiedene Qualitätskategorien einzuordnen hatten. [Eastman et. al. 1991] Ebenso wurde der Begriff im französischsprachigen Raum von Holzfällern für das Fällen ungesunder Bäume benutzt. [Neff 1980; Rutherford 1980] Einen Bedeutungswandel erfuhr der Begriff „Triage“ durch Napoleons Truppenarzt Larrey als auf den Schlachtfeldern und in den Lazaretten die Verwundeten entsprechend dem Ausmaß ihrer Verletzung und Überlebenschance sortiert wurden, so dass diejenigen vorrangig medizinische Hilfe bekamen, welche auch bald wieder ins Schlachtfeld geschickt werden konnten. [Eastman et al. 1991; Llewellyn 1992; Waldrop et al. 1997]. Später fand sich das Wort „Triage“ in der englischen Literatur wieder, als zwischen 1914 und 1918 in den USA erfahrene Sanitätsoffiziere zu sog. „triage-teams“ zusammengestellt wurden. [Rutherford 1980]. Bis 1979 war das Wort „Triage“ in

der Bundesrepublik Deutschland unbekannt. Erst 1982 bzw. 1983 erschien Triage als Lerninhalt in deutschen Chirurgie-Lehrbüchern. [Allgöwer 1982; Reifferscheid 1983] Triagesituationen sind gekennzeichnet durch einen Anfall vieler akut versorgungsbedürftiger Kranker bei unzureichenden Kapazitäten. Ziel der Triage ist es hierbei, so schnell wie möglich einen Überblick zu erhalten und besondere Verletzungen und Erkrankungen zu registrieren [Rebentisch 1986; Sefrin 1991; Stratmann 1996]. „Im Katastrophenfall stehen [daher] zu Anfang die katastrophenmedizinische Festlegung von Behandlungsprioritäten und die Organisation der Rettungsmaßnahmen. Erst dann folgt die eigentliche ... Behandlung.“ [Ekkernkamp et al. 2002, S. 79]. Die Triage wird somit zur entscheidenden Erstmaßnahme. Erst dann soll das Überleben möglichst vieler Patienten ohne Ansehen der Person gesichert werden, sie sollen vor weiteren Schäden bewahrt und durch die Herstellung der Transportfähigkeit einer zweckmäßigen, wenn möglich einer individualmedizinischen Behandlung zugeführt werden. [Weidringer 2002; Ärztekammer Niedersachsen 1982; Eberle 1980]

Das Organisationsprinzip „Triage“ beinhaltet daher eine ad hoc Auswahl der zu behandelnden Patienten bzw. die Festlegung einer Reihenfolge der Behandlung. [Schmidt 1996; Schöne-Seifert 1992] Kirchhoff fasst „unter Triage ... alle ärztlichen Maßnahmen zusammen, die geeignet sind, die Behandlungsdringlichkeit, die Transportdringlichkeit und die Überlebenschance eines Katastrophenopfers zu beurteilen“. [Kirchhoff 1984c, S. 21] Triage bedeutet somit das Sortieren in Kategorien vor- und nachrangig zu behandelnder Patienten [Lübbe 2004], „nichts anderes als das Setzen von Prioritäten“ [Schieferstein 1987, o.S.]. Ernst Rebentisch bezeichnet in der aktuellen Auflage des Leitfadens für die ärztliche Versorgung im Katastrophenfall dieses Vorgehen als eine nicht delegierbare, spezifisch ärztliche Aufgabe, da sie eine besondere Form der Ausübung der Heilkunde sein soll. [Rebentisch 2002] Diese „Notwendigkeit der Selektion bleibt in der Katastrophenmedizin die ethisch bitterste Begleiterscheinung ärztlichen Handelns“ [Rossetti 1980, S. 25].

Im Katastrophenfall werden vier Sichtungskategorien unterschieden (T1 bis T4), die in Tabelle 1 dargestellt sind. [aus: Weidringer 2002; Sefrin et al. 2003, Baumeier 2003] Die farbliche Kennzeichnung der Kategorien findet nach dem Ampelschema statt. Grau, blau oder schwarz steht für die Triagegruppe T4, Tote werden gesondert gekennzeichnet. Abbildung 1 [aus: Sefrin 1991] zeigt ein Triagedokumentationsset² mit farbcodierten Verletztenanhängekarten.

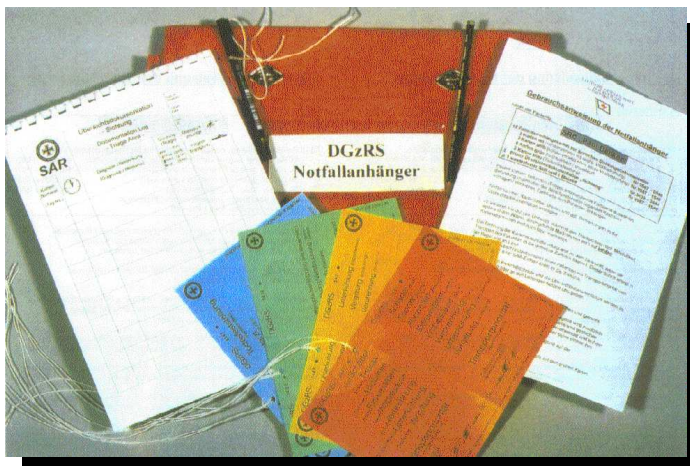
² in diesem Falle handelt es sich um ein Dokumentationssystem für die Seenotrettung der Deutschen Gesellschaft zur Rettung Schiffbrüchiger (DGzRS)

Tab. 1: Sichtungskategorien im Katastrophenfall

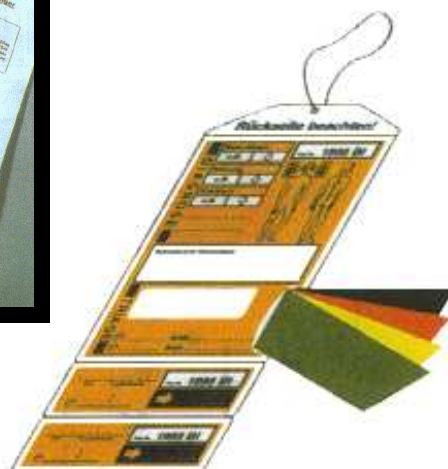
Triagekategorie	Priorität der Behandlung	Priorität des Transportes	Beispiel
T1: akute, vitale Bedrohung Behandlungspriorität (rot)	Sofortbehandlung	zunächst keine Transportfähigkeit, sobald Transportfähigkeit besteht 1. Transportpriorität	Atemstörungen, starke äußere Blutung, manifester Schock
T2: schwer verletzt/erkrankt Transportpriorität (gelb)	dringliche (<6h) oder aufgeschobene (6-24h) Behandlung	sofortige oder dringliche Transportpriorität, nach erster ärztlicher Hilfe	Perforierende Verletzungen des Rumpfes, offene Frakturen, Augenverletzungen
T3: leicht verletzt/erkrankt Verzögerte Behandlung (grün)	ambulante oder spätere Versorgung	Spättransport	Prellungen, Distorsionen, Schürfwunden
T4: geringe oder keine Überlebenschance Abwartende Behandlung (grau, blau od. schwarz)	abwartende Behandlung, Betreuung, Schmerztherapie	abwartend	schwere Polytraumen

Abb. 1 a: Triagedokumentationsset

b: Verletztenanhängekarte



a



b

Abb. 1 c: Farbcodierte Einsteckkarte (Beispiel mit Vorder- und Rückseite)

The image shows the front side of a DGzRS (German Triage and Documentation System) card. It is a vertical form with an orange background. At the top, it is labeled 'DGzRS-' on both sides. The main body consists of a series of horizontal boxes for recording vital signs and injuries, with anatomical diagrams on the left and right sides. The categories are: Schädel (skull), Thorax (thorax), Abdomen (abdomen), Extremitäten (limbs), Wirbelsäule (spine), Verbrennung (burn), Unterkühlung (hypothermia), and Vergiftung (poisoning). Below these is a section for 'Transportpriorität (urgent transport)' and 'Zielkrankenhaus (selected hospital)'. At the bottom, there are two 'Doc' (documentation) boxes and a status indicator 'schwerverletzt, mit akuter Vitalbedrohung' (severely injured, with acute vital threat).

The image shows the back side of the DGzRS card. It contains a detailed medication and treatment log. The categories include: Intubation, Thoraxdrainage (chest drain), crystalloids (ml), colloids (ml), fentanyl (mg), ketamin (mg), tramadol (mg), diazepam (mg), prednisolon (mg), Reposition (resetting), Verband (dressing), Blutstillung (stop of bleeding), Bemerkungen (remarks), and Kreislauf stabil (circulation stable). Each category has a grid of boxes for recording the amount, time, and other details. At the bottom, there are fields for 'Name: (name)' and 'Adresse: (address)' for both the patient and the provider.

„Die Legitimation der Triage ... beruht ... maßgeblich auf ihrem Ausnahmecharakter und ihrer Abgrenzung vom medizinischen Normalbetrieb.“ [Schmidt 2004, S. 78] Das zugrundeliegende Prinzip ist utilitaristisch, wobei „die Behandlungspriorität ... zugunsten der weniger schwer Verletzten mit „besserer Überlebenschance“ verschoben [wird]“ [Goltermann 1987, S. 16]. „Nicht der Schwerverwundete in akuter Lebensgefahr und nicht der Leichtverwundete ... haben Vorrang, sondern der Verwundete, dessen Leben und Gesundheit zu retten sind, wenn er bald in fachärztliche Behandlung kommt.“ [Wachsmuth et al. 1980, S. 333] Leichtverletzte sollen sich selbst behandeln, „Hoffnungslose“ isoliert werden. Nur Verletzte mit Überlebenschancen sollten mit den begrenzt zur Verfügung stehenden Mitteln zeitgerecht behandelt werden. [Lanz 1979] Schwerstverwundete ohne erkennbare Überlebensaussicht und Sterbende sollen nicht behandelt werden. [Wachsmuth et al. 1980]

Die eigentliche Triage erfolgt im Bereich der Patientenablage oder Rettungsstation. Die Begutachtung sollte hier maximal zwei bis drei Minuten pro Patient in Anspruch nehmen. Kirchhoff kalkuliert ca. 20 - 30 liegende Schwerverletzte oder 50 - 60 sitzende oder stehende Leichtverletzte pro Stunde. [Kirchhoff 1984c] Bei der Triage handelt es sich um einen dynamischen und kontinuierlichen Sichtungsprozess, der in Abhängigkeit des sich möglicherweise ändernden Zustandes der Patienten und den aktuell zur Verfügung stehenden Ressourcen ständig wiederholt und aktualisiert werden muss. [Kirchhoff 1984c; Sefrin 1991; Langhorst 1999; Adams 2004]

Die besondere Schwierigkeit der Triage und somit Kategorisierung von Patienten liegt sicherlich in den erschwerten äußeren Bedingungen, die über das Missverhältnis von Opferzahl und Hilfe deutlich hinausgehen. Ein Großteil der Ärzte ist sicherlich ungeübt, im Katastrophenfall den Blick weg von der Einzelperson hin zum Kollektiv wenden zu können, Entscheidungen unter enormem Zeitdruck fällen und den psychischen Belastungen bzgl. der Tragweite dieser Entscheidungen standhalten zu können. Darüber hinaus sollen die Ärzte die psychische Führung und Betreuung nicht nur der Patienten, sondern auch des Hilfspersonals übernehmen, was den Rahmen einer Notfallmedizin deutlich übersteigt. Auf der anderen Seite wird die Situation erschwert durch die Knappheit der Ressourcen, wozu Personal, technische Hilfsmittel, Medikamente und Transportkapazitäten zählen. Zu dieser Begrenztheit der diagnostisch-technischen Möglichkeiten kommt die hier so typische Unvollständigkeit der Patienteninformationen, die Komplexität der Verletzungen und oft unvorhersehbare Zustandsänderung bei Patienten mit meist reduziertem oder aufgehobenem Bewusstsein.

3. Militärmedizin - von der Geschichte bis zur Gegenwart

„Die bekannteste Katastrophe ist der Krieg“, schreibt Kirchhoff [Kirchhoff 1984b, S. 13]. Es verwundert daher nicht, dass die Ursprünge der heutigen Katastrophenmedizin mit der für sie spezifischen Triage in der Militärmedizin zu finden sind. [Moskop 1998] Die geschichtlichen Anfänge dieser Militärmedizin sind nicht eindeutig klar. „No one knows when, exactly, the concept „military medicine“ was created and integrated into the military organization.“ [Dolev 1996, S. 785]. Die erste Literaturstelle, in welcher sich Ärzte um Kriegsverletzungen kümmern, dürfte im IV. Gesang der Ilias zu finden sein [Homer, Ilias, Vierter Gesang, V185-195, V210-219], als Menelaos von einem „Geschoß eines bogenkundigen Troers“ getroffen wurde.

Nicht zum Tod hat jetzt das scharfe Geschoß mich verwundet,
Sondern mich schützte der Gurt von getriebener Pracht, und darunter
Auch die Bind' und das Blech, das Erzarbeiter gebildet.
Ihm antwortete drauf der Herrscher des Volks Agamemnon:
Möchte es doch also sein, du Geliebtester, o Menelaos!
Aber es prüfe der Arzt die blutende Wund und lege
Linderung drauf, um vielleicht die dunkle Qual zu bezähmen.
Sprachs, und rief Talthybios schnell, den göttlichen Herold:
Auf, Talthybios, eil und rufe mir schleunigst Machaon,
Ihn, Asklepios' Sohn, des unvergleichbaren Arztes,
Anzuschauen Menelaos, den streitbaren Fürsten Achaias;
...
Als sie nunmehr hinkamen, wo Atreus' Sohn Menelaos
Blutend stand, und um jenen die Edelsten alle versammelt
Rings, er selbst in der Mitte, der götterähnliche Streiter,
Zog er sofort das Geschoß aus dem festanliegenden Leibgurt;
Und wie er auszog, bogen die spritzigen Haken sich rückwärts.
Hierauf löst' er den Gurt von getriebener Pracht, und darunter
Auch die Bind' und das Blech, das Erzarbeiter gebildet.
Als er die Wund geschaut, wo das herbe Geschoß ihm hineindrang,
Sog er das quellende Blut und legt' ihm lindernde Salb' auf,
Kundig, die einst dem Vater verlieh der gewogene Cheiron.

Machaon und auch Podaleiros werden beide als heilkundige Männer und Söhne des Asklepios bezeichnet. [Homer, Ilias, Zweiter Gesang, V731-732] Entsprechend der Überlieferung sorgten sie sich nicht nur um die Wundversorgung, sondern nahmen auch aktiv am Kampfgeschehen teil. [Homer, Ilias, Elfter Gesang, V833-836]

... die Ärzte des Heers, Podaleirios und Machaon:
Einer wird im Gezelt an seiner Wunde, vermut ich,
Selber wohl jetzt bedürftig des wohlerfahrenen Arztes
Liegen; der andr' im Gefild besteht die wütende Schlacht noch.

In der griechisch-römischen Antike waren zunächst nur einzelne Ärzte Kampfeinheiten direkt zugewiesen, welche am Ende der Kampfhandlungen die Kriegsverletzten versorgten. [Dolev 1996] Sie stammten aus Griechenland oder aber es handelte sich um ärztlich ausgebildete Juden oder Ägypter. Sanitätsdienstliche Hilfskräfte, welche die römischen Legionen begleiteten, waren meist nur ungelernete Legionäre. [Busse 1990] Erst im späteren Römischen Reich etablierte sich eine "military medicine" als fester Bestandteil des Militärs und charakterisierte "a concept of total medical care of the soldier that evolved from preventive medicine to the actual lifesaving measures on the battlefield." [Dolev 1996, S. 785]

Im frühen Mittelalter, in der Zeit des Byzantinischen Reiches, dürften die ersten Feldhospitäler gegründet worden sein. Zudem kam das Konzept der sozialen Verantwortlichkeit und Fürsorge für diejenigen Familien zum Tragen, welche Kriegsoffer zu beklagen hatten. Medizinische Hilfe für den Feind gab es jedoch weder im alten Griechenland noch zur Zeit des Römischen Reiches bis hin zur Zeit der Kreuzzüge. Ziel war die komplette Vernichtung des Feindes.

Erst die als "first organized military medical officers" bezeichneten "Knight Hospitallers of St. John of Jerusalem" sorgten sich auch um feindliche Verletzte. Sie waren Mitglieder eines im 11. Jhdt. gegründeten religiösen Ordens, "warring physicians who could strike the enemy mighty blows, and yet later bind up the wounds of that same enemy along with those of their own comrades" [Sidel 1997, S. 286]. Sie waren die ersten, welche in Jerusalem ein Krankenhaus für Soldaten errichteten, welches später ihrem Schutzpatron St. Lazarus zufolge, den Namen (Militär-)Lazarett erhielt. [Groeschel 1967] Im 16. Jhdt. etablierten sie sich als der "Sovereign Order of Malta", "members of the Sovereign and Military Order of the Hospitallers St. John of Jerusalem", der sogenannte Malteserorden. [Green 1979] Die damalige Medizin konnte jedoch den Streitkräften nur begrenzt dienlich sein. [Sidel 1997]

Im ausgehenden Mittelalter bis in die Neuzeit begleiteten fast ausschließlich Feldschere die in Europa hin- und herziehenden Haufen der Landsknechte. Aus diesen Feldscheren wurden schließlich die Feldchirurgen der Kompanien und Regimenter. Von ihnen hob sich der Medicus ab. Nach medizinischem Studium und abgelegter Doktorprüfung wurde er auf die hohen militärärztlichen Posten berufen. [Busse 1990] Die Bedeutung der Militärmedizin wuchs erst im 18. Jhdt. aufgrund der rapiden Waffenentwicklung einerseits und der Fortschritte in der Medizin andererseits, als die bunt durcheinandergewürfelten Land-

knechtshaufen durch Formationen stehender Heere abgelöst wurden. [Sidel 1997; Goldschmidt o.D.]

Louis XIV, König von Frankreich und Navarra (Amtszeit 1643 - 1715), beschloss in einem Dekret 1708 einen ständigen militärmedizinischen Dienst [Green 1979] und integrierte damit den "medical service" regulär in die Truppen [Vollmar 1992]. Auch Peter der Große, „der berühmteste Wundarzt, den es je gab“, der „Barbier auf dem Zarenthron“ (Regierungszeit 1689 - 1725) veranlasste eine straffe Organisation des wehrmedizinischen Dienstes, indem er den Kommandeuren jeder Division einen Stabsarzt und einen Apotheker zuteilte. In jedem Regiment diente ein Wundarzt, in jeder Kompanie ein Bader. [Busse 1990] König Louis XV (Amtszeit 1715 - 1774) führte schließlich das Prinzip der „Neutralität“ ein, als er 1747 in der Schlacht bei Fontenoy bemerkte: "Enemy wounded should be treated in the same way as French injured because once wounded they would no longer be 'enemies'" [Gunn 1998, S. 134]. Er schaffte hiermit die Grundlage der Genfer Konventionen. Die medizinische Versorgung Verletzter beider Streitparteien wie die Stellung der Ärzte als Unparteiische war bis in die 1860er Jahre weder im öffentlichen noch im medizinischen Bewusstsein [Sidel 1997], wenn auch von den bereits vorangegangenen Jahrhunderten immer wieder Fälle gegenseitiger Versorgung von Kriegsverletzten und erste Versuche gegenseitiger Vereinbarungen geschildert wurden. [Green 1979; Vollmar 1992] Henri Dunant, ein schweizer Bänker und Geschäftsmann, erster Friedensnobelpreisträger 1901, veröffentlichte 1862 ein Buch mit dem Titel „Souvenir de Solferino“, welches seine Erfahrungen und Eindrücke während des französisch-österreichischen Krieges 1859 schildert. Die Auseinandersetzung musste derart viele Verwundete und Tote gefordert haben, so dass es ganze drei Tage dauerte, um alle Gefallenen zu begraben. [Bulletin of medical ethics 1991] Dunants Veröffentlichung war der Wegbereiter für die Gründung des Roten Kreuzes wie für die 1963 in Genf stattfindende internationale Konferenz zur Gründung eines nationalen Komitees zur Thematisierung der Militärmedizin in Kriegszeiten. [Vollmar 1992]

Die Genfer Konvention von 1864 zum Schutz der Verwundeten im Felde, an welcher insgesamt 16 europäische Staaten mitwirkten, regelte schließlich die Rechtsstellung und Neutralität des Sanitätspersonals wie ihrer Sanitätseinrichtungen für die Zeit der Krankenversorgung. Verwundete Gegner waren wie Angehörige der eigenen Truppen zu bergen, pflegen oder zurückzusenden. Die Neutralität sollte durch Schutzzeichen kenntlich gemacht werden. In einer zweiten Genfer Konvention 1868 wurden diese Beschlüsse auf Seestreitmächte ausgeweitet. Die Regeln wurden 1899 und 1907 in den Haager Friedenskonferenzen wie 1906 abermals in Genf erweitert und verbessert. Hierzu zählte u.a. die Bewaffnung des medizinischen Personals zum Zwecke der Selbst- wie Patientenverteidigung trotz ihres neutralen Status'.

Es war ein Raum inmitten des Krieges geschaffen worden, in dem das Kriegsgesetz der unbedingten Vernichtung des Gegners nicht mehr gelten sollte. Nur noch Humanität und Karitas in Gestalt von ärztlichem und pflegerischem Handeln sollte diesen Raum ausfüllen. [Grundhewer 1987, S. 36]

Es galt nicht den Krieg zu verhindern, sondern im Krieg ein möglichst großes Maß an Humanität zu bewahren. Das medizinische Personal war nur der Menschlichkeit verpflichtet und versorgte nicht den Soldaten, sondern den kranken Menschen. Doch sah man auch die Hilflosigkeit der medizinischen Hilfe, so dass Christian Th. Billroth schreibt: „Aber angesichts des massenhaften Elends im Krieg wurde dieser humane Wunsch problematisch und führte zu den immer wiederkehrenden Gedanken, »dass das helfende Individuum dieser ungeheuren Masse von Verwundeten gegenüber wie ein Tropfen im Meere ist; anfangs überwältigte mich das so, dass ich mir einigemal die Frage vorlegte, ob es denn überhaupt etwas nützen könnte, unter diesen Verhältnissen mit Hand anzulegen;«“ [Hubenstorf 1987, S. 71]

Offiziere und Militärärzte akzeptierten jedoch einen kriegsfreien Raum nicht:

Der Krieg werde stets mit äußersten Mitteln für einen äußersten Zweck geführt, nämlich dem der Vernichtung des Gegners. Diesem totalen Gesetz müsse sich alles, auch die Krankenversorgung und Humanität unterordnen. (Lueder - Rot-Kreuz-Funktionär 1876) [Grundhewer 1987, S. 41]

Somit entstand der erste Interessenkonflikt zwischen Medizin und Kriegsführung: Die Forderung nach Humanitas in immer brutaler werdenden Kriegen bei gleichzeitiger Hilflosigkeit medizinischer Hilfe und andererseits die Vorrangstellung militärischer Ziele.

In der dritten Genfer Konvention von 1929 („Abkommen zur Verbesserung des Loses der Verwundeten und Kranken der Heere im Felde“ und „Abkommen über die Behandlung der Kriegsgefangenen“) wurde über die Behandlung der Verletzten und Erkrankten der eigenen wie fremden Truppe hinaus die Rechtsstellung und Behandlung von Kriegsgefangenen thematisiert. Ziel der vierten und letzten Genfer Konvention von 1949 war es schließlich, den Schutz der Zivilbevölkerung zu regeln. 1977 wurden zwei Zusatzprotokolle verabschiedet, welche erneut den Schutz der Kriegsoffer in internationalen wie nicht-internationalen bewaffneten Auseinandersetzungen klärten. [Bundesminister der Verteidigung 1992 (ZDV 15/2); Bulletin of medical ethics 1991; Benatar 1993; Vollmar 1992; Green 1979; Gunn 1998] Die Behandlung von Verletzten und Erkrankten sollte "without any adverse distinction founded on sex, race, nationality, religion, political options, or any other similar criteria" erfolgen. Die Anwendung von Gewalt war verboten, insbesondere sollten Patienten "not be murdered or exterminated, subjected to torture or to biological

experiments; they shall not willfully be left without medical assistance and care, nor shall conditions exposing them to contagion or infection be created.“ (Genfer Konvention I: Art. 12; Genfer Konvention II: Art.12; Genfer Konvention III: Art.13). [Green 1979, S. 195]

Ausdrücklich wurde im 1. Zusatzprotokoll von 1977, Artikel 11(1), jegliche medizinische Anwendung verboten "which is not indicated by the state of health of the persons concerned and ... [which is not] consistent with generally accepted medical standards which would be applied under similar medical circumstances to persons who are nationals of the Party conducting the procedure and who are in no way deprived of liberty“ [Gunn 1998, S. 138,139].

Die Genfer Deklaration von 1949 (überarbeitet 1968 in Sydney) fordert daher in Anlehnung an den Hippokratischen Eid folgendes Versprechen der Ärzte:

The health of my patient will be my first consideration ... [and] I will not permit considerations of religion, nationality, race, party politics or social standing to intervene between my duty and my patient; I will maintain the utmost respect for human life from the time of conception, even under threat, I will not use my medical knowledge contrary to the laws of humanity. [Gunn 1998, S. 139]

Mehr als 160 Staaten unterzeichneten die Genfer Abkommen, nicht jedoch Großbritannien und die USA. Allen Abkommen und Beschlüssen fehlt der bindende Charakter eines (internationalen) Gesetzes mit Sanktionen bei Nichteinhaltung.

Im Rahmen der Kriege von 1864 und 1866 sowie der Beschlüsse der ersten Genfer Konvention kam es 1868 zur Bildung des ersten Sanitätscorps, wobei erstmals die Bezeichnung „Sanitätsoffizier“ verwendet wurde. [Busse 1990] Noch vor dem Zweiten Weltkrieg sollten die Berufe Arzt und Offizier bereits in Friedenszeiten fusionieren, so dass es möglich war, die letzten Leistungsreserven zu mobilisieren. Der Militärarzt wurde nicht als Mensch gesehen, sondern als „Kampfmittel und Menschenmaterial“. Gustav Sondermann forderte 1937 in der Schrift „Über das Wesen des Arztsoldaten“ die Verschmelzung von Arzttum und Soldat zu einer neuen Einheit, dem Wesensbild des „Arztsoldaten“ [Sondermann 1937]. Nach Sondermann wird die persönliche Identität des Soldaten zugunsten der Identität des Militärkollektivs verschoben. [Goltermann 1987] In dieser Zeit entstand erstmals der Ausdruck „Wehrmedizin“, welcher die selektionierende, präventive und kurative Tätigkeit in Friedenszeiten und den Einsatz der Militärmediziner im Krieg zusammenfasste. [Daerr 1967]

Hieran änderte sich über die Jahrzehnte hinweg wenig. Das Aufgabenspektrum der Militärmedizin, einer "recognized academic" und "well-established multi-discipline" [Borden Institute o.D.; Lim 1997] fasst Eran Dolev wie folgt zusammen:

In the modern era, one of the cardinal principles of military medicine on the battlefield is timing and proximity; it means treating battle casualties promptly and as close as possible to the scene of actual fighting. With this first-aid, resuscitation and hemodynamic stabilization, begins the "chain of medical responsibility" that continues with medical evacuation and treatment by different echelons. Sometimes it has to deal with mass casualty situations.

But military medicine is not confined to active warfare. During peacetime, military medicine is involved in several areas: it is a part of future planning, of research and development projects, and it cares for the military population. Medical officers are involved in the medical aspects of recruitment and discharges.

Military medicine is an integral part of the military organization ... [Dolev 1996, S. 786]

Betrachtet man das Wirken der Militär- oder Wehrmedizin allein in bewaffneten Auseinandersetzungen, so wird häufig von Kriegsmedizin gesprochen. Ihre Grundlagen sind im Nato-Handbuch „Die dringliche Kriegschirurgie“ von 1961 [Bundesminister der Verteidigung 1961 (ZDv 49/50)] festgelegt, dessen Inhalt im 1980 erschienenen „Handbuch für Wehrmedizin“ von Rebentisch [vgl. Wachsmuth 1980] weitestgehend übernommen wurde. [Goltermann 1987] Die Besonderheit der Kriegschirurgie liegt darin, „daß sich im Gegensatz zur üblichen ärztlichen Handlungsweise die Sorge für den Einzelnen zwangsläufig den militärischen Erfordernissen unterordnen muß“, wenn die taktische Lage dies verlangt. Der Patient musste sich nun nicht mehr nur dem Gemeinwohl, sondern auch den militärischen Erfordernissen und Zielen unterordnen. Grundlegendes Prinzip der Wehrmedizin ist es, „soviel Soldaten wie möglich zur Durchführung der militärischen Aufgaben einsatzbereit zu erhalten“. [Bundesminister der Verteidigung 1961, S. 19] „Ärztliche Hilfe im Krieg hat einen festen Auftrag, Menschen im Sinne der militärischen Planung wieder einsetzbar und gefügig zu machen.“ [Goltermann 1987, S. 47-48] Im amerikanischen Sprachgebrauch wird von "mission first" als dem obersten Leitprinzip gesprochen. "These medical systems were not established purely for the sake of humanistic reasons, but rather for considerations of expediency. The primary objective was to allow the fighting force to attain its mission." [Dolev 1996, S. 785-786] Auf den Bürgerkrieg von 1866 geht es zurück, die "fighting strength" aufrecht zu erhalten oder zumindest zu stärken; darüber hinausgehend ist es Aufgabe der Militärmedizin, der Truppe moralischen Halt zu geben, sowie Motivation und Vertrauen zu vermitteln. Die Militärmedizin gilt ferner als "strategic instrument" und "tactical weapon of psychological warfare", wie besonders am MEDCA-Program während des Vietnam-Krieges zu sehen war. [Vastyan 1994; Sidel 1997; Pellegrino 1993; Busse 1990]

Stellt man den seit 1956/57 bestehenden Sanitätsdienst der Bundeswehr in den Mittelpunkt der Betrachtungen, so imponiert, weit über die originären Aufgaben einer Militärmedizin hinaus, eine zunehmende Instrumentalisierung des gesamten militärmedizinischen Systems zu Gunsten einer neuen Bundeswehr einerseits wie der deutschen Außenpolitik andererseits. Der neue Sanitätsdienst sollte zunächst durch die Mitwirkung bei nationalen Krisen wie etwa der Flutkatastrophe in Hamburg 1962 zu einer „Akzeptanzsteigerung der noch jungen Bundeswehr und einer nachhaltigen Verankerung in der Bevölkerung“ beitragen. Später sollte er den Grundstein für die Entwicklung vertrauensvoller bi- und multinationaler Beziehungen legen und „das Bild deutscher Streitkräfte im Ausland im positiven Sinne ... prägen.“ [Häfner 2000, S. 27]

Durch die zunehmende Mitwirkung des deutschen Sanitätsdienstes bei internationalen friedenserhaltenden und später friedensschaffenden militärischen Einsätzen gelang es der deutschen Politik mit „Salamischeibchen-Taktik“, sich wieder als würdiger militärischer Bündnispartner zu positionieren und die bislang gesellschaftlich kaum durchsetzbare Entsendung von Kampf- und Kampfunterstützungstruppen zu realisieren. [Alles et al. 2000] Der Sanitätsdienst „wirkte dabei als Botschafter der demokratischen Bundesrepublik Deutschland und ihrer Streitkräfte und förderte maßgeblich deren Akzeptanz und Ansehen im In- und Ausland.“ [Häfner 2000, S. 28] Der Einsatz in Kambodscha Anfang der 90er Jahre, in welchem der deutsche Sanitätsdienst erstmals unter der Führung der Vereinten Nationen tätig wurde, kennzeichnete ein neue Ära. Es war der Sanitätsdienst, der „dazu beitrug, dass sich das vereinigte Deutschland schnell und unverkrampft in seiner neuen Rolle auf der internationalen Bühne zurecht fand.“ [Häfner 2000, S. 28]

In der Vergangenheit hat der Sanitätsdienst bereits vielfach gezeigt, dass er mit seinen speziellen Fähigkeiten insbesondere bei den Einsätzen im Bündnisrahmen, bei der Bewältigung humanitärer Notsituationen und beim Katastrophenschutz einen substantiellen Beitrag zur Einsatzbereitschaft der Bundeswehr leistet. Sanitätssoldaten haben so durch ihre dauerhaften hervorragenden Leistungen nicht nur den Weg für die politisch gewollte Einsatzorientierung deutscher Streitkräfte geebnet, sie haben auch das Bild deutscher Soldaten im Ausland wesentlich geprägt.

(Rudolf Scharping, Bundesverteidigungsminister, 1998-2002) [Scharping 2001, S. 8]

„Der Begriff „Einsatzmedizin“ [wurde] zum Standardbegriff für die hauptsächliche Zielsetzung des Sanitätsdienstes der Bundeswehr.“ [Gerngroß 2001, S. 30] Während die Kriegschirurgie noch eine Chirurgie unter eigener Lebensgefahr meinte, welche unter Zeitmangel und mit nur limitierten Hilfsmitteln die Lebensrettung und Herstellung der Transportfähigkeit einer großen Verwundetenzahl zum Ziel hatte, so „könnte man die Einsatzchirurgie

auch als Kriegschirurgie mit elektiver Komponente bezeichnen“. Einsatzmedizin findet in der Regel nicht im Krieg und nicht in unmittelbarer Nähe des Gefechtsfeldes statt. Sie meint vielmehr eine sanitätsdienstliche Tätigkeit außerhalb der eigenen Klinik, unter restriktiven, ungünstigen bis feindlichen Bedingungen, ohne den Background von Einzelspezialisten, jedoch mit dem Ziel, ein Ergebnis wie zuhause zu erreichen. [Gerngroß 2001] Der Sanitätsdienst versteht sich als Provider und bietet sozusagen ein Leistungspaket an, welches dem Kontingentführer vor Ort unterstellt wird. [Steffan 2002] Dabei hat der damalige Inspekteur des Sanitätsdienstes der Bundeswehr, Generaloberstabsarzt Dr. Gunter Desch, in den Fachlichen Leitlinien zur sanitätsdienstlichen Versorgung von Soldaten im Auslandseinsatz vom 27.09.1995 folgende Maxime festgelegt:

Maxime der sanitätsdienstlichen Auftragserfüllung ist es, den Soldaten im Falle einer Erkrankung, eines Unfalls oder einer Verwundung eine medizinische Versorgung zuteil werden zu lassen, die im Ergebnis dem fachlichen Standard in Deutschland entspricht.

Der einzelne Soldat hat demnach Anspruch auf eine moderne und umfassende medizinische Versorgung, welche die Einsatzmedizin unserer Tage deutlich von einer Kriegsméizin früherer Jahre unterscheidet. Die neuen Einsatzanforderungen an den Sanitätsdienst lauten angemessene Präsenz, hohe Einsatzbereitschaft, hohe Mobilität, angemessene Durchhaltefähigkeit und Fähigkeit zum „Joint“- und „Combined“-Einsatz. [Hoffmann 2001] Einsätze der Bundeswehr werden hierbei bis auf die Ausnahme nationaler Evakuierungsoperationen immer im Rahmen internationaler Bündnisse durchgeführt. [Witzke 2003] Um diesen neuen Anforderungen gerecht werden zu können, wurde beginnend ab 2001 unter hohem organisatorischem Aufwand ein neuer Zentraler Sanitätsdienst entwickelt, welcher sich neben Heer, Luftwaffe und Marine als eigene Teilstreitkraft verstehen darf. Die Personalstärke soll hierbei auf etwa 26600 Sanitätssoldaten erhöht werden, was knapp 10% des gesamten Streitkräfteumfangs entspricht.

[Gerade vom Ausland] wird vor allem auch anerkennend festgestellt, dass unser neues System und unser Reformkonzept für den Sanitätsdienst weltweit zu einer einzigartigen Qualität und zu einer außerordentlichen Fähigkeit geführt haben, und ich sehe meinerseits zumindest im europäischen Bereich im Augenblick keine andere Nation, die einen derartig leistungsfähigen, hochqualifizierten Sanitätsdienst in den Einsatz bringen kann und auch die Möglichkeit hat, Schwerstverletzte über Tausende von Kilometern als Intensivpatienten wieder nach Haus zu bringen. [Witzke 2003, S. 10]

Die Fähigkeit, die der Sanitätsdienst der Bundeswehr ... bereitstellt, ist ... auch bei unseren Partnern eine echte Engpassressource. [ebd.]

Der Nachteil der guten Qualität und der guten Ergebnisse unserer Arbeit ist in der Tat, dass wir damit für alle neuen möglicherweise geplanten und notwendigen Einsätze die attraktivsten Partner sind. [ebd.]

(Admiraloberstabsarzt Dr. K. Ocker, Inspekteur des Sanitätswesens)

4. Katastrophenmedizin - ein Anachronismus?

Katastrophenmedizin fußt auf eben jener Kriegsmedizin früherer Jahre, welche mit unserer modernen Einsatzmedizin kaum zu vergleichen ist. Ihr lastet ein „negativer Beigeschmack“ an, da ihr Entstehen in engem Zusammenhang mit der Atomkriegsdebatte der 1970er und 80er Jahre steht. Die Katastrophenmedizin sollte eine Medizin für nukleare Katastrophen werden, denn „da wir in unseren Breiten bisher von Naturkatastrophen ... weitgehend verschont blieben, beziehen sich unsere katastrophenmedizinischen Überlegungen im wesentlichen auf den Verteidigungsfall“, schreibt Kirchhoff [Kirchhoff 1984a, S. 115] und meint den Einsatz nuklearer Massenvernichtungsmittel. Der 89. Deutsche Ärztetag (1986) wies ausdrücklich darauf hin, dass auch beim Einsatz von taktischen A-Waffen in „Randzonen“ Hilfe möglich sei und dementsprechend vorbereitet werden müsse. Ziel war es, „Menschen im Sinne der militärischen Planung wiedereinsatzbar und gefügig zu machen“ [Goltermann 1987, S. 47-48], möglichst viele einsatzfähige Soldaten zu retten und zudem durch den Ausbau des Zivilschutzes den Glauben zu verbreiten, man könne durch ärztliche Hilfe auch einen Atomkrieg überleben. [Bleker 1987c] „So wird Katastrophenmedizin als Teil einer Politik der Aufrüstung erkennbar. Sie bekräftigt mithin die Überzeugung, ein Atomkrieg sei nicht nur zu führen, sondern auch zu gewinnen.“ [Bruns 1987, S. 2]

Als Konsequenz findet sich im NATO-Handbuch „Die dringliche Kriegschirurgie“ (ZDV 49/50) von 1961 [Bundesminister der Verteidigung 1961] eine Pervertierung der Triageurteilung. Zwar werden ebenfalls vier Kategorien von Verletzten unterschieden, doch soll nicht nur dem Schwerstverletzten, sondern auch demjenigen die Hilfe versagt werden, welcher sofortiger lebensrettender Maßnahmen bedarf. „Ungeachtet aller ihrer Fortschritte würden die medizinischen Möglichkeiten, den verletzten Soldaten und Zivilisten zu helfen, in der angenommenen Extremsituation auf das Niveau der ärztlichen Hilfe von 1813 zurücksinken.“ [Bleker 1987b, S. 226] Am 16.02.1983 wurde diese Zentrale Dienstvorschrift formell, jedoch nicht inhaltlich außer Kraft gesetzt, um kriegsdienstverweigernden Ärzten weniger Argumente zu liefern. Die Begründung einer Katastrophenmedizin für den Fall eines Einsatzes von nuklearen Massenvernichtungswaffen geriet mehr und mehr in den Hintergrund, während in der Folgezeit die Katastrophenmedizin eher als unerlässlich für die Bewältigung ziviler Katastrophen dargestellt wurde. Die Anwendung einer katastrophenmedizinischen Vorgehensweise, welche jeglicher Behandlung die Triage voranstellt und sich auch bei zivilen Großschadensunfällen primär nicht um den Schwerstverletzten kümmert, galt als Einübung und Training für den militärischen Krisenfall. Ziel war, „was durch Zwangsförderungen in Katastrophenmedizin nicht zu erreichen war: das „Einüben des Prinzips Triage“. ... Ist einmal das Prinzip des Aussortierens verinnerlicht, dann sind

die veränderten inhaltliche Kriterien im Kriegsfall leichter zu akzeptieren.“ [Goltermann 1987, S. 52-53]

Es stellt sich die Frage, ob in einer Zeit nach Beendigung des Kalten Krieges, mit Verlagerung der Kriegsschauplätze in die Peripherie Europas und einer neuen sanitätsdienstlichen Einsatzmedizin das Konzept einer Katastrophenmedizin im Zivilen wie im Militärischen noch zeitgemäß ist. Es bleibt zu klären, ob in unserer Zeit Katastrophen denkbar sind, welche ein Triagieren über das bloße Sichten hinaus notwendig machen. Ferner muss das Triageverfahren an sich hinterfragt werden. Ist demnach Triage tatsächlich ein adäquates Verfahren zur Bewältigung ziviler und militärischer Katastrophen unserer Zeit, wobei zu analysieren ist, welche Ziele verfolgt und welche Prinzipien zugrunde gelegt werden. Strittig ist sicherlich nicht, dass geordnet und organisiert werden muss, strittig sind die Kriterien, wonach dies geschieht, denn diese sind in Katastrophenmedizin und Individualmedizin diametral entgegengesetzt. [Bruns 1987]

Das bundesdeutsche Rettungssystem wird heute zweifellos zu einem der besten der Welt gezählt. [Sefrin 1990]. Die Notfallmedizin war daher seit Kriegsende bei Großunfällen und Katastrophen in Mitteleuropa gewiss die bestmögliche Versorgung und machte ein katastrophenmedizinisches Triagieren bislang unnötig. [Goltermann 1987; Augst 1987] Wenn auch von den Befürwortern der Katastrophenmedizin behauptet wurde, die Notfallmedizin würde keine medizinisch und organisatorisch adäquate Versorgung bei zivilen Katastrophen leisten, so belegen doch zahlreiche Beispiele das Gegenteil. Hierzu zählen u.a. das Bombenattentat auf dem Münchner Oktoberfest 1980 mit 204 Verletzten, davon 73 Schwerverletzten, das Tankwagen-Explosionsunglück auf dem Campingplatz von Los Alfaques in Spanien am 11. Juli 1978 mit ca. 140 Brandverletzten und die Eisenbahnkatastrophe von Rheinweiler vom 21. Juli 1971 mit 350 Todesopfern. [Schieferstein 1987, Augst 1987; Bonk et al. 1987]. In allen Fällen hätte bei einem katastrophenmedizinischen Vorgehen mit weit mehr Todesopfern gerechnet werden müssen.

Wenn auch Peter Augst bemerkt, dass „erst im Kriegsfall ... durch massive Schädigung der Infrastruktur die katastrophenmedizinische Triage sinnvoll [sei]“ [Augst 1987, S. 64], so denke ich, darf man den Katastrophenbegriff nicht generalisieren. Grundvoraussetzung ist sicherlich entsprechend der Definition „Katastrophe“ eine über längeren Zeitraum zerstörte Infrastruktur. Voeltz beispielsweise spricht bereits bei etwa 10 Verletzten pro Notarzt von einer Katastrophe [Voeltz 1985], was sicherlich bei intakter Infrastruktur und fehlender Differenzierung bzw. Graduierung der Verletzungen nicht gerechtfertigt sein dürfte. Am sinnvollsten scheint eine Einteilung nach dem Ausmaß der Katastrophe entsprechend der Klassifizierung von William H. Rutherford [Rutherford 1980], wobei es seit Kriegsende in der Bundesrepublik und dem benachbarten europäischen Ausland keine Großkatastrophe nach dieser Definition gab. Die Flutkatastrophe in Südostasien beweist jedoch deren

generelle Möglichkeit und Existenz und stellt mit annähernd 150000 Toten eine Großkatastrophe extremsten Ausmaßes dar.

1. Kleinere Katastrophen:

Mindestens 25 Personen getötet oder verletzt oder mindestens 10 Patienten mit erforderlicher stationärer Behandlung.

2. Mittlere Katastrophe:

Mindestens 100 Personen getötet oder verletzt oder mindestens 50 Patienten mit erforderlicher stationärer Behandlung.

3. Großkatastrophe:

Mindestens 1000 Personen getötet oder verletzt oder mindestens 250 Patienten mit erforderlicher stationärer Behandlung.

Derartige Einteilungen vermisst man bislang in der Katastrophenmedizin. Es sollte daher zukünftig nicht nur das organisatorische Vorgehen dargestellt werden, sondern vielmehr auch klar definiert werden, welche Verhältnisse ein Triagieren unumgänglich machen. Letztlich werden immer Situationen vorstellbar bleiben, die geprägt sind von einem deutlichen und über längere Zeit bestehenden Missverhältnis von Verletzten und Helfern mit fehlender Evakuierungs- und Transportmöglichkeit. Auch das Fehlen derartiger Großkatastrophen für den mitteleuropäischen Raum wird auf Dauer deren Nichtexistenz nicht beweisen können. Im Gegenteil, durch den Wandel der Kriege sowie der Existenz von atomaren, biologischen und chemischen Waffen in den Händen von Terroristen wird die Gefahr einer Großkatastrophe nicht gebannt sein und die Zivilbevölkerung aufgrund der mangelnden Selektivität der Angriffe nicht weniger geschützt sein als zu Zeiten einer atomarer Bedrohung während des Kalten Krieges.

Die atomare Bedrohung sieht heute anders aus als vor 20 Jahren. ... Die Gefahr nuklearer Auseinandersetzungen ist aber keineswegs gebannt. Die IPPNW³ ist gar der Meinung, sie sei präsenter denn je. Mit neuen Kernwaffen wollten die USA gegen feindliche Staaten oder islamistische Kämpfer vorgehen, befürchtet die IPPNW. Nach 20 Jahren ist die IPPNW somit wieder bei ihrem Ausgangspunkt angekommen, dem Kampf gegen Atombomben. [Jachertz 2002, S. 262-263]

Die Katastrophenmedizin steht einer anderen, anspruchsvolleren Herausforderung gegenüber, da die Ursachen solcher Großkatastrophen mannigfacher werden. [Seeger 2002; Clade 2003] Wir können uns aber mit Sicherheit davon frei machen, dass in unserer

³ Internationale Ärzte für die Verhütung des Atomkrieges, Ärzte in sozialer Verantwortung e.V. - International Physicians for the Prevention of Nuclear War (Friedensnobelpreis 1985)

Zeit Aus- und Fortbildung in Katastrophenmedizin anders als in den 1980er Jahren als Verharmlosung der Atomkriegsgefahr oder Rüstung interpretiert werden dürfen und einen Krieg realisierbarer oder wahrscheinlicher machen würden. [Böckle 1983] Nicht zu Unrecht betonte daher der Deutsche Ärztetag 2002, „dass der Ausbau von Katastrophenmedizin nicht die Ursache von Terror und Gewalt berührt“ [Bundesärztekammer 2002; Kautz 2001, o.S.].

Man darf also behaupten, dass Situationen vorstellbar bleiben, die für das Überleben der von der Katastrophe Betroffenen bei auf nicht absehbare Dauer limitierten Ressourcen zur Mittelallokation zwingen. Doch wie soll eine Medizin aussehen, welche den gesteigerten Herausforderungen gerecht werden und großkatastrophalen Ereignissen adäquat entgegentreten kann? Um frei von allen Vorurteilen und ohne Bezug auf individualmedizinische wie katastrophenmedizinische Vorgehensweisen gedanklich eine solche Form der Medizin konzipieren zu können, möchte ich aus methodischen Gründen die wertneutrale Bezeichnung „Krisenmedizin“ einführen. Der Ursprung dieses Wortes liegt im griechischen κρίνειν, was einerseits ein Sichten, Sondern oder Trennen, ein Ordnen oder durch Auswahl bestimmen, andererseits aber auch ein Beurteilen, Urteilen und Entscheiden meint (Menge-Güthling [Menge 1987]). Κρίσις hat mit Beurteilung und Entscheidung zu tun und nicht mit der Übernahme einer vorgefertigten Vorgehensweise. Es bleibt zu analysieren, welchen Zielen eine derartige Krisenmedizin dienlich sein soll, auf welchen Prinzipien sie fußt und welcher Organisationsverfahren sie sich somit bedienen muss.

5. Konzeption einer krisenmedizinischen Ethik

Möchte man eine Medizinethik für Großkatastrophen entwerfen und somit ein Konzept für die Allokation begrenzter, jedoch lebenswichtiger Ressourcen gestalten, so muss zunächst geklärt werden, welche Ziele verfolgt werden sollen, um schließlich verschiedene Handlungsprinzipien formulieren zu können.⁴ Dabei, so denke ich, müssen drei Arten von Großkatastrophen unterschieden werden:

- Bedrohungen der Menschheit,
- Nicht-militärische, zivile Großkatastrophen und
- Militärische Großkatastrophen

Da die Zielsetzungen zwischen nicht-militärischen und militärischen Großkatastrophen deutlich differieren, möchte ich die Medizinethik bewaffneter Auseinandersetzungen in einem separaten Kapitel behandeln.

5.1. Bedrohungen der Menschheit

Im Falle von Katastrophen, welche den Fortbestand der Menschheit in Frage stellen, wird es oberstes Ziel sein, alles dem Erhalt der Spezies Mensch hintanzustellen. Individuelle Ziel müssen sich einem sozialen oder Gattungsziel unterordnen. Gemeinwohl vor Individualwohl wird das Handeln bestimmen, ein Grundsatz, welchem sich alle anderen Prinzipien ärztlichen Handelns zu fügen hätten, doch immer vorausgesetzt, die Menschheit stünde auf dem Spiel. Dem Überleben und Nutzen der Gemeinschaft müsste sich die Zielsetzung einer Lebenserhaltung für den einzelnen unterordnen.

Die Diskussion um die Vorrangstellung des Gemeinwohls hat eine lange Tradition. Bereits im 18. Jhdt. begann sich das ärztliche Interesse auf die menschliche Gesellschaft als Ganzes zu konzentrieren. [Fischer-Homberg 1987] In der zweiten Hälfte des 19. und zu Beginn des 20. Jahrhunderts rückte der Blick zunehmend weg vom einzelnen Menschen. Das Gemeinwohl und besonders der Fortbestand der „(deutschen) Rasse“ standen im Vordergrund. Die Medizin kehrte sich ab von der traditionellen ärztlichen Ethik und hin zu einer Sozialethik, was insbesondere auf der Darwinistischen Evolutionstheorie fußte und

⁴ „Handlungsprinzipien“ sollen hier Wertvorstellungen und deren Konkretisierung bezeichnen, was über die eigentliche Bedeutung des Begriffs eines „ethischen Prinzips“ hinausgeht. Ethische Prinzipien gelten als Prüfverfahren zur Beantwortung der Frage: Was sollen wir tun? und thematisieren im Gegensatz keine materialen Wertvorstellungen.

durch neue Kenntnisse in der Mikrobiologie und der Entwicklung von Impfstoffen getragen wurde. Billroth schrieb 1870 in seinen chirurgischen Briefen:

Doch wo es sich um die Entwicklung unsrer grossen deutschen Völkerfamilie handelt, wie in diesem Kriege, da muss man sich, meine ich, schnell aus dem Humanitätsdusel herausreissen, in welchen weichherzige Molusken-Naturen leicht nach vielen Jahren des Friedens gerathen. Dem Geschick unserer grossen Race gegenüber muss die zärtliche Empfindung für eine geliebte Persönlichkeit in den Hintergrund treten. Jeder, er mag ein Gott für seinen kleinen oder grossen Kreis sein, mag sich dann sagen, wie entbehrlich er für das Ganze ist; denn dass kein Mensch unersetzlich ist, und die Welt über alle Leichen ihren ruhigen Gang fortschreitet, ist, wie ich mit jedem Jahre mehr einsehe, nur allzu wahr; mag es aber noch so trivial sein, es liegt darin die Bürgschaft eines noch so langen Völkerlebens; [Billroth 1872, S. 20]

Alfred Ploetz prägte Ende des 19. Jhdts. den Begriff der „Rassenhygiene“, von welcher er schreibt:

Die Rassenhygiene, das Bestreben, die Gattung gesund zu erhalten und ihre Anlagen zu vervollkommen, muss also das herrschende Princip bleiben, und die Individual-Hygiene sammt ihren socialen und politischen Ausläufern muss sich unterordnen, sobald sie dies Princip ernstlich gefährdet. [Ploetz 1895, S. 13]

Zur Zeit der Jahrhundertwende bis ins Dritte Reich sah man eine Art Bedrohung für die „gute Rasse“, da man glaubte, der Lebensraum würde zu klein, sollte sich diese Rasse vermehren und ausbreiten. Der Vorrang der Sozialethik oder Gattungsmoral vor der Individualethik erreichte seinen Höhepunkt zur Zeit des Dritten Reiches. Die Wertschätzung des Einzelnen unterlag dem Ziel „Fortbestand und Ausbreitung der ‚guten Rasse‘“. Die Vorrangstellung des Gemeinwohls vor dem Individualwohl, die sog. Sozialethik, hat seither ihren negativen Beigeschmack.

Der Fehler, der begangen wurde, lag darin, dass eine Teilbevölkerung mit der Menschheit als Ganzes gleichgesetzt wurde. Der Fortbestand der Spezies Mensch war nie bedroht, weshalb eine gänzliche Vernachlässigung der Individualethik hätte nie vorkommen dürfen. Das Festhalten an einer Sozialethik mit Vorrangstellung des Kollektivs vor dem Individuum zeigt sich jedoch u.a. daran, dass die ungarische Ärztekonzferenz noch 1961 beschloss:

Die Interessen des Kollektivs nehmen gegenüber den Interessen des Individuums immer den Vorrang ein. [Révész 1965, S. 73]

Ich bin der Meinung, dass sich eine uneingeschränkte Vorrangstellung der Sozialethik vor der Individualethik, ein uneingeschränktes Unterordnen eines jeden Individuums unter die Bedürfnisse und Ziele der Sozialgemeinschaft, nur im Falle einer Bedrohung der Menschheit als Ganzes rechtfertigen lässt. Ein Menschenopfer kann bzw. darf nur für ein höheres Ziel gebracht werden als es das Ziel Mensch selbst ist. Sieht man von jeglichen religiösen Aspekten ab, so gibt es nur *ein* höheres Ziel, nämlich die Menschheit an sich. Ist sie nicht bedroht, so bleibt der Mensch Ziel allen moralisch richtigen Handelns. Hierauf gründen sich die Prinzipien, welche bei der Analyse der noch zu besprechenden Katastrophensituationen darzulegen sind.

5.2. Nicht-militärische, zivile Großkatastrophen

5.2.1. Zielsetzungen

Ist die Menschheit nicht als Ganzes bedroht, sondern nur in Teilen betroffen, so können mehrere Personengruppen unterscheiden werden, welche direkt oder indirekt an der Katastrophe beteiligt sind. Zwar mag der Mensch an sich von allen in den Mittelpunkt ihres Handelns gestellt werden, doch dürften die angestrebten Ziele im einzelnen entsprechend der unterschiedlichen Sichtweisen deutlich differieren. Mit der Absicht, allgemeine und generell gültige Ziele für eine zivile Krisenmedizin zu formulieren, möchte ich zunächst mögliche Wünsche der unterschiedlichen Personengruppen betrachten, da ich der Meinung bin, dass Wünsche nichts anderes als Ziele sind, ohne jedoch den Prozess der Kompromissbildung bereits durchlaufen zu haben. Für die Formulierung der endgültig anzustrebenden Zielsetzungen müssen diese Wünsche gewichtet werden. Durch Priorisierung entsteht ein Kompromiss, welcher möglichst alle Sichtweisen und damit Beteiligte einer Katastrophe berücksichtigt.

Die Wünsche der einzelnen orientieren sich dabei an unterschiedlichen Werten, also dem, was einem jeden „etwas wert“ ist. Hierbei darf nicht von einer Werteuniformität ausgegangen werden. Vielmehr besteht ein Wertepluralismus. Mehr noch, sollte es sich nicht um nationale Katastrophen handeln, sondern um solche in anderen Teilen der Erde, so treffen aufgrund unterschiedlicher Kulturen zwischen Helfern und Betroffenen häufig komplett differente Wertesysteme aufeinander.

Wenn alle Menschen in einer gemeinsamen Kultur mit festgeschriebener Wertordnung leben würden, wenn bei allen Menschen diese Wertordnung in demselben Glauben begründet wäre, wenn alle Menschen so handeln wollten, wie sie im Sinne dieser einen Wertordnung sollten und dann auch so handeln würden, wie sie wollten, dann bräuchte man keine ethische Reflexion. ... Jeder Mensch

wüßte unter diesen Bedingungen genau, wie er sich in jedem Augenblick zu verhalten hätte, jeder würde die gleichen Empfindungen hinsichtlich des Lebens und des Todes, hinsichtlich des Leids und der Freude, hinsichtlich des Streites und des Friedens, hinsichtlich des Eigentums und des Konsums haben.
[Amelung 1992a, S. V]

Drei zentrale Wertsätze prägen das abendländische Bewusstsein als Kultur und können durchaus als Grundlage unserer Medizinethik angesehen werden [Amelung 1992b, S. 53]:

- menschliches Leben ist gut
- Leiden ist zu mindern
- besseres Leben ist besser

Ein unersetzlicher Bestandteil der Wertschätzung des Lebens anderer besteht in der Überzeugung, daß Menschen eher leben als sterben sollten, daß sie eher spät als früh sterben sollten und soweit wie möglich von Krankheit, Verletzung, Leiden usw. verschont bleiben. Ferner, daß der Tod hinausgeschoben und die Lebenschancen so weit wie möglich angehoben werden sollten, solange das Leben der jeweiligen Person für sie Wert besitzt. [Harris 1995c, S. 92-93]

Diese Werte begründen die zu formulierenden Ziele. Doch stellen sie nur einen Bruchteil möglicher Werte dar. Man unterscheidet Individualwerte und Sozialwerten. Zu ersteren zählen beispielsweise ‚Leben und Würde einer Person‘, ‚Gesundheit‘, ‚Arbeit‘, ‚Bildung‘ wie auch ‚persönliche Sicherheit und Zufriedenheit‘, zu letzteren ‚Gleichheit‘, ‚Gerechtigkeit‘, aber auch ‚Eigentum‘ und ‚Freiheit‘. Dass sich alle diese Grundwerte in einer Katastrophensituation nicht verwirklichen lassen, liegt auf der Hand. Doch wo liegt die Grenze zwischen Werten, die zwingend verfolgt, und solchen, die fallen gelassen werden müssen?

Bernhard Irrgang zweifelt selbst dieses „Müssen“ an, indem er schreibt: „Da Werte und metaphysische Aussagen in recht unterschiedlicher Weise interpretiert werden können, reichen ein Intuitionismus oder die Behauptung unmittelbarer Werterfassung nicht aus, Verpflichtungen intersubjektiv als normativ auszuweisen.“ [Irrgang 1995b, S. 30-31] Da es jedoch in den zur Diskussion stehenden Krisensituationen ums „nackte Überleben“ geht, dürfte außer Frage stehen, dass der Wert des menschlichen Lebens oberste Priorität erhält. Ferner dürfte es keinen Zweifel daran geben, dass die Würde einer jeden Person in den zu verfolgenden Wertekatalog mit aufgenommen wird. Die Unantastbarkeit der Würde des einzelnen dürfte Minimalziel einer Krisenmedizin sein. „Würde“ soll Ausdruck von Humanität sein und für das Recht auf menschlichen Umgang stehen. Dabei ist der Begriff

der Menschenwürde weder in der praktischen Ethik noch im Gesetz ein weiter zu erklärender Grundbegriff. [Kornwachs 2000a]

Mit der Tatsache, daß der Mensch immer auch Selbstzweck ist, hängt der Begriff der Menschenwürde eng zusammen. Während allem Mittelhaften nur ein relativer Wert zukommt und man deshalb sagen kann, es habe einen Preis und ist damit jeweils durch etwas anderes ersetzbar, ist der Mensch als Selbstzweck über jeden Preis erhaben. Der Mensch kann durch kein Äquivalent ersetzt werden, und ihm kommt damit ein absoluter, innerer Wert zu, d.h. Würde. Menschenwürde ist durch das sittliche Subjektsein, d.h. durch die Autonomie des Menschen begründet. Das sittliche Subjektsein des Menschen ist immer auch an seine leibliche Existenz gebunden. [Manz 1992a, S. 66]

Die Personenwürde nivelliert dabei nicht die Unterschiede zwischen den Menschen, bietet aber auch kein Entscheidungskriterium, wenn das Wohl der einen Person im Konkurrenzverhältnis zum Wohl einer anderen Person steht.

Schwieriger stellt sich die Frage nach dem Wert der Gesundheit dar. Bereits die Definition des Begriffs „Gesundheit“ scheint äußerst schwierig zu sein und unterliegt epochalen Wandlungen, wie Bärbel Röscheisen-Hellkamp in ihrer Dissertation „Die Verborgeneheit des Unzerstörbaren. Ein anthropologischer Versuch über Krankheit und Gesundheit“ [Röscheisen-Hellkamp 2000] zeigen konnte. Zwar kann behauptet werden, dass in Katastrophen der Wert „Gesundheit“ eine leitende Funktion hat, doch eine restitutio ad integrum für jedes der Opfer wird unmöglich bleiben.

Nähern wir uns also der Frage nach den zu verfolgenden Zielen, wie oben beschrieben, über den Weg, die Wünsche unterschiedlicher Personengruppen zu betrachten. Im Detail möchte ich die Sichtweisen von vier Personengruppen unterscheiden:

1. gänzlich Außenstehende,
2. außenstehende Helfer,
3. indirekt Betroffene und
4. direkt Betroffene.

Gänzlich Außenstehende sind unbeteiligte Personen, welche beispielsweise über die Massenmedien von einer Katastrophe informiert wurden. Außenstehende Helfer beteiligen sich freiwillig etwa mit Spenden an Hilfsprogrammen oder aber wirken aktiv unter persönlichem Einsatz an Hilfsaktionen mit. Auch außenstehende Nationen und deren Politik, welche Hilfsprogramme initiieren oder unterstützen, zählen zur Gruppe der außenstehenden Helfer, sofern sie vertraglich nicht zur Hilfeleistung verpflichtet sind. Zur Gruppe der indirekt Betroffenen gehören Personen, welche nicht direkten, d.h. personellen, je-

doch existentiellen Schaden von der Katastrophe nahmen - bspw. durch Verlust des Arbeitsplatzes. Schließlich bleibt die Gruppe der direkt Betroffenen, die zurecht als klassische Katastrophenopfer bezeichnet werden dürfen, da sie Schaden an ihrer Person und damit Gesundheit erfahren haben. Eine Sonderstellung nimmt die von der Katastrophe betroffene Gesellschaft ein. Sie umfasst prinzipiell Personen aller erwähnten Gruppen, doch besteht hier Hilfeleistungspflicht. Fremde Nationen mit vertraglicher Verpflichtung müssten an dieser Stelle ebenfalls angeführt werden.

Welche Gedanken, welche Wünsche dürften die unterschiedlichen Personengruppen im Falle einer zivilen Großkatastrophe haben? Meine These ist es, dass diese Wünsche primär egoistischer Natur sind, ferner, dass der Egoismus mit dem Grad der Betroffenheit zunimmt. „Warum gerade ich?“ werden Personen fragen, die direkt gesundheitlichen Schaden vom Unglück fortragen. Mehr noch, viele wären vielleicht sogar bereit, ihr Leid auf eine Mehrzahl anderer Opfer abzuwälzen, auch wenn sie es nie aussprechen. Zumindest aber sind die meisten der Meinung: „Wenn es mich trifft, rettet mich als erstes. Mein Überleben und das meiner Angehörigen ist (mir) am wichtigsten.“ „Macht für mich die Katastrophe ungeschehen.“

Dies darf durchaus in Anlehnung an Hobbes' „mechanistische Anthropologie“ gesehen werden.

Alle Menschen sind von Natur aus Egoisten. Jeder ist auf seinen eigenen Vorteil bedacht. Dieser Egoismus ist eine wichtige Ursache für Konflikte aller Art.

[Hobbes 1992 aus Zoglauer 2003, S. 3]

Ich denke, die Aussagen ‚bellum omnium contra omnes‘ bzw. ‚homo homini lupus‘ kommen nirgendwo deutlicher zum Tragen als in Krisensituationen, in welchen das eigene Überleben bedroht ist. Auf der anderen Seite fordern alle ethischen Theorien, die für eine Medizinethik in Frage zu kommen scheinen, als eine der Voraussetzungen die Ablehnung eines ethischen Egoismus'. [Patzig et al. 1995] Für Arthur Schopenhauer schließen sich Egoismus und moralischer Wert gegenseitig aus [Schopenhauer 1974], doch stellt der Egoismus für ihn gleichzeitig die Haupt- und Grundtriebfeder im Menschen dar. [Knust 1998] Die egoistische Sichtweise der Opfer darf daher nicht als Grundlage einer ethischen Theorie verstanden werden. Sie ist meines Erachtens vielmehr Ausgangspunkt für die Diskussion zu setzender Ziele im Sinne eines psychologischen Egoismus'.

Man stelle sich vor, alle Katastrophenopfer könnten sich fiktiv an einen Tisch zusammensetzen, um ihre Interessen zu vertreten. Jeder würde bei gleichem Stimmrecht und gleicher Stimmgewichtung seine egoistischen Ziele durchzuringen versuchen. Es würde zu einer Patt-Situation kommen, da jeder fordert, dass vorrangig *sein* Überleben gesichert würde. Ein Überleben aller ist jedoch aufgrund der limitierten Ressourcen nicht möglich, weshalb hier nur von einem anzustrebenden Maximalziel mit leitender Funktion gespro-

chen werden kann. Das bloße Überleben, d.h. die Aufrechterhaltung des Lebens ohne eigenes Bewusstsein, dürfte jedoch für die wenigsten ein echtes Ziel darstellen, weshalb das gesetzte Maximalziel umformuliert werden muss. Das Überleben möglichst aller Betroffenen soll sichergestellt werden, sofern für sie nach der Katastrophe noch Autonomie möglich ist, d.h. von jedem Individuum die Symbiose mit der Umgebung aufrecht erhalten werden kann.

Zurück an den Verhandlungstisch muss eine Kompromisslösung gefunden werden. Jeder würde für sich fordern, wenn nicht *alles*, so doch zumindest *etwas* von den zur Verfügung stehenden Mitteln abzubekommen. Interessant an diesem Gedankenschritt ist nicht der gefundene Kompromiss, beachtenswert ist vielmehr die Änderung der Sichtweise. Indem sich ein jeder als Teil des Ganzen sehen muss, ist er genötigt, seine Perspektive zu verlassen und ähnlich einem komplett Außenstehenden die Gesamtsituation der Katastrophe mit all ihren Beteiligten im Sinne einer Vogelperspektive zu betrachten.

„Eine gerechte, eine faire Verteilung der Mittel ist ein unbestrittenes Postulat“, schreibt Eveline Widmer-Schlumpf [Widmer-Schlumpf o.D., o.S.], doch kann weder dies noch eine effizienzorientierte Allokation der Mittel von der egoistischen Sichtweise der Opfer abgeleitet werden. Vielmehr wird hier die Sicht tatsächlich Außenstehender bzw. die der zur Hilfe verpflichteten Gesellschaft oder aber die Sicht der Katastrophenopfer vor Eintritt der Katastrophe angesprochen. Dies bedarf jedoch genauerer Ausführungen, weshalb eine gerechte, faire und effektive Allokation lebenswichtiger Ressourcen an dieser Stelle lediglich als gesetzt betrachtet werden soll. Eine ausführliche Diskussion wird im Rahmen der noch darzustellenden Allokationsprinzipien und -verfahren erfolgen.

Betrachtet werden muss ferner die Sicht und Position Außenstehender. Einem initialen Nicht-Wahrhaben-Wollen der Katastrophe folgt meist ein Bedauern und Mitgefühl für die Betroffenen. Viele verharren in diesem Status des Bedauerns, doch wird ein Großteil beispielsweise durch Spenden versuchen zu helfen, was nicht zuletzt auch zur Beruhigung des eigenen Gewissens beitragen soll. Gerade Funk und Fernsehen zielen auf diese Betroffenheit primär Außenstehender ab. Wunsch dieser Menschen ist es, das Ausmaß der Katastrophe zu reduzieren. Die Schwere einer Katastrophe wird dabei häufig in Anlehnung an die Einteilung von Rutherford, über die Zahl der Opfer definiert. Daher rührt u.a. das Ziel, für eine möglichst große Zahl der Betroffenen die Katastrophe ungeschehen zu machen bzw. deren Auswirkungen zu reduzieren. Ob das Ausmaß einer Katastrophe tatsächlich an der Zahl Betroffener festgemacht werden kann, wird später noch zu diskutieren sein.

Die Frage bleibt, ob aufgrund zugrundeliegender egoistischer Motivationsstrukturen nicht auch ein gewisser „Nebennutzen“ für Helfer legitim und zulässig ist. Gerade internationale Hilfsprojekte werden insbesondere dort investiert, wo über eine selbstlose Hilfe hinaus häufig eine politische Motivation den Ausschlag gibt. Meines Erachtens geht dabei der

Nebennutzen weit über einen „reziproken Altruismus“ hinaus, welcher alleine hinterfragt würde: Welcher Nutzen wird vom Katastrophengebiet noch erwartet?

Alles, was Sie von der Stunde Ihrer Geburt an getan haben, taten Sie aus einem bestimmten Grund. Auch wenn Sie dem Roten Kreuz einen Beitrag gaben, so ist das durchaus keine Ausnahme von der Regel. Sie spendeten diese Summe, weil Sie helfen und eine gute, selbstlose Tat vollbringen wollten. Hätte Ihnen dieses Gefühl nicht mehr bedeutet als das Geld, dann hätten Sie es nicht weggegeben. Vielleicht waren Sie zwar auch nur so großzügig, weil der Mann, der für das Rote Kreuz sammelte, ein Kunde von Ihnen ist, oder weil Sie fürchteten, daß man Sie für geizig hält. Eines aber stimmt trotzdem: Sie bezahlten diesen Betrag, weil Sie etwas wollten. [Carnegie 2002, S. 61-62]

Ein möglicher „Nebennutzen“ muss somit als Motivation zur Hilfeleistung erlaubt sein. Würde man sich zum Ziel setzen, das Wohlergehen *aller* Bedürftigen - zu jeder Zeit und an jedem Ort dieser Welt - optimieren zu wollen, so würde dies zu einer Überforderung der Helfenden führen. In der Folge würde möglicherweise keine Hilfe mehr zugeteilt. Es muss eine Auswahl getroffen werden, wann Hilfe geleistet wird und wann nicht. Dem egoistischen Verhalten zufolge wird der Mensch somit nur dann „geben“, wenn er in gewisser Weise auch „bekommt“. Daher darf der Nebennutzen zu Recht als Nebenziel für eine Krisenmedizin formuliert werden. Dies soll sich jedoch klar von einem „Ausnutzen“ der Betroffenen abgrenzen und vielmehr eine Art „win-win-situation“ widerspiegeln. Die Problemhaftigkeit liegt primär nicht in der Anerkennung eines etwaigen Nebennutzens als vielmehr in dessen Gewichtung. Dabei ist nicht immer leicht zu eruieren, was den Vorrang genießt: der Vorteil für den Helfer oder die tatsächliche Optimierung des Wohlergehens der Betroffenen. Vorteile und Profit aus dem Unglück anderer zu schlagen, wird dann unmoralisch, wenn Leid ausschließlich instrumentalisiert wird. Es ist daher zu fordern, dass bei Akzeptanz eines Nebennutzens dieser nie ohne Nutzen für die Betroffenen einhergehen darf.

An dieser Stelle muss erwähnt werden, dass außenstehende, freiwillige Helfer in keinsten Weise verpflichtet sind, ihre Hilfsgüter in gerechter Weise oder gar an alle Bedürftigen zu verteilen. Es obliegt allein ihnen, ob, wie viel und wem zugeteilt wird. Anders verhält es sich dagegen für die eigene zur Hilfe verpflichtete Gesellschaft. Hier gilt sehr wohl:

Der Auffassung von Moral und Humanität in allen Kulturstaaten entsprechend hat jeder zu Schaden gekommene Mensch ein Recht auf Hilfe, und jeder dazu Befähigte hat die Pflicht, nach bestem Wissen und Können zu helfen. [Rebentisch 1986, S. 387]

Gerade der eigenen Gesellschaft, d.h. der Gesellschaft welcher die Betroffenen angehören, obliegt die Pflicht, ohne primären Nebennutzen das Wohl der Betroffenen zu fördern. Zu diesem Zwecke werden Gesellschaften Vorkehrungen treffen (müssen), um dieser Hilfeleistungspflicht nachkommen zu können. Eine Gesellschaft ist sich somit für den Katastrophenfall primär selbst verantwortlich. Sollten Verträge mit anderen Nationen oder Gesellschaften zur wechselseitigen Hilfeleistung geschlossen worden sein, so zählen auch diese zu den Vorkehrungen, die eine Gesellschaft für sich trifft.

Stellt man die Ergebnisse aller Gedanken zusammen, so lassen sich folgende Zielsetzungen festhalten:

- Wahrung der Würde aller Betroffenen (Minimalziel)
- Faire und gerechte Mittelverteilung mit optimaler Effektivität zur
- Maximierung des Wohlergehens der Betroffenen mit
- Akzeptanz eines Nebennutzens für freiwillig Helfende
- Überleben aller Betroffenen (Maximalziel) mit
- Herstellung ihrer Autonomie

Mit diesen Zielsetzungen vor Augen soll nun ein Prinzipienkonstrukt für die Allokation begrenzter Ressourcen entwickelt werden, welches Handlungsgrundlage für eine Krisenmedizin werden kann.

5.2.2. Prinzipien einer krisenmedizinischen Ethik

Die dargestellten Ziele und deren Priorisierung sollen die Richtung unserer Handlungen bestimmen, während die Handlungen selbst auf Prinzipien basieren.

Die Aufgabe der Ethik wird dadurch erschwert, daß es in einer pluralistischen Gesellschaft viele und unterschiedliche Wertesysteme gibt, aber nur wenige abstrakte Prinzipien mit deren Hilfe man mit den pluralistischen Wertesystemen umgehen kann. [Irrgang 1995a, S. 16]

In der medizinethischen Literatur begegnet man je nach Problemsituation einer Vielfalt von Handlungsgrundsätzen oder Prinzipien, welche jedoch relativ unsortiert zur Grundlage des Handelns erkoren werden. Vielfach haben diese Prinzipien eine lange Tradition und scheinen unumstößlich zu sein. Doch ...

Nur wenn wir ein lebhaftes Bewusstsein vom Sinn und von der Rechtfertigung eines von uns akzeptierten Prinzips haben, sind wir in der Lage zu beurteilen,

wie gewichtig dieses Prinzip ist und welche Opfer zu seiner Erhaltung vertretbar sind. ...

Sobald wir ein Prinzip als unverletzlich ansehen, kehren wir der Moral den Rücken zu. Wir sagen damit im Grunde, „ich werde mir nicht die Frage stellen, warum es richtig ist, diesem Prinzip unter den gegebenen Umständen zu folgen, aus Angst, daß es nicht richtig sein könnte“. Wenn wir jedoch nicht bereit sind, etwas auf Treu und Glauben zu akzeptieren, und kein Prinzip als unverletzlich ansehen, wenn wir darüber hinaus den Sinn der von uns akzeptierten Prinzipien hinterfragt haben sowie die Rechtfertigungsgründe, mit denen es vertreten werden kann, so beginnen wir zu erkennen, ob den Dingen, denen wir moralische Bedeutung beimessen, besser gedient ist, wenn wir diesem Prinzip in diesem Falle folgen oder nicht. [Harris 1995f, S. 321]

Ein blindes Festhalten [beispielsweise, d.A.] an der Schweigepflicht läßt sich ebenso wenig verteidigen wie ein blindes Festhalten an irgendeinem anderen Prinzip. Wir müssen uns immer der Möglichkeit bewusst sein, daß unsere Prinzipien fehlerhaft sind, oder daß es ein wichtigeres Prinzip gibt, das unter diesen Umständen von uns fordert, unsere Verhaltensregeln zu modifizieren oder aufzugeben. [Harris 1995f, S. 320]

„Ethical guidelines are not cast in stone“ schreibt Stephen E. Popper [Popper 1995, S. 12] und bringt somit die Veränderlichkeit der ethischen Prinzipien wie auch die Notwendigkeit ihrer Veränderung klar zur Sprache. Nur durch kritisches Hinterfragen dieser Handlungsgrundlagen erfolgt eine ethische Auseinandersetzung, die eine Anpassung von Prinzipien an die jeweilige Zeit wie an bestimmte Situationen zur Folge haben kann. Es ist sicherlich nicht gemeint, dass sich durch Eigeninterpretation jeder seine eigenen Prinzipien aufstellen und diese nach Bedarf abändern kann. Ethische Prinzipien beinhalten durchaus Konstanz, doch müssen sie von Zeit zu Zeit den sich ändernden Umständen angepasst werden. Am eindrucksvollsten, wenn auch oft übersehen, erfolgte dies im Falle des Hippokratischen Eides. Prinzipien, welche das Einkommen der Lehrer im Alter sicherstellen und den Söhnen anderer Ärzte eine kostenlose medizinische Ausbildung ermöglichen sollten, wurden in gleicher Weise vernachlässigt wie die Abkehr vom Verbot, Schwangerschaftsabbrüche vornehmen zu dürfen. [Pellegrino 1993; Harris 1995f] Diese Selektivität der Prinzipienauswahl gründet sich gewiss nicht auf Willkürentscheidungen. Sie entstand im Zuge der Anpassung einer (Medizin-)Ethik an die Gegebenheiten und Erfordernisse unserer Zeit.

Gerade für den hier zu diskutierenden Bereich einer Krisenmedizin fanden sich in der Literatur keine klaren Strukturen eines Prinzipiengefüges, so dass es durchaus gerechtfertigt ist, eine Zusammenstellung und Priorisierung von Handlungsgrundlagen für den Fall einer

Großkatastrophe basierend auf obigen Zielen neu vorzunehmen. Ich schlage für die vorliegende Allokationsproblematik eine Gliederung der Prinzipien in drei Ebenen vor:

- 1) allgemeine ärztliche und humanitäre Prinzipien,
- 2) Allokations-, Organisations- bzw. Zuteilungsprinzipien und
- 3) Behandlungsprinzipien

Auf die Behandlungsprinzipien wird im Rahmen dieser Arbeit nicht eingegangen werden. Eine krisenmedizinische Patientenbehandlung unterscheidet sich kaum von der ärztlichen Vorgehensweise einer Individualmedizin. Das Dilemma besteht vielmehr darin, *wer und bis zu welchem Maße* behandelt werden soll.

5.2.2.1. Allgemeine ärztliche und humanitäre Prinzipien

Die allgemeinen ärztlichen Prinzipien stellen bereichsunspezifische Handlungsgrundlagen dar. Sie gehören im weitesten Sinne den humanitären Prinzipien an, da sie den Menschen als Ziel in den Mittelpunkt stellen. Sie sind Grundlage für den humanen Umgang mit Menschen, insbesondere mit anvertrauten Patienten. Zu den allgemeinen ärztlichen Handlungsgrundsätzen zähle ich zunächst die klassischen ärztlichen Prinzipien, welche auch als angloamerikanische Prinzipien oder als das bioethische Quartett bezeichnet werden. Zu ihnen gehören:

- das Prinzip der Autonomie
- das Prinzip der Gerechtigkeit
- das Prinzip des Nutzens oder Heilens (Schmerzen lindern) [beneficere] und
- das Prinzip des Nicht-Schadens [non-maleficere]

Da diese vier Prinzipien in der Regel nicht für die medizinische Realität genügen [Engelhardt o.D.], wurden sie ergänzt durch

- das Prinzip der Würde und
- das Prinzip der Tugend

Mit diesen Prinzipien wird nicht nur begründet, ob ein bestimmtes Verhalten für ethisch oder unethisch zu halten ist, ob sich spezifische Pflichten vertreten lassen oder nicht, sondern wie die Umsetzung in die Praxis, worauf es vor allem ankommt, erfolgt und verbessert werden kann. [Engelhardt o.D., o.S.]

Ich möchte diesem Sextett zwei weitere Prinzipien anfügen, welche sich im bisher Erwähnten nicht widerspiegeln. Für krisenmedizinische (und später auch wehrmedizinische) Dilemmata scheinen sie jedoch von größter Bedeutung zu sein. Hierzu zählen

- das Prinzip der (eingeschränkten) Neutralität bzw. Unabhängigkeit und
- das Prinzip der Verantwortlichkeit für die Gesellschaft.

Auf der Grundlage dieser allgemeinen Prinzipien gründet das vertrauensvolle Arzt-Patienten-Verhältnis. Man hat die Grundlage dieses Bundes als "beneficence in trust", Fürsorge auf der Basis des Vertrauens, genannt: Der Arzt handelt im besten Interesse des Patienten; dieses Handeln muss von gegenseitigem Vertrauen getragen sein. [Sass 1991]

Während das Prinzip der Autonomie relativ neuzeitlichen Ursprungs ist, so finden sich die Prinzipien Gerechtigkeit, Nutzen und Nichtschaden bereits im hippokratischen Eid aus dem 5.-4. Jhdt. v. Chr. [Engelhardt o.D., o.S.] In Zusammenschau mit den "Guiding Principles" der Commonwealth Medical Association (National and International Ethics Committees / United Kingdom) [Harvard 1995] lässt sich unter dem Prinzip der Autonomie das Prinzip der Freiheit und Patientenselbstbestimmung sowie das Prinzip der Aufklärung und Einwilligung mit dem Recht auf Information (informed consent) subsumieren. Dieses Prinzip wird in der Krisenmedizin sicherlich wenig an Bedeutung erlangen, wenn auch Jan P. Beckmann in der Notfallmedizin die Autonomie des Individuums an oberste Stelle setzt. [Beckmann 1997]

In der Notfallsituation kann bekanntlich die Entscheidung des Patienten, der nach dem Prinzip der Autonomie ein hoher Rang eingeräumt wird, oft nicht oder nur begrenzt eingeholt werden. Die gegebene Situation und die therapeutischen Möglichkeiten mit ihrem Nutzen und Risiko können dem Patienten nur zu oft nicht erläutert werden. Geschäftsunfähigkeit und mutmaßlicher Wille sind mit ethischen wie auch juristischen Fragen verbunden. Eine Beziehung muß zu den Angehörigen hergestellt werden, die man nicht oder kaum kennt oder in der knapp bemessenen Zeit auch nicht kennenlernen kann. [Engelhardt o.D., o.S.]

Beckmann muss man jedoch zu Gute halten, dass er den Begriff „Autonomie“ nicht ausschließlich auf den informed consent bezieht, sondern wesentlich auf die absolute Unverfügbarkeit des Menschen durch Dritte. [Beckmann 1997] Zudem meint Autonomie im Kant'schen Sinne eine über eine individuelle hinausgehende Entscheidung, die nach dem Vernunftprinzip erfolgt, basierend auf einer Allgemeinheit des Vernünftigen, dem Willen aller Menschen. [Engelhardt 1997] Diese Entscheidung nach dem Vernunftprinzip, wie auch die Unverfügbarkeit des Patienten durch Dritte bleiben freilich unangetastet, sollen

aber an dieser Stelle mit Bezug auf die Allokationsproblematik nicht weiter ausgeführt werden.

Die Prinzipien des „Nutzens“ oder zumindest „Nicht-Schadens“ umfassen ferner die Verpflichtung zur Soforthilfe, die Sorge für hilfsbedürftige und benachteiligte Personen sowie das Prinzip der ärztlichen Fürsorge und im weitesten Sinne die Verantwortung für den Patienten. Möchte man der ärztlichen Fürsorge gerecht werden, so denke ich, muss man an dieser Stelle auch das von der Commonwealth Medical Association aufgeführte Prinzip "Competence to practice" anführen. Theoretisches Wissen und praktische Fähigkeiten des Arztes stellen eine wesentliche Basis zur Erfüllung des Nutzens- bzw. Nichtschadensprinzips dar. Den Prinzipien der Würde und der Tugend ordne ich schließlich den Respekt vor dem Patienten sowie die Befolgung der Schweigepflicht zu: Offenheit dem Patienten und Verschwiegenheit Dritten gegenüber. Vielleicht sollten wir auch besser von einem Prinzip des würdevollen Umgangs als von Würde selbst sprechen, da wir diese als Ziel erklärten, und Ungenauigkeiten bzw. Überschneidungen gerade in der Begriffswahl vermieden werden sollten.

Die National and International Ethics Committees der Commonwealth Medical Association führten eine Reihe weiterer Prinzipien auf, welche sich nicht immer oben genannten Prinzipien zuordnen lassen. "Health promotion and preventive medicine" könnte zum Prinzip der Verantwortlichkeit für die Gesellschaft zählen - alle weiteren Prinzipien sollen allein der Vollständigkeit halber hier Erwähnung finden:

- Relationship with medical colleagues
- Relationship with other health workers
- Relationship with traditional practitioners
- Medical research and
- Transplantation.

Wenn man auch glauben möchte, letzteres Prinzip, welches die Transplantation von Organen thematisiert, würde hilfestellend auf Zuteilungsprinzipien Anwendung finden können, so bemerkt man im Kommentar der Literaturstelle, dass das Hauptaugenmerk hier primär auf den Donor gerichtet ist. Für den Empfänger wird lediglich gesetzt: "The selection of recipients for available organs should be made on the basis of their medical suitability for the procedure" [Harvard 1995, S. 253], was zumindest einen Hinweis gibt auf die später zu diskutierenden Kriterien für die Allokation von Hilfe.

Die Obsoleszenz bzw. Ergänzungsbedürftigkeit der tradierten medizinischen Ethik angesichts (solcher und anderer) neuartiger Probleme ist auch in professionellen Ethikkreisen nicht unbemerkt geblieben, weshalb von dieser Seite neuerdings verstärkt Bemühungen zu einer Neubestimmung unternommen

werden. Das ist sicher nützlich. Der Ertrag dieser Bemühungen lässt bislang allerdings zu wünschen übrig. Das liegt nicht zuletzt daran, dass die entsprechenden Gestaltungsvorschläge oft in Unkenntnis der Kontextbedingungen und der Komplexität der betreffenden Probleme entwickelt werden, so dass sie nicht selten unpraktikabel sind oder naiv wirken. Eine weitere Schwierigkeit ist, dass mit der Formulierung abstrakter Prinzipien für die Praxis nur wenig gewonnen ist, weil sie, um instruktiv zu sein, erst in problemnahe „policies“ übersetzt werden müssen. [Schmidt 2004, S. 86]

Dieser Schwierigkeit der Umsetzung allgemeiner ärztlicher und humanitärer Prinzipien muss durch Konkretisierung der Handlungsanweisungen Rechnung getragen werden. Ich denke, dass gerade das Prinzip Gerechtigkeit zentraler Ausgangspunkt für die folgend zu beschreibenden Organisationsprinzipien der Mittelverteilung im Katastrophenfall ist, während die anderen der erwähnten Prinzipien lediglich den Handlungsrahmen abstecken. In Krisensituationen, in denen nur ein Minimum an Prinzipien verwirklicht werden kann, ist es wichtig zu wissen, welches die ersten und grundlegendsten Prinzipien sind. Entsprechend unseren Zielsetzungen scheinen mir daher neben der zentral zu wertenden Gerechtigkeit das Prinzip des würdevollen Umgangs sowie das Nichtschadensprinzip - noch vor dem Nutzenprinzip - die führenden Handlungsgrundsätze zu sein.

Verblüffend ist jedoch, dass gerade in den "Guiding Principles" der National and International Ethics Committees der Commonwealth Medical Association das Prinzip der Gerechtigkeit keine Erwähnung findet. Doch gerade dieses scheint der Dreh- und Angelpunkt, möchte man auf die allgemeinen ärztlichen Prinzipien Handlungsgrundsätze zur Mittelallokation begrenzter Ressourcen aufbauen. Entschuldigend könnte man anführen, die "Guiding Principles" würden mehr den individuellen, direkten Arzt-Patienten-Kontakt betreffen, doch nicht nur in Katastrophensituationen ist man mit der Zuteilung begrenzter Mittel konfrontiert, gerade in der Alltagsmedizin sieht man sich im Rahmen der Gesundheitsreform mit gedeckelten Budgets immer wieder mit der Frage nach gerechter Zuteilung limitierter Güter bei prinzipiell unerschöpflichem Bedarf konfrontiert.

Gerechtigkeit wurde bereits von Platon in seiner Politeia als oberste der Kardinaltugenden beschrieben, welche die Tugenden der Weisheit, Tapferkeit und Mäßigung unter sich fasst. Für Platon hatte der Begriff ‚Gerechtigkeit‘ jedoch in seiner Staatsphilosophie eine andere Bedeutung als er sie für uns heute haben mag. „Dieses also, ..., scheint die Gerechtigkeit zu sein, daß jeder das Seinige verrichtet.“ [Eigler 1990, S. 321 (Politeia 433b)] Indem jeder sich auf das Seinige beschränkt und seine Stellung im Staat ausfüllt, so meint Platon, entstünde die Harmonie des öffentlichen Ganzen (als Abbild der Seele mit Ihren Teilen). Abgesehen von der antiquierten Vorstellung, welche im Grunde kaum einen Standeswechsel zulässt, glaube ich nicht, dass mit dieser Harmonie des öffentlichen Ganzen eine Solidarität gemeint ist, aufgrund derer jeder für den anderen entritt.

Die Gerechtigkeit, die wir einer „gerechten Mittelzuteilung“ zugrundelegen, fußt vielmehr auf den Ausführungen Aristoteles' in seiner Nikomachischen Ethik. Auch für ihn handelt es sich bei der Gerechtigkeit um die vortrefflichste aller Tugenden, denn Gerechtigkeit sei Trefflichkeit in vollkommener Ausprägung - „in ihrer Bezogenheit auf den Mitbürger". [Flashar 1991, S. 97 (NE Buch V 1129b)]

Die Gerechtigkeit in diesem Sinn ist also nicht ein Teil der ethischen Werthhaftigkeit, sondern die Werthhaftigkeit in ihrem ganzen Umfang. [Flashar 1991, S. 98 (NE Buch V 1130a)]

Für Aristoteles stellt Gerechtigkeit die Achtung des Gesetzes, der gleichmäßigen Verteilung der Güter wie der bürgerlichen Gleichheit dar. Er bezeichnet ein Handeln als gerecht, „welches den Zweck hat, das Glück sowie dessen Komponenten für das Gemeinwesen hervorzubringen und zu erhalten“ [Flashar 1991, S. 97 (NE Buch V 1129b)]. Doch Gerechtigkeit hat mehrere Erscheinungsformen. Aristoteles unterscheidet eine Gerechtigkeit, welche dem Gebiet der umfassenden Trefflichkeit zuzuordnen ist und mit Gesetzestreue in Zusammenhang steht von einer dieser untergeordneten „Gerechtigkeit als Teilerscheinung“. Letztere meint die Achtung der (bürgerlichen) Gleichheit.

Daß es also mehr als eine Erscheinungsform der Gerechtigkeit und außer der alles umfassenden Trefflichkeit noch eine besondere Form gibt, ist klar. ... Wir unterscheiden ... beim Gerechten die Achtung vor dem Gesetz und die Achtung vor der Gleichheit. ... Da aber Verletzung der Gleichheit und Verletzung des Gesetzes nicht identisch sind, sondern sich zueinander verhalten wie der Teil zum Ganzen - jede Verletzung der Gleichheit ist nämlich eine Verletzung des Gesetzes, aber nicht jede Verletzung des Gesetzes ist eine Verletzung der Gleichheit -, so ist ... die Gerechtigkeit in dem einen Sinn ... ein Teil der Gerechtigkeit im anderen Sinn [Flashar 1991, S. 99 (NE Buch V 1130b)]

Dieser „Gerechtigkeit als Teilerscheinung“ weist Aristoteles zwei Grundformen zu. Er unterscheidet die Verteilungsgerechtigkeit (*iustitia distributiva*) von der Gerechtigkeit vertraglicher Beziehungen (*iustitia commutativa*). Bei letzterer werden freiwillige und unfreiwillige vertragliche Beziehungen unterschieden. Das Gerechte hier bedeutet zwar eine bestimmte Gleichheit, doch eine rein arithmetische.

Das Gesetz schaut nur auf den Unterschied zwischen Höhe (des Unrechts und) des Schadens, es betrachtet die Partner als gleich - ob der eine das Unrecht getan und der andere es erlitten hat, ob der eine den Schaden verursacht hat und der andere davon betroffen worden ist. Daher versucht der Richter diese Form des Ungerechten - sie ist Verletzung der Gleichheit - auszugleichen. ...

So ist das Gerechte als ein Regulierendes nichts anderes als die Mitte zwischen Verlust und Gewinn. [Flashar 1991, S. 103 (NE Buch V 1132a)]

Möchte man ethische Dilemmata einer Krisenmedizin beleuchten geht es um die austeilende Gerechtigkeit und nicht um eine ausgleichende. Bei der Verteilungsgerechtigkeit bedeutet nun das Gerechte zwar ebenfalls Gleichheit, doch eine Gleichheit, welche nicht arithmetisch gemeint, sondern geometrisch proportional ist.

Nachdem ... das Gleiche ein Mittleres ist, muß das Gerechte wohl ein Mittleres sein. Nun setzt aber das Gleiche mindestens zwei Glieder voraus. Folglich muß das Gerechte ein Mittleres und Gleiches sein und eine Beziehung aufweisen, und zwar auf bestimmte Personen. Und sofern es ein Mittleres ist, muß es Mittleres von etwas sein, nämlich zwischen dem Zuviel und dem Zuwenig liegen; sofern es ein Gleiches ist, muß es dies für zwei Glieder, sofern es aber ein Gerechtes ist, muß es dies für bestimmte Personen sein.

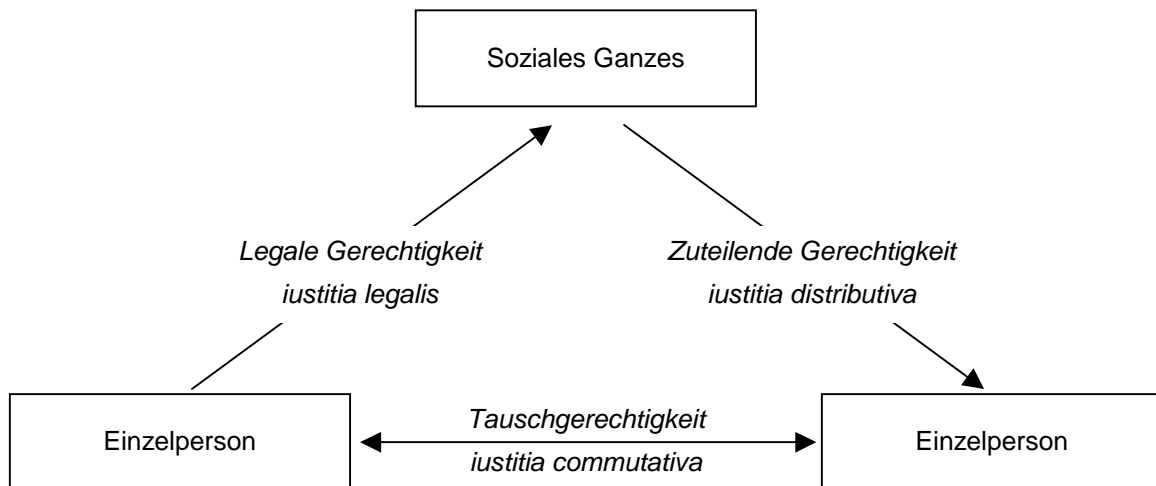
Also muß das Gerechte eine Mindestzahl von vier Gliedern aufweisen, denn die Menschen, für die es das Gerechte darstellt, sind zwei, und die Dinge, an denen es in Erscheinung tritt - die (zu verteilenden) Objekte -, sind zwei. Und zwar wird die Gleichheit dieselbe sein für die in Frage stehenden Personen und für die Sachen. Denn so wie die letzteren, nämlich die Sachen, zueinander in einem Verhältnis stehen, so auch die Personen. Denn wenn die Personen nicht gleich sind, so werden sie nicht gleiche Anteile haben können, sondern hieraus ergeben sich die Streitigkeiten und Zerwürfnisse, wenn entweder gleiche Personen nicht-gleiche Anteile oder nicht-gleiche Personen gleiche Anteile haben und zugeteilt erhalten. Ferner wird dies klar aus dem Begriff der „Angemessenheit“. Denn das Gerechte bei den Verteilungen muß nach einer bestimmten Angemessenheit in Erscheinung treten ...

Das Gerechte ist also etwas Proportionales ... Proportion ist nämlich Gleichheit der Verhältnisse und setzt mindestens vier Glieder voraus. ...

Und dieses Gerechte bedeutet das Mittlere ...; denn das Proportionale ist ein Mittleres und das Gerechte ein Proportionales. [Flashar 1991, S. 101-102 (NE Buch V 1131a-b)]

Josef Pieper setzt die aristotelischen Gerechtigkeitsbegriffe wie in Abbildung 2 dargestellt in Beziehung [Pieper 1954].

Abb. 2: Aristotelische Gerechtigkeitsbegriffe nach Pieper



Ich möchte ferner eine relativ neuzeitliche „Theorie der Gerechtigkeit“ ansprechen, welche von dem Amerikaner John Rawls stammt. Rawls' Ziel war es, im Sinne eines egalitären Liberalismus ein gerechtes soziales Miteinander zu entwerfen. Hierzu nimmt Rawls einen fiktiven gesellschaftlichen Urzustand an, in dem ...

niemand weiß, in welcher gesellschaftlichen Lage er sich in der realen Gesellschaft vorfinden wird Rawls nennt dies im fiktiven Urzustand einen Zustand der Unwissenheit, der durch einen <Schleier der Unwissenheit> («veil of ignorance») herbeigeführt wird. Hinter diesem Schleier verschwinden alle Kontingenzen der gesellschaftlichen Lage, die eine Unparteilichkeit des Gerechtigkeitsurteils verhindern. Hierzu zählt Rawls nicht nur die soziale und wirtschaftliche Stellung in der Gesellschaft, sondern auch die eigenen natürlichen Eigenschaften wie Intelligenz und Stärke, die eigene Vorstellung vom Guten und die Generationszugehörigkeit [Hastedt 1994, S. 202]

Nach Rawls werden sie [die späteren Gesellschaftsmitglieder, d.A.] sich für zwei Grundsätze entscheiden: einerseits gleiche Rechte (oder Chancen) für jedermann, andererseits Ungleichheit in der Verteilung, soweit die gesamte Gesellschaft, auch die Unterschicht, von der Ungleichheit Vorteile hat (...). Nach Rawls entspricht eine so strukturierte Gesellschaft sowohl unserem moralischen Empfinden wie rational begründbaren Prinzipien. [Störig 1993, S. 715]

Rawls „Theorie der Gerechtigkeit“ gilt heute als klassischer Ausgangspunkt für die Regelung der Allokationsproblematik. [Illhardt et al. 1995] In einer Zweistufigkeit sollen zunächst für alle gleiche Zugangsmöglichkeiten zur medizinischen Ressource gelten. Schließlich werden aber auch Ungerechtigkeiten in der Verteilung zugelassen, sofern kei-

ne Benachteiligungen resultieren oder aber - und dies scheint in der Krisenmedizin nicht umsetzbar zu sein - gegenwärtig unvermeidbare Benachteiligungen einer Gruppe dadurch ausgeglichen werden, dass das aktuell benachteiligende Vorgehen bereits den Grundstock für eine Rehabilitierung dieser Menschen legt.

5.2.2.2. Allokations-, Organisations- bzw. Zuteilungsprinzipien

Handlungsgrundsätze, welche die Mittelverteilung begrenzter Ressourcen regeln sollen, möchte ich Allokations-, Organisations- oder eben Zuteilungsprinzipien nennen. Sie sind den allgemeinen humanitären und ärztlichen Prinzipien nachgeordnet und grenzen sich von ihnen insbesondere dadurch ab, dass sie spezifiziert für das Problem der Mittelverteilung tiefer ins Detail gehen. Die Formulierung derartiger Organisationsprinzipien ermöglicht eine theoretische Analyse in Frage kommender Allokationsverfahren mit Abschätzung der daraus resultierenden Folgen.

Zieht man Gerechtigkeitsprinzipien, explizit die *iustitia distributiva*, als Grundlage für derartige Handlungsgrundsätze heran, so stößt man jedoch alsbald auf Schwierigkeiten. Aristoteles ging in seiner Darstellung der Verteilungsgerechtigkeit von zwei Personen und zwei zu verteilenden Gütern aus. Beide waren dem Verteilenden bekannt, die Situation überschaubar und rational zu fassen. In Katastrophensituationen herrschen jedoch prinzipiell unterschiedliche Voraussetzungen. Das Ausmaß des Unglücks ist zur Zeit dringend benötigter Hilfe meist nicht abschätzbar, die Zahl der Verletzten und deren Bedürftigkeit nicht zu fassen. Zudem fehlt es häufig an genauer Kenntnis, wie viel der Ressource zur Verfügung steht bzw. nachgeführt werden kann. Katastrophen unterscheiden sich somit von der aristotelischen Ausgangslage durch die initiale Unüberschaubarkeit und Unwissenheit des zu Verteilenden. Wenn nun Aristoteles eine Mittelverteilung der Verhältnismäßigkeit nach fordert, impliziert er uneingeschränkt das Wissen um alle Beteiligten ähnlich einer mathematischen Proportionalitätsrechnung. Ferner fordert er die Einschätzung der Bedürftigkeit im Sinne einer - durchaus abstrakt gefassten - Wertung, welche ein In-Bezug-Setzen der „Anwärter“ ermöglicht. Zudem liegt bei Aristoteles eine statische Situation der Bedürftigen (zumindest jedoch ein statisches Verhältnis) vor, welches zeitliche Veränderungen in der Zahl der Bedürftigen wie der Bedürftigkeit an sich in keinsten Weise berücksichtigt. Die Schwierigkeiten eines initialen Unwissens verbunden mit der zeitlichen Dynamik auftretender Katastrophensituationen scheint eine Verteilungsgerechtigkeit im aristotelischen Sinne unrealisierbar zu machen. Somit denke ich, dass eine *iustitia distributiva* nicht auf die Gesamtszene einer Katastrophe übertragbar ist und lediglich für überschaubare Kleinunfälle oder aber einen übersichtlichen Teilbereich der Katastrophe möglich und umsetzbar ist. Eine Verteilungsgerechtigkeit für das Gesamtausmaß einer Katast-

rophe zu postulieren, mag als Zielsetzung den richtigen Weg vorgeben und eher leitenden Charakter haben als tatsächlich realisiert werden zu können.

Um dennoch an den eingangs gesetzten Zielen festzuhalten, muss man sich von einem „Werten“ der Bedürftigen lösen, da bei Unvollständigkeit der Information eine Proportionalität nicht fassbar gemacht werden kann. Jede Mittelverteilung basierend alleine auf Teilwissen würde ungerecht. Aus diesen Gründen möchte ich Organisationsprinzipien, welche auf einem „Nicht-Werten“ von Bedürftigen basieren, denjenigen gegenüberstellen, welche eine Wertung der Patienten zwingend erfordern. Zu ersteren zähle ich

- ein sogenanntes Basisprinzip krisenmedizinischer Allokation,
- das Prinzip der natürlichen Lotterie oder Schicksalhaftigkeit
- die Prinzipien: "first come, first served" oder "last in, first out",
- das Prinzip der gleichmäßigen Ressourcenverteilung,
- das Vertragsprinzip,
- das Prinzip der Entscheidung aus Mitleid und Mitgefühl und
- das Risiko-Nutzen-Prinzip ("risk-benefit-ratio")

Kennzeichnend für diese Prinzipien ist, dass sie keiner Kriterien zur Patientenpriorisierung bedürfen. Vielmehr entscheidet man sich, nicht zu entscheiden, was nicht gleichbedeutend sein soll mit der Entbindung von Verantwortung. Das Nicht-Entscheiden wird bewusst entschieden, da es in bestimmten Situationen die beste, um nicht zu sagen gerechteste Lösung ist. Diese Situationen, denke ich, finden sich insbesondere zu Beginn einer Katastrophenhilfe. Ein Überblick über das Ausmaß der Situation ist nicht möglich, eine Verteilungsgerechtigkeit im Sinne der aristotelischen *iustitia distributiva* nicht realisierbar. Ferner kann das Überleben aller auch bei optimaler Verteilung der begrenzten Ressourcen (was auch immer wir unter ‚optimal‘ verstehen mögen) nicht sichergestellt werden.

Darüber hinaus dient die Blindheit dazu, unserer Verweigerung von Unterscheidungen Ausdruck zu geben, mit denen tragische Konsequenzen verbunden sind: Sie erlaubt uns, zu wählen, wenn wir das Wählen nicht mehr ertragen können. [Calabresi 2004, S. 68]

Das blinde Element ist notwendig und letztlich irreduzibel. [Calabresi 2004, S. 69]

Das sogenannte Basisprinzip einer krisenmedizinischen Allokation möchte ich allen anderen Zuteilungsprinzipien voranstellen und mich bzgl. der Definition an die des Pareto-Prinzips anlehnen, wie es von Weyma Lübbe dargestellt wurde:

Es [das Pareto-Prinzip, d.A.] besagt, dass ein Verteilungszustand, bei dem mindestens eine Person besser gestellt und keine schlechter gestellt ist als bei einem alternativen Verteilungszustand, diesem alternativen Verteilungszustand vorzuziehen ist - und zwar auch dann, wenn die Verteilung dadurch ungleicher wird. ...

Das Pareto-Prinzip bewirkt ..., dass die verfügbare Menge ... jedenfalls zu vergeben ist; es spezifiziert aber nicht an wen. [Lübbe 2004, S. 13]

Dieses Prinzip soll zunächst festlegen, dass keiner seiner vom Schicksal bedingten Ausgangslage beraubt werden darf. Wir bewahren daher nicht nur die Würde des einzelnen, auch wird das allgemeine ärztliche Prinzip des „nil nocere“ sichergestellt. Keinem darf, zu welchem Zweck auch immer, aktiv Schaden zugefügt werden - auch dann nicht, könnten durch seine Schädigung unendlich viele Menschenleben gerettet werden. Ferner soll dieses Prinzip vorgeben, dass alle zur Verfügung stehenden Hilfsmittel verteilt werden müssen. Es stellt sich somit klar gegen den „leveling-down-Einwand“ harter Verfechter des Egalitarismus, die behaupten, dass in Situationen, in denen mit einer Ressource nicht alle gleichermaßen bedacht werden können, diese Ressource auch keinem zugeteilt werden dürfte.

Die eigentliche Bedeutung des Pareto-Prinzips, wie es ursprünglich von Vilfredo Pareto, einem italienischen Ingenieur, Soziologen und Ökonomen formuliert wurde, zielt jedoch auf eine Verhältnismäßigkeit zwischen Aufwand und Ergebnis ab. Im übertragenen Sinne hieße die Anwendung dieses Prinzips auf Krisensituationen, dass diejenige (wenn auch kleinste) Gruppe bevorzugt werden sollte, der am effektivsten geholfen werden kann - somit mit geringstem Mittelaufwand maximaler Nutzen resultiert. Dies kann jedoch von Lübbe an oben genannter Stelle nicht gemeint sein. Um Verwirrungen in der Begrifflichkeit zu vermeiden halte ich es daher für angemessen, bei dargestellter Definition von einem ‚Basisprinzip krisenmedizinischer Allokation‘ zu sprechen.

Sollten von einer Gemeinschaft Ressourcen für den Krisenfall vorgehalten werden, welche aus den Beiträgen aller Mitglieder einer Gesellschaft finanziert wurden, so kommt das Vertragsprinzip zur Geltung. Die Gemeinschaft unterliegt einer Hilfeleistungspflicht aufgrund einer, wenn auch hypothetischen, vertraglichen Beziehung. Die Ressource ist Eigentum der Gemeinschaft bzw. in Teilen Eigentum jedes einzelnen. Die Bevorratung der Ressource wurde für den Fall einer Katastrophensituation erworben, ohne Wissen der einzelnen um deren Beteiligung an der Katastrophe. Unter diesem „Schleier der Unwissenheit“ (vgl. Kap. 5.2.2.1) wurde hypothetisch der Einsatz der Ressource zu Gunsten aller Betroffenen vereinbart. Dennoch ist nicht festgelegt, wer wie viel von der betreffenden Ressource erhält. Die Vertragstheorie unterstreicht in diesem Falle nur das obige Basisprinzip einer krisenmedizinischen Allokation, welchem zufolge die zur Verfügung stehende Ressource zur Verteilung kommen muss.

Allokation kann auch auf Schicksalhaftigkeit basieren, was in den Prinzipien der natürlichen Lotterie oder seinen Spielarten, den Prinzipien "first come, first served" oder (wie häufig im Rahmen von Rettungsboot-Dilemmata zitiert) "last in, first out" vertreten ist. Betrachten wir zwei Gruppen von Menschen, die einer Katastrophe zum Opfer gefallen sind: die eine Gruppe ganz in der Nähe der Rettungskräfte, die andere durch einen Erdbeben von den Rettungskräften separiert. In solchem Falle würde erstere Gruppe Nutznießer vom Prinzip "first come, first served" sein, da sich die Rettungskräfte zunächst um diese kümmern und deren Überleben sicherstellen - ungeachtet dessen, dass innerhalb dieser Gruppe eine Selektion stattfinden müsste. Die schwer erreichbare Gruppe müsste bei der Ressourcenzuteilung zurückstehen. Schicksalhafte Prinzipien haben ferner den Vorteil der Anonymität und damit der besseren Akzeptanz bei allen Betroffenen. Ich möchte dies an einem anderen Beispiel erörtern: Nehmen wir an, es herrsche eine Situation vor, in der sich jeder Verletzte in einer vom Schicksal bestimmten Ausgangslage (A_0) befindet. Nehmen wir ferner an, die Versorgung der Patienten würde nicht vor Ort, sondern in einem Verbandszentrum und der Verwundetentransport nach dem amerikanischen Vorgehen "load and go" erfolgen. Würde nicht hier bereits eine natürliche und vom Schicksal bestimmte Selektion eintreten, da nur diejenigen weiterbehandelt werden könnten, welche auch das Zentrum erreichten? Es wäre somit der menschlichen Entscheidung eine schicksalhafte Komponente vorgeschaltet, die zu einer (gewollten) Anonymität der „Todesurteile“ führt und das helfende Personal entbindet, selbst ein „Nicht-Behandeln“ festlegen zu müssen. Ferner würden Ressourcen gespart, welche für den effektiveren Einsatz vorgehalten werden könnten. So widerstrebend eine derartige Lösung auch klingen mag, in Zeiten, in denen auch bei optimaler Ressourcenverteilung das Leben aller nicht gesichert werden kann, scheint sie durchaus gangbar zu sein. Das Urteil des Schicksals würde bei bekanntem und akzeptiertem Vorgehen weit weniger in Frage gestellt werden als eine durch Menschen bedingte Entscheidung. Schicksalhaftigkeit hat in den Augen der Menschen etwas Absolutes, etwas Göttliches oder gar Gottgewolltes. Mit dem Schicksal kann man nicht ringen, Entscheidungen der Menschen hingegen durchaus anzweifeln, auch wenn sie auf einem gleichgestellten Losverfahren begründet wären.

Los-, Lotterie- oder Zufallsverfahren sind aktiv von Menschen herbeigeführte Schicksalhaftigkeiten und lassen sich nur rechtfertigen, wenn niemand das Losverfahren manipulieren oder umgehen kann. Die Frage wird demnach nicht lauten, warum der eine oder andere „den kürzeren gezogen“ hat, sondern, warum überhaupt gelost wurde. Hierbei ist anzumerken, dass Losverfahren in ihrer Anwendung durchaus Einschränkungen erfahren. Gerade für Probleme einer Makroallokation sind sie nicht tauglich. „Bestenfalls sind Losverfahren bei Mikroallokationen zweckmäßig, ...“ [Calabresi 2004, S. 66] Doch auch in Situationen einer Mikroallokation können Lotterieverfahren zu deutlich ungerechten Er-

gebnissen führen, wenn beispielsweise die Unterschiedlichkeit der Bedürftigkeit klar bekannt ist.

Daher ist auch eine gleichmäßige Verteilung lebensrettender Ressourcen im Sinne einer ungezielten Streuung als Verschwendung wertvoller Hilfsmittel zu verurteilen. Sie steht dem Prinzip „*nil nocere*“ klar entgegen. Dadurch, dass unreflektiert verteilt wird, wird der eine zuviel, der andere zu wenig seinen Bedürfnissen entsprechend bekommen. Zudem beraubt man sich der Möglichkeit *nach* besserem Wissen, Ressourcen „gerechter“ verteilen zu können, da derjenige, der mehr als nötig bekam, die Ressource kaum zurückgeben wird bzw. kann. Mit Bekanntwerden von Differenzen und der Möglichkeit Proportionalitäten darstellen zu können, endet der Spielraum für Prinzipien, welche auf einem „Nicht-Werten“ basieren.

Des weiteren möchte ich das Prinzip der Mitleidsentscheidung erwähnen, welchem ich große Bedeutung beimesse. Wenn auch Irrgang bekräftigt, dass sich hierauf keine begründete ethische Argumentation aufbauen lässt [Irrgang 1995b], so glaube ich dennoch, dass in Situationen, in denen man nicht werten kann (nicht: nicht will!), Entscheidungen direkt aus dem Bauch heraus und ohne rationalen Kalkül gefällt werden dürfen. Auch bin ich der Meinung, dass die Hilfeleistung zu einem größeren Erfolg führt, verrichtet man sie aus emotionaler Neigung mit mehr Engagement und Motivation. Ich entscheide mich automatisch für das, was ich mir eher zutraue, was ich kann, gerade wenn zwei Patienten „gleichbedürftig“ sein sollten. In Situationen in denen sich Wertkonflikte nicht mehr rational lösen lassen, müsse einfach gewählt werden. Hierbei wird jedoch die Willkürautonomie eines jeden Individuums mit seinen persönlichen Präferenzen zum letzten Maßstab [Irrgang 1995b], was Ausnahmesituationen vorbehalten bleiben soll. Insbesondere sollte diese Entscheidungsverkürzung nicht zum Tragen kommen, bieten sich nachvollziehbare und gerechtere Verfahren an. Diese basieren jedoch meist auf Kriterien mit deren Hilfe ein Werten von Betroffenen erfolgt. Das Prinzip der Entscheidung aus Mitleid und Mitgefühl dient daher vorwiegend außenstehenden Helfern, die zu keiner gerechten Verteilung von Ressourcen verpflichtet sind. Durch ihren Beitrag wird weniger das Problem einer fairen Allokation angesprochen als vielmehr das Gesamtvolumen der Ressource erhöht. Sollten Außenstehende durch mitleiderregende Kinderaugen in Nachrichten, Spendenauf-rufe oder Benefiz-Veranstaltungen Betroffenheit entwickeln und Hilfe gewähren, so wird das Allokationsproblem kaum angesprochen.

Zuletzt möchte ich das Risiko-Nutzen-Prinzip oder angloamerikanisch „*risk-benefit-ratio*“ erwähnen. § 323c StGB legt fest:

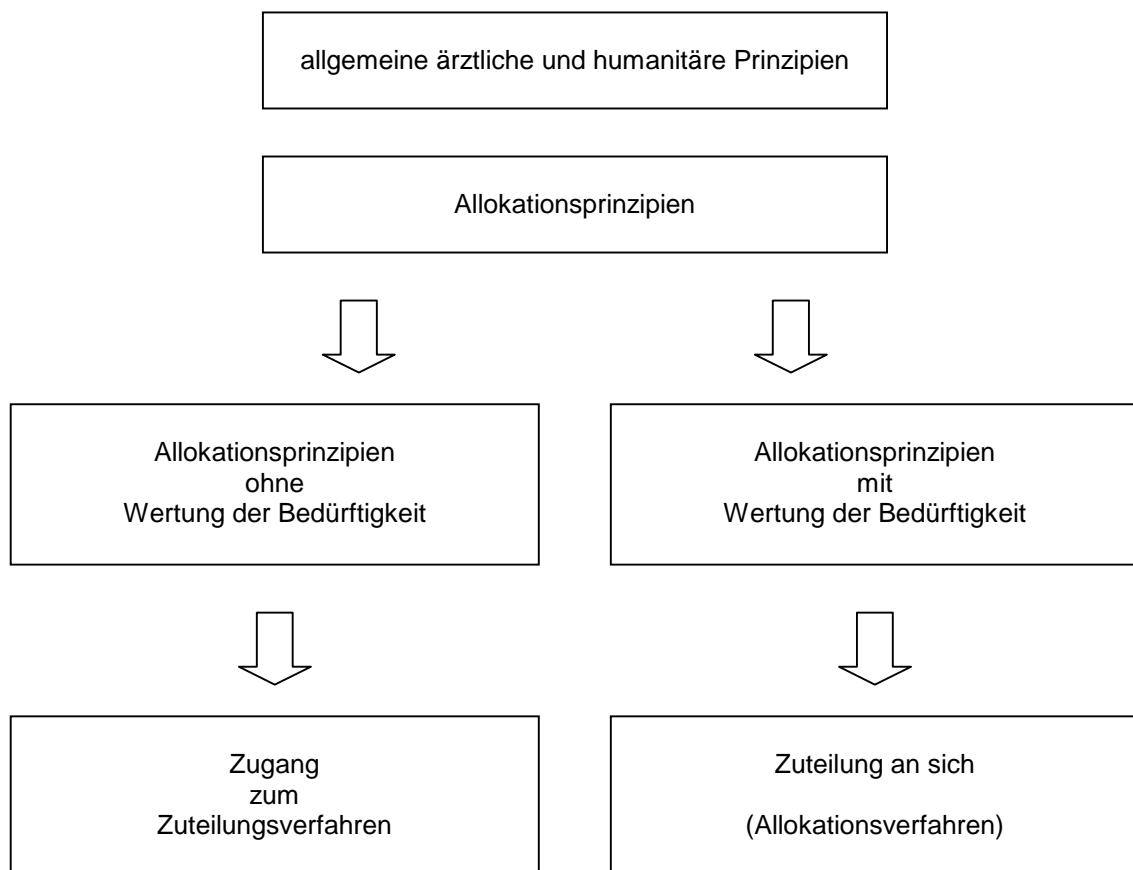
Wer bei Unglücksfällen oder gemeiner Gefahr oder Not nicht Hilfe leistet, obwohl dies erforderlich und ihm den Umständen nach zuzumuten, insbesondere ohne erhebliche eigene Gefahr und ohne Verletzung anderer wichtiger Pflich-

ten, möglich ist, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft. [Schnell 1990, C25 S. 188]

Hieran wird deutlich, dass die Zuteilung von Hilfe in Relation zum Aufwand und Risiko des Helfers steht. Mit dem Risiko-Nutzen-Prinzip erfährt der Helfer ein Recht auf Selbstschutz. Kein Helfer wird demnach juristisch wie ethisch Unrecht begehen, sollte er Hilfe im Falle unzumutbarer Gefahr verweigern.

In der bisherigen Diskussion wurde versucht, für Patienten den Zugang zur Ressourcenverteilung zu regeln. Es wurde lediglich sichergestellt, dass die Ressource verteilt wird. Ferner konnte auch festgelegt werden, wer zu welchem Zeitpunkt Anteil an der Ressource haben sollte. Ungeachtet blieb jedoch eine quantitative Zuteilung. Dies wird über Zuteilungskriterien gesteuert werden müssen, welche gesondert zu betrachten sind, insbesondere dann, wenn ein Überleben aller nicht garantiert werden kann. Abbildung 3 verdeutlicht nochmals das Splitting von Verteilungsprinzipien.

Abb. 3: Einteilung der Allokationsprinzipien



Ich möchte an dieser Zweistufigkeit der Allokation festhalten, die klar den Zugang zum Verteilungsverfahren von der Verteilung selbst abgrenzt. Rawls lieferte hierzu die Idee, indem er einerseits Chancengleichheit bezüglich des Zugangs zum Verteilungsverfahren fordert, andererseits das Verteilungsverfahren selbst abgrenzt, für welches er auch Ungleichheiten (aber zu jedermanns Vorteil) zulässt. Sein Gedanke vom „Schleier der Unwissenheit“ würde übertragen eine vermeintliche Gleichheit aller Gesellschaftsmitglieder beschreiben, wobei keiner vor einer Katastrophe weiß, ob er betroffen sein wird und wie viel Schaden er erleidet (Wissensgleichheit). Hierauf soll angeblich ein als hypothetisch anzunehmender Konsensus beruhen, welcher vor der Katastrophe von allen hinsichtlich einer gerechten, fairen und effektiven Zuteilung begrenzter Ressourcen mit dem Ziel der Maximierung der Überlebenszahl getroffen wird. Lübke spricht von einem ex ante Konsensus. Ich denke jedoch, dass von einem derartigen Konsens nicht ausgegangen werden kann, da ein „Schleier der Unwissenheit“ weder für das Beteiligtsein an der Katastrophe noch für das Ausmaß des Betroffenseins gegeben ist. In Anlehnung an ein Beispiel von John M. Taurek [Taurek 2004] möchte ich folgenden Fall skizzieren: Nehmen wir an, Menschen lebten auf einer Insel, welche in derer nördlichen Hälfte einen Vulkan aufweist. Der Vulkan sei aktiv und könnte jederzeit ausbrechen. Sollte es zu dieser Katastrophe kommen, so würde der kleinere nördliche vom größeren südlichen Teil abgeschnitten. Letzterer sei zudem durch Flugverkehr erschlossen. Nähme man hier einen hypothetischen Diskurs vor einer möglichen Katastrophe an, so könnte man keinesfalls davon ausgehen, dass es zum ex ante Konsensus käme, da der nördliche Anteil der Insel systematisch benachteiligt wäre. Ferner weiß jeder um seinen Gesundheitszustand, der nicht für alle als vergleichbar oder gar gleich gesetzt werden kann. Gleicher Schaden durch die Katastrophe bewirkt bei unterschiedlichen Personen ein unterschiedliches Geschädigtsein. Ein schwer an Diabetes mellitus erkrankter Mensch wird mit Sicherheit im Rahmen einer Verschüttung oder Einklemmung innerhalb weniger Stunden evtl. in Lebensgefahr geraten, während in derselben Situation ein Gesunder durchaus über Tage verharren könnte. Ungleichheiten gerade in der „Ausgangs- oder vorkatastrophalen Gesundheit“ lassen einen hypothetischen Konsensus, welcher von einer Gleichstellung aller ausgeht, nicht zu. Ein wie auch immer geartetes hypothetisches Übereinkommen vor einer Katastrophe kann nur zustande kommen, wenn strikt Unwissenheit vorherrscht. Dies dürfte jedoch in den wenigsten der Fälle bestehen.

Nimmt man dennoch einen hypothetischen Diskurs an, so würde jeder für sich und damit für alle Chancengleichheit fordern. Dies würde für Katastrophensituationen gleiche Chancen für den Zugang zum Verteilungsverfahrens bedeuten und voraussetzen, dass jeder Mensch als gleichberechtigt angesehen wird. An dieser Stelle, so nehme ich an, würden alle Beteiligten zunächst denjenigen Prinzipien zustimmen, die nicht auf Kriterien und somit einem Werten von Menschen beruhen. Solange keine Kriterien zur Entscheidungsfin-

derung erforderlich sind, kann immer von einer ex ante Gleichheit ausgegangen werden. Ein Nichtwissen braucht nicht zu existieren.

Für die quantitative Allokation begrenzter Ressourcen jedoch werden Kriterien erforderlich, die eng assoziiert sind mit der Beurteilung und Wertung der Betroffenen. Es müssen daher für die zweite Stufe des Verteilungsverfahrens Prinzipien angeführt werden, welche ein aktives Entscheiden bezüglich der quantitativen Zuweisung von Ressourcen basierend auf Beurteilungskriterien einfordern. In der Literatur finden sich im wesentlichen zwei Grundrichtungen dieser Zuteilungsprinzipien, die durchaus als wichtigste Säulen einer Allokationsdebatte begriffen werden dürfen. An erster Stelle seien all diejenigen Zuteilungsverfahren genannt, die auf eine gerechte Mittelverteilung abzielen und somit auf der bereits dargestellten aristotelischen *iustitia distributiva* oder dem Gerechtigkeitsprinzip nach Rawls gründen. An zweiter Stelle, ohne dies als Wertung zu verstehen, sei der Utilitarismus genannt, auf welchen im folgenden Kapitel noch ausführlicher eingegangen werden soll. Abgeleitet vom lateinischen Wort „*utilis*“ meint er ein Nützlichkeitsdenken. Geprägt insbesondere von Francis Bacon, Jeremy Bentham und John St. Mill bedeutet das Zugrundelegen des utilitaristischen Prinzips in der Philosophie, dass Handlungen geboten sind mit dem nach Franz Böckle formulierten Ziel: „größtmöglicher Nutzen für möglichst viele“ [Böckle 1983, S. 854] oder angloamerikanisch ausgedrückt: „best for most“. Unter „best“ wird bisweilen größtes Glück verstanden, weshalb man auch von einem „greatest-happiness-principle“ spricht. Hierbei geht Bentham davon aus, dass Schmerz und Angenehmes einer Gemeinschaft als Summe der Gefühle ihrer Einzelmitglieder aufgefasst werden müssen. [Irrgang 1995b]

Daneben existieren eine Reihe anderer Prinzipien z.T. als vereinfachte Abwandlung der o.g. beiden Grundrichtungen. Das Prinzip der „Herrenmoral“ sieht vor, die Stärkeren vorrangig zu versorgen und lehnt sich damit an den Utilitarismus an. Auf der anderen Seite zieht das Prinzip der „Sklassenmoral“ (z.B. „Frauen und Kinder zuerst“) die Schwächeren vor. Es versucht entsprechend Aristoteles und Rawls, Ungleichheiten zu nivellieren. Den Stärkeren soll die Hilfe jedoch nicht verwehrt bleiben, sie sollen nur nicht vorrangig behandelt werden - in dem Glauben, sie könnten sich derweilen selbst helfen. Dies mag bei Schiffbrüchigen der Fall sein, wo Männer mit deutlich mehr Kraft evtl. länger schwimmen können als Frauen oder Kinder. Im Grunde müsste dann aber auch der Personenkreis der Schwächeren auf die älteren Menschen ausgedehnt werden. In anderen Katastrophen, in denen das Überleben der einzelnen nicht von der Kräftigkeit der Opfer abhängig ist, sollte dieses Vorgehen sehr kritisch bewertet werden. Oftmals sind Frauen weit durchhaltefähiger als Männer. Wird dennoch an der „Sklassenmoral“ festgehalten, so könnte dies einen anderen Hintergrund haben. Mit Kindern oder Frauen haben wir bisweilen mehr Mitleid als mit Männern. Wir betrachten sie als primär hilfloser und damit schützenswürdiger. Dahinter steht jedoch in nicht geringem Maße die egoistische Sicht Außenstehender, die maß-

geblich der Befriedigung ihres Mitleids Vorrang einräumen. Die emotionale Basis einer solchen Entscheidung lässt sich dadurch belegen, dass eine rationale Beurteilung als unmoralisch abgetan wird. Denn eine Gesellschaft hätte weit mehr davon, würde sie sich zum Prinzip setzen: „Kinder zuletzt“. Die Regeneration von Kindern bedarf wenig Zeit, während das Wissen eines 50- oder 60jährigen nur sehr aufwendig wiederzugewinnen ist, bisweilen auch verloren geht. Warum sollte jedoch der Emotionalität mehr Gewicht beigemessen werden als der Rationalität, zumal Sympathie in ungerechter Weise zu einer systematischen Bevorteilung immer desselben Personenkreises führt?

In der Literatur wird nur selten die systematische Bevorzugung einer bestimmten Personengruppe gefordert. Dieses sind fast ausschließlich Ärzte, wobei angenommen wird, sie könnten noch während der Katastrophe weiteren Menschen das Leben retten.

A doctor is worth many men put together ...

[Homer, Ilias, Elfter Gesang, V514-514 in Lim 1997, S. 1]

... praktisch notwendig und ethisch gerechtfertigt ... [kann] z.B. in Katastrophensituationen die bevorzugte Versorgung von Ärzten oder Verantwortungsträgern [sein], von denen das Wohl der Mitbetroffenen abhängt. [Wolff 1991, S. 111]

Gewisse Abweichungen von der Norm werden auch aus der Katastrophenmedizin berichtet, zum Beispiel zugunsten von Angehörigen medizinischer Berufe mit der Begründung, gerettete Ärzte oder Pfleger könnten zur Rettung und Verlängerung weiterer Leben beitragen. [Schmidt 2004, S. 78]

John Harris bestätigt dies, indem er zwei Arten von Nützlichkeit unterscheidet:

... man kann zur Lebensrettung nützlich sein und man kann mit Bezug auf etwas anderes nützlich sein. Nützlichkeit hinsichtlich der Lebensrettung stellt eine eigenständige Kategorie dar, denn wenn man dem Leben eines Menschen nicht einen zusätzlichen Wert beimisst, dessen Weiterleben zur Folge hat, daß andere Menschen gerettet werden, so heißt das, den Wert des Lebens derjenigen Menschen vollständig außer acht zu lassen, die verloren sind, wenn der Lebensretter stirbt. [Harris 1995e, S. 160]

Doch stellt sich die Frage, ob ein Wissen, ein erlernter Beruf oder die prinzipielle Fähigkeit, Leben zu retten, bereits genügen, diese Sonderstellung einnehmen zu können. Ich denke, auch verletzte Ärzte reihen sich primär in die Liste der Geschädigten ein, die um ihr Überleben bangen und meist selbst nach medizinischer Hilfe noch während der Katastrophenhilfe nicht „nutzenbringend“ eingesetzt werden können. Ausnahmen wird es immer geben, wie Ärzte, welche lediglich eingeklemmt sind und befreit werden müssen

oder aber der Behandlung einer nur leichten Blessur bedürfen. Doch diese Fälle werden nicht die Regel sein. Somit, denke ich, ist nur sehr vorsichtig eine Sonderkategorie von Bedürftigen zu formulieren, welchen eine bevorzugte Behandlung zustünde, selbst wenn die Nützlichkeit gerichtet auf die Betroffenen hin interpretiert würde.

Es bleibt die Frage, ob hinsichtlich der Verteilung von Ressourcen auch für die Betroffenen selbst Prinzipien wie etwa das Solidaritätsprinzip gelten müssen - gerade wenn nach Schopenhauer eine Ethik nicht auf egoistischer Sichtweise fußen sollte. Im Falle eines Kampfes ums eigene Überleben jedoch scheint ein Solidaritätsprinzip nicht umsetzbar zu sein. Eher gilt: „Necessitas non habet legem“, was Samuel v. Puffendorf in seiner Arbeit „Über die Pflicht des Menschen und des Bürgers nach dem Gesetz der Natur“ wie folgt formuliert:

§18 Schließlich wird die Selbsterhaltung so hoch veranschlagt, dass sie in zahlreichen Fällen, wo sie auf andere Weise nicht gewährleistet werden kann, von der Einhaltung der allgemeinen Gesetze befreit. Man drückt das so aus: Not kennt kein Gebot. Da der Mensch also durch einen so starken Trieb zur Selbsterhaltung genötigt wird, spricht keine Vermutung dafür, dass ihm eine Verpflichtung auferlegt ist, hinter der das eigene Wohl zurückstehen muss. [Puffendorf 2004, S. 32]

Seine rechtliche Verankerung findet dies in der Notstandstheorie:

Wo es ums Überleben geht, haben Vorschriften ausgedient. Statt ihrer herrscht der individuelle oder jedenfalls nicht über die engsten Angehörigen hinausreichende Selbsterhaltungstrieb. Wenn das die akute Notlage beherrschende Chaos sich gelichtet hat und die traumatisierten Überlebenden den sicheren Boden des gesellschaftlichen Normalzustands wieder unter den Füßen haben, fragt man besser nicht allzu genau nach, wer wen gestoßen, gezogen, niedergetrampelt oder auch zum Beilspiel der Rettungsweste beraubt hat. Das Institut, das es erlaubt, solche Naturzustandsepisoden in den Rechtszustand zu integrieren, ist der „entschuldigende Notstand“ des Strafrechts (im heutigen deutschen Recht §35 StGB). Er stellt die in solchen Lagen begangenen Tötungsakte straffrei, ohne das an der Tötungshandlung hängende Unrechtsurteil aufzuheben. [Lübbe 2004, S. 21]

5.2.2.3. Stellenwert des Utilitarismus innerhalb der krisenmedizinischen Allokationsproblematik

Bei all den Schwierigkeiten der Anwendung gerechtigkeitsbasierter Prinzipien in Krisensituationen, wie sie oben dargestellt wurden, muss man die Frage stellen, ob nicht eher der Utilitarismus das führende Prinzip innerhalb der dargestellten Allokationsproblematik sein könnte.

Da die Medizin für die Lösung von Verteilungsproblemen ... nichts hergibt, führt an der Suche nach außermedizinischen Begründungsquellen ohnedies kein Weg vorbei. Eine denkbare solche Quelle ist der Utilitarismus, der zu den einflussreichsten allgemeinphilosophischen Ethiken zählt, die heute vertreten werden. [Schmidt 2004, S. 95]

Und tatsächlich scheint auf den ersten Blick gerade der Utilitarismus für Katastrophensituationen prädestiniert zu sein, da er auf ein "best for most" abzielt. Thomas Zoglauer spricht sogar von „Sirenengesängen utilitaristischer Heilsversprechungen“ [Zoglauer 1996, S. 1063] und Hans G. v. Manz behauptet:

Die Vorteile des Utilitarismus sind sein Gebrauch von rationalen, nachvollziehbaren Methoden (Güterabwägung) und der Bezug zu inhaltlichen, konkreten Werten. Sein Blick auf das Allgemeinwohl lässt ihn besonderes für Verteilungsproblematiken geeignet erscheinen. [Manz 1992a, S. 62]

Doch gerade der Blick auf das Allgemeinwohl widerspricht unserer Zielsetzung, vorrangig das Wohl der Betroffenen zu steigern. Der Utilitarismus möchte vielmehr das Wohl im Ganzen steigern, weshalb man auch vom Nutzensummenutilitarismus spricht. Dabei ist nicht gesagt, dass eine Steigerung des Gesamtwohls auch mit einer Zunahme des Individualwohls verbunden sein muss. Mehr noch, der Utilitarismus würde die Schädigung einiger weniger akzeptieren, sollte die Nutzensumme hierdurch vergrößert werden können. Es würde somit das Prinzip gelten: Der Zweck heiligt die Mittel. „Einzelnen kann ungerechtfertigterweise Schaden zugefügt werden, wenn sich dadurch der Nutzen einer Mehrzahl erhöht.“ [Irrgang 1995c, S. 76] Dies widerspricht nicht nur den eingangs gesetzten Zielen, sondern auch den allgemeinen ärztlichen und humanitären Prinzipien des „nil nocere“ wie des würdevollen Umgangs. Zudem steht der Utilitarismus auf Organisationsebene dem Basisprinzip einer krisenmedizinischen Allokation entgegen, welches eine Schlechterstellung Betroffener im Vergleich zur Ausgangslage nicht zulässt. Es darf nicht erlaubt sein, dem einen zu schaden, wenn damit auch mehreren anderen geholfen wer-

den könnte. Wir streben eine Ressourcen*verteilung* an und wollen nicht dem einen nehmen, um anderen zu geben.

Ein weiteres Problem entsteht dadurch, dass der Patient ausschließlich nach seinem Nutzen für die Gesellschaft beurteilt wird. Die Zulässigkeit, den Nutzen eines Betroffenen überhaupt als Beurteilungsmaßstab heranziehen zu dürfen, muss bei der Diskussion um die Allokationskriterien noch ausführlich analysiert werden. Doch zeichnen sich bereits hier eklatante Konsequenzen für Arzt und Patient ab.

Nach dem Utilitätsprinzip ist der Nutzen des Hilfsbedürftigen für die Gesellschaft maßgeblich für seine Begünstigung. Ein solches Vorgehen würde allerdings die Grundlagen des Arzt-Patienten-Verhältnisses, Fürsorge und Vertrauen, zerstören. [Wolff 1991, S. 111]

Der Utilitarismus als Zuteilungsprinzip kann für die Krisenmedizin nur mit Einschränkungen Anwendung finden. Er trägt nicht zwingend und automatisch zur Verfolgung der eingangs gesetzten Ziele bei und verstößt bisweilen gegen allgemeine ärztliche / humanitäre wie Allokationsprinzipien. Stellt man sicher, allein das Wohl der Betroffenen zu fördern, so steht der Utilitarismus dennoch vor dem methodischen Problem der Entwicklung einer (hedonistischen) Vergleichsskala. [Irrgang 1995b] In Katastrophensituationen wird daher die utilitaristische Nutzenmaximierung oftmals reduziert auf eine Maximierung der Überlebenszahlen. Der ursprünglich qualitative Begriff wird auf ein quantitatives und damit einfach zu messendes, zählbares Kriterium verkürzt, während die Steigerung der Überlebenschance im Sinne eines verbesserten Zugangs zum Allokationsverfahren wie auch die der Überlebenswahrscheinlichkeit unter dem teleologischen Begriff des Überlebens subsumiert werden. Ungeachtet bleibt eine Steigerung des Patientenwohls, welche gerade bei sterbenden Opfern auf dem Weg zum Tode eine entscheidende Rolle spielen dürfte. Hierzu würde Schmerzfreiheit und Sterbebegleitung zählen.

Eine solche Simplifizierung des Utilitarismus klärt jedoch noch nicht die Frage, ob tatsächlich die Zahl der Geretteten ausschlaggebend ist, wenn man Hilfe zuteilt. Zweierlei muss diskutiert werden: Kann Leben über Personengrenzen hinweg summiert werden; ferner: stellt die Maximierung der Überlebenszahl tatsächlich eine Nutzenmaximierung für die Betroffenen selbst dar? „Der Wert steigt mit der Zahl“, meint Harris, denn „das Leben einer jeden Person ist für sich genommen wertvoll, und genau aus diesem Grunde sind zwei Leben wertvoller als eines“. [Harris 1995b, S. 52] Doch wertvoller für wen? Wir konnten feststellen, dass nicht die Allgemeinheit gemeint sein darf, wenn es um Wert und Nutzen geht, sondern ausschließlich die Betroffenen selbst. Das Leben des einzelnen muss aus seiner Sicht und nicht aus der Außenstehender betrachtet werden.

Zuweilen wird die Ansicht geäußert, daß in einem solchen Vorgehen eine Geringschätzung des Individuums zum Ausdruck kommt, da „der Verlust eines jeden Lebens den Verlust einer ganzen Welt darstellt“. Aber gerade weil dies so ist, ist das Gegenteil der Fall. Wenn mit dem Tod einer Person eine ganze Welt verlorengeht, dann gehen mit dem Tod zweier Personen zwei ganze Welten verloren, usw. [Harris 1995b, S. 52]

Indem Harris ein Leben als „Welt“ bezeichnet, versucht er eine qualitative Wertzuschreibung des Lebens zu umgehen, indem er ihm ‚vollen Wert‘ beimisst. Dabei wird jedoch nicht herausgearbeitet, für wen dieses Leben „eine ganze Welt“ darstellt. Wir nehmen an, für den Träger des Lebens selbst. Da für jeden Träger jedoch nur eine „Welt“ verloren gehen kann, müsste der Folgesatz ergänzt werden: „Wenn mit dem Tod einer Person eine ganze Welt verloren geht, dann gehen mit dem Tod zweier Personen *für die Menschheit oder diese Welt* zwei ganze Welten verloren“. Harris hatte somit innerhalb dieses Abschnitts die Blickrichtung gewandelt. Was ändert sich also an der Argumentation, wenn Harris, in Prozenten gesprochen, die Rettung eines Lebens 100% gleichsetzt, dabei aber die Summe von $x * 100\%$ zulässt, so dass bei 2 Leben 200% oder 2 Welten gerettet würden. Hiermit entspräche die Rettung eines Lebens wiederum nur einem Bruchteil, nämlich der Hälfte, des Ganzen.

Die Betrachtung Harris' lehnt sich dabei an die juristische Sichtweise an:

Das Recht, und insbesondere das Strafrecht, hat gleichwohl offiziell stets die Regel hochgehalten, dass der Wert von Menschenleben nicht addierbar ist. Daher, so scheint es, dürfte der Schutz weniger Menschenleben dem Strafrecht nicht ein geringeres Anliegen sein als der Schutz vieler Menschenleben. Aber die Kommentarliteratur weiß das dann implizit zu ergänzen. Auch hier setzt sich die Effizienzintuition, der es um die Anzahl der Überlebenden geht, unter der Hand gegen das Prinzip der gleichen Achtung jedes einzelnen Menschenlebens durch. [Lübbe 2004, S. 22]

Möchte man Menschenleben summieren, so gelänge dies nur, würde man ihnen wie Gegenständen eine Wert zumessen, sie vom Subjekt zum Objekt erniedrigen.

Wenn sechs Gegenstände durch ein Feuer gefährdet sind und ich habe die Möglichkeit, die fünf aus diesem Raum oder den einen aus jenem Raum zu bergen, kann aber nicht alle sechs herausholen, dann würde ich in genau der Weise entscheiden, was zu tun ist, in der das von mir verlangt wird, wenn Menschen bedroht sind. Jeder Gegenstand wird in meinen Augen einen bestimmten Wert haben. Wenn es sich ergibt, dass alle sechs den gleichen Wert haben,

werde ich natürlich eher die fünf Gegenstände retten statt den einen. Warum? Weil die fünf Gegenstände zusammen in meinen Augen fünfmal mehr wert sind als der eine. [Taurek 2004, S. 135]

Beckmann bemerkt hierzu:

Mir selbst scheint dieser utilitaristische Ansatz nicht tragfähig, und zwar deswegen nicht, weil ein einzelnes menschliches Leben prinzipiell nicht gegen ein noch so großes Leid anderer aufgerechnet werden kann, denn dies hieße, ein Menschenleben einem ihm fremden Zweck unterordnen. [Beckmann 1997, S. 63]

Taurek versucht daher, um eine Reduktion des Patienten auf ein Objekt zu vermeiden, strikt aus der Sicht des einzelnen zu argumentieren. Er vertritt die Meinung, dass es unerheblich ist, ob nur einer oder zugleich fünf Personen ihr Leben verlieren. Er bedient sich beispielhaft einer trade-off-Situation, in welcher der eine Patient 100% eines Medikamentes, 5 andere jeweils nur 20% des Medikaments für ihr Überleben brauchen.

Für jede dieser sechs Personen ist es zweifellos eine schreckliche Sache zu sterben. Jedem von ihnen steht der Verlust von etwas bevor, das zu den Dingen gehört, die er am höchsten schätzt. Nur, oder hauptsächlich, wegen der Bedeutung, die der Verlust für ihn selbst hat, bedeutet er etwas für mich. Es ist der Verlust für das Individuum, der mich etwas angeht, nicht der Verlust des Individuums. Wenn aber einer der fünf sein Leben verliert, ist sein Verlust nicht deshalb ein größerer Verlust für ihn, weil zufällig auch vier andere (oder neunundvierzig andere) ihr Leben verlieren. Und weder er noch irgendjemand sonst verliert irgendetwas, das für ihn einen größeren Wert besäße, Wenn von fünf Individuen jedes sein Leben verliert, addiert sich das nicht zu irgendjemandes Erleben eines Verlustes, der fünfmal größer ist als der Verlust, den jeder Einzelne von den fünf erleidet. [Taurek 2004, S. 136]

Taureks Beispiel kann analog zu krisenmedizinischen Situationen gesehen werden, bei welchen entweder einigen wenigen Schwerverletzten alles gegeben oder aber die Ressource unter vielen leicht bis mittelschwer Verletzten aufgeteilt wird. Zwei grundsätzliche Perspektiven stehen sich daher gegenüber: Die Sicht der Opfer, die Taurek vertritt, und die Vogelperspektive außenstehender Dritter. Für Taurek zählt nur die Sicht des Opfers, und seine Wertschätzung für das eigene Leben. Hiermit meint er den Wert des Lebens an sich, ohne Berücksichtigung des Wertes einer Person für andere. Taurek fordert daher auch von Außenstehenden, sich in die Sichtweise des Opfers zu versetzen, da nur so der Wert eines jeden *an sich* allein in Betracht gezogen wird, während bei einer Betrachtung

von außen häufig der „Wert für ...“ und somit der Nutzen und Zweck eines Menschen über den Selbstzweck hinaus mit in das Allokationsverfahren integriert wird.

Taurek postuliert eine Situation, in der jeder Mensch für sich alleine existiert. Daher ist es aus Sicht des einzelnen irrelevant, ob sein Überleben zusammen mit dem Tod oder Überleben eines oder mehrerer anderer verwirklicht wird. Relevant bleibt für den einzelnen nur ob er überlebt. Die Zahl der Geretteten ist demnach für das einzelne Opfer nicht relevant. Es ist unerheblich, ob die größere oder kleinere Gruppe von Patienten gerettet würde, da jedes Opfer nur ein Leben, nämlich sein eigenes, verliert.

Taureks Sichtweise entkräftet somit jeglichen utilitaristischen Ansatz, da die Zahl der Geretteten für ihn kein Kriterium zu sein scheint. Sie liefert aber auch keinen Beweis dafür, dass man nicht auf die Zahl der zu Rettenden achten dürfe. In logischer Konsequenz hätte dies einen Rückgriff auf das Losverfahren, auf egalitaristische Verfahrensmodelle oder eine emotionale Entscheidung zur Folge. Warum könnte daher nicht der Nebennutzen für den Zuteiler ausschlaggebend für die Ressourcenzuteilung sein? Der Zuteiler könnte sowohl aus Sympathie z.B. für Kinder in der kleineren Gruppe oder aber aus Mitleid mit der größeren Anzahl von Opfern urteilen.

Meines Erachtens gibt es zwei wesentliche Gründe, auf die Zahl der Geretteten zu achten: Wir hatten bereits oben argumentiert, dass es bei gleich gewichteter Beachtung der Interessen aller Opfer zu einer Patt-Situation käme und somit für das Allokationsverfahren keine Entscheidung herbeigeführt werden kann. Ferner wird es den Opfern selbst nicht möglich sein, einen Kompromiss zu finden, müssten sie sich fiktiv an einen Tisch zusammensetzen, da sie oft bereits wissen, ob sie der größeren oder kleineren Gruppe angehören. Eine Entscheidung aus Patientensicht wäre nur dann möglich, wenn sie in einem Zustand des Nichtwissens vor der Katastrophe entschieden. Dann könnte man vom bereits beschriebenen hypothetischen ex ante Konsensus ausgehen, dem zugestimmt würde, da durch ihn die Chance eines jeden Patienten auf Rettung erhöht wird. Existiert ein derartiges Nichtwissen nicht, müsste bereits vor einer Krise festgelegt sein, dass die Zahl zählt. Die Zahl der Patienten würde damit zum Kriterium für die Allokationsentscheidung. Es lässt sich jedoch kein Beweis führen, der über ein diskursives Setzen dieser Prämisse hinaus zeigt, dass die Zahl der Geretteten als Kriterium zählen würde, beschränkt man sich bewusst auf die Sicht des Patienten und ausschließlich auf dessen Wert an sich. Es handelt sich daher meines Erachtens um eine als axiomatisch zu wertende gesellschafts-immanente Prämisse.

An zweiter Stelle möchte ich ein Argument anführen, welches Taureks Ansicht anzweifelt, jeder Patient würde für sich alleine existieren. Wir wissen, dass in Katastrophen - anderes als in der Alltagsmedizin (worauf Taurek möglicherweise abzielte) - häufig eng benachbarte und zusammenlebende Menschen betroffen sind. Es ist daher anzunehmen, dass die Opfer in einem Netz emotionaler Bindungen stehen. Nun ist bekannt, dass sich Egoismus

nicht nur auf die eigene Person, sondern auch auf die nächsten Angehörigen im Sinne eines „Verwandtschaftsaltruismus“ ausdehnt, was nach Clinton R. Dawkins auf eine Theorie der „evolutionär stabilen Strategie“ zurückgeht.

Je näher ein Individuum mit einem anderen verwandt ist, desto altruistischer sollte (bzw. müsste nach dieser Theorie) es sich verhalten. Zu einem eigenen Kind müsste man sich altruistischer verhalten als gegenüber einem Neffen. Die elterliche Fürsorge ist nach Dawkins (nur) eine Sonderform des Verwandtenaltruismus und genetisch-evolutorisch bedingt. [Knust 1998, o.S.]

Die Zielsetzung, das Wohl der Patienten zu steigern, dürfte somit auch verwirklicht werden können, indem nicht nur die Person selbst, sondern auch deren Angehörige gerettet würden. Statistisch ist hierfür die Wahrscheinlichkeit höher, sollte man sich für die Rettung der größeren Gruppe entscheiden. Dabei ist es nicht einmal nötig, Leid oder Wohl über Personengrenzen hinweg zu summieren, was für Taurek ohnehin nicht möglich zu sein scheint, da Mitleid oder Freude nur innerhalb einer Person selbst entsteht.

Zuletzt sei die Kritik angesprochen, dass bei Verfolgung des klassischen Utilitarismus bevorzugt denjenigen Verletzten Hilfe zukäme, die für die Sicherstellung ihres Überlebens nur einen kleinen Anteil der zur Verfügung stehenden Ressource benötigten, um so (entsprechend dem eigentlichen Pareto-Prinzip) mit wenig Aufwand und Ressourcenbedarf eine Maximierung der Überlebendenzahlen zu verfolgen. Dies „würde unweigerlich die Auswirkungen ungleicher Schicksale vergrößern anstatt sie abzumildern, wie dies einer gerechten Theorie gesellschaftlicher und individueller Pflichten anstünde“. [Rakowski 2004, S. 161] Somit würden die Schlechtestgestellten systematisch benachteiligt, weshalb „der Utilitarismus ... mit der medizinischen Logik und Ethik konfligiert“. [Schmidt 2004, S. 95] Gerade dies griff Rawls in seiner Kritik am Utilitarismus an:

Die wesentliche Kritik am Utilitarismus bezog sich auf dessen Gleichgültigkeit gegenüber Ungerechtigkeiten, der Indifferenz gegenüber individuellen Bedürfnissen sowie der Reduzierung des Individuums zu einem Träger verrechenbarer Glücks- und Leidenseinheiten. [Kraus et al. 2000, S. 122-123]

Eine gerechte Verteilung muss nicht zwingend mit größerer Nützlichkeit einhergehen, weshalb „jede Entscheidung in der Allokationsproblematik ... zwischen den Konzepten von Nützlichkeit und Gleichheit [steht]“. [Illhardt et al. 1995, S. 130] Utilitarismus und Gerechtigkeitsprinzip stehen sich gegenüber, finden jedoch innerhalb einer Krisenmedizin nebeneinander Anwendung.

Zusammenfassend erfährt der Utilitarismus deutliche Einschränkungen. Als Organisationsprinzip existiert er weder vorrangig noch alleine. Er konkurriert mit Gerechtigkeitsprinzipien in Anlehnung an Aristoteles und Rawls. Dem Utilitarismus muss je nach Situation ein unterschiedlicher Stellenwert beigemessen werden. Dabei muss die Definition des Utilitarismus im Falle einer Krisenmedizin revidiert werden: seine Nutzenmaximierung darf alleine auf die Gruppe der Betroffenen Anwendung finden. Ferner muss sich der Utilitarismus in eine Prinzipienhierarchie fügen. In Konsequenz muss er sich insbesondere den allgemeinen humanitären und ärztlichen Prinzipien unterordnen. Ich möchte daher anstelle von Utilitarismus eher von einem Effizienzprinzip sprechen oder aber die Formulierung von Lübbe übernehmen: „ein wenig Utilitarismus“.

Das Wohl möglichst vieler ist nicht ein operatives Ziel, nicht das Wohlergehen der vielen entscheidet über das Schicksal des einzelnen. Das Prinzip hat rein regulative Funktion, es will das individuelle Wohl für möglichst viele. [Böckle 1983, S. 854]

5.2.3. Quantitative Allokationsverfahren und Zuteilungskriterien

Zwei Arten von Allokationsprinzipien wurden in der bisherigen Betrachtung unterschieden: Prinzipien, die für Katastrophenopfer den Zugang zum Allokationsverfahren klären und solche, die darüber hinaus eine quantitative Zuteilung der Ressource regeln. Letztere begründen eine von Person zu Person differente Allokation und fordern daher eine interpersonelle Unterscheidung. Basis hierfür sind Kriterien, weshalb das Zuteilungsverfahren, entsprechend der Regeln von Dieter Birnbacher, auch als Rationierung aufgefasst werden kann:

Erstens muss es sich bei den zu verteilenden Gütern um anerkannt wichtige, d.h. notwendige Güter handeln. Luxusgüter unterliegen nie der Rationierung, ... Die Verteilung der Güter erfolgt in der Rationierung - zweitens - durch eine zentrale Stelle und nicht über den Markt. ... Drittens geschieht die Allokation von Gütern im Rahmen einer Rationierungsmaßnahme nicht willkürlich, sondern nach bestimmten legitimationsbedürftigen Kriterien. Viertens schließlich liegt jeder Rationierung eine Situation zugrunde, in der ein Bedarf nicht oder nur unzureichend gedeckt werden kann. [Noichl 2001, S. 169]

Damit grenzt sich das Allokationsverfahren mit Berücksichtigung *aller* Betroffenen von einem Rationalisierungsverfahren ab. Letzteres beschreibt „ein gesteuertes Vorenthalten an sich wünschenswerter Leistungen unter dem Druck begrenzter Ressourcen“, wobei

jedoch „nur auf solche Leistungen verzichtet werden soll, die sich unter einer bestimmten Kriteriologie als *nicht notwendig* erweisen, wodurch dann Mittel frei werden, die für *notwendige* Güter eingesetzt werden können“. [Noichl 2001, S. 170] Die Bedeutung der Rationalisierung innerhalb einer krisenmedizinischen Allokationsproblematik wird im Rahmen des noch zu besprechenden Triageverfahrens zu diskutieren sein. Zunächst wollen wir uns ausschließlich einem kriterienorientierten quantitativen Zuteilungsverfahren widmen.

Betrachtet man die aristotelische *iustitia distributiva*, so müssen mittels Kriterien Proportionalitäten berechnet werden, um dem Prinzip „Jedem nach seinen Bedürfnissen“ genügen zu können. Ähnlich verhält es sich mit der Gerechtigkeitstheorie nach Rawls. Rawls lässt zwar eine ungleiche Güterverteilung zu, jedoch nur so lange, wie „die Ungleichverteilung wirklich den Schlechtestgestellten zugute kommt“. [Hastedt 1994, S. 205] Den Schlechtestgestellten kann man jedoch nur ausfindig machen, wenn Kriterien vorliegen, welche einen Schlechtestgestellten zu identifizieren vermögen. Schließlich muss sich auch der Utilitarismus mit dem Ziel der Nutzenmaximierung oder ein effizienzorientiertes Prinzip bestimmter Kriterien bedienen. Der Begriff „Nutzen“ bzw. „Effizienz“ muss durch Kriterien fassbar gemacht werden.

5.2.3.1. Schädigung und Überlebenswahrscheinlichkeit als zentrale Kriterien quantitativer Ressourcenallokation

Wir setzten zu Beginn als maximal anzustrebendes Ziel das Überleben aller Betroffenen. Daher muss der Gesundheitszustand der Katastrophenopfer zentrales Kriterium einer quantitativen Ressourcenallokation sein. Der Diskussion um eben dieses Kriterium möchte ich viel Raum geben. Erst später wird überprüft werden müssen, ob der Gesundheitszustand das einzige zu berücksichtigende Kriterium ist oder ob weitere Kriterien in die Entscheidungsfindung miteinbezogen werden müssen.

Wenn wir jedoch von Gesundheitszustand sprechen, so meinen wir die Ist-Gesundheit nach einem Unglück bzw. während einer Katastrophe (G_{ist}). Diese resultiert aus dem Gesundheitszustand vor der Katastrophe (G_{prae}) abzüglich des durch die Katastrophe zugefügten Schadens (S).

$$G_{\text{prae}} - S = G_{\text{ist}}$$

Wünschenswert wäre es, wenn für jeden der erlittene Schaden völlig ausgeglichen werden könnte. Da die Ressourcen jedoch nicht einmal genügen, das Überleben aller zu sichern, dürfte es ein gangbarer Ansatz sein, den erlittenen Schaden zumindest als Zutei-

lungsgrundlage für das Allokationsverfahren heranzuziehen. Hierzu gehen wir methodisch von völlig gesunden Menschen aus, die der Katastrophe zum Opfer fielen:

$$G_{\text{prae}} = 100 [\%] \quad \Rightarrow \quad 100 [\%] - S = G_{\text{ist}}$$

Das Ziel vor Augen, Überleben sichern zu wollen, muss man einschränkend bemerken, dass nicht jeder zugefügte Schaden auch das Überleben beeinflusst. Ich möchte beispielhaft eine Erblindung anführen, welche möglicherweise durch eine Splitterverletzung im Rahmen einer Explosion erfolgte. Anders hingegen verhält es sich bei großflächigen Verbrennungen, welche ebenfalls durch eine Explosion hervorgerufen sein könnten. Somit wird nicht die Ist-Gesundheit nach dem Unfallereignis zur Beurteilungsgrundlage, sondern eine durch bestimmte Schädigungen bedingte Überlebenschance (ÜW).

$$100 [\%] - (S_{\text{oÜW}} + S_{\text{mÜW}}) = G_{\text{ist}}$$

$$100 [\%] - S_{\text{mÜW}} = \text{ÜW}$$

dabei gilt:

$S_{\text{oÜW}}$: Schädigung ohne Auswirkung auf die Überlebenschance

$S_{\text{mÜW}}$: Schädigung mit Auswirkung auf die Überlebenschance

ÜW: Überlebenschance

In der Literatur wird häufig von Überlebenschancen gesprochen, welche sich fast ausschließlich auf ein Überleben *mit* bzw. *nach* medizinischer Hilfe beziehen (ÜW_m). Es muss jedoch klar differenziert werden zwischen einer schicksalhaft gegebenen Überlebenschance (ÜW_s) *vor* oder *ohne* medizinische Hilfe und derjenigen wie sie in der Literatur gebräuchlich ist. Wir müssen ferner festhalten, dass wir Betroffenen prinzipiell nicht das Überleben sichern, sondern lediglich deren Überlebenschance steigern können. Eine 100%ige Sicherheit gibt es selbst in der Alltagsmedizin nicht, wie erst in einer Krisenmedizin mit zahlreichen Einflussfaktoren. Als Patient mit nur geringen Überlebenschancen gelten diejenigen, deren Schädigung über 50% liegt [Schmidt 2004]. Hier muss jedoch von einer Überlebenschance *nach* medizinischer Behandlung ausgegangen werden. Auf die Schwierigkeit, Überlebenschancen überhaupt festlegen zu können, werden wir noch eingehen. Überlebenschancen sollen jedoch an dieser Stelle als gesetzt betrachtet werden, in dem Sinne, als könnte man sie kalkulieren. Andernfalls würde sich jegliche Diskussion um Mittelverteilung erübrigen, welche sich auf den Grad der Bedürftigkeit oder Betroffenheit bezieht.

In Abbildung 5 sei beispielhaft ein Schwer- wie ein Mittelschwerverletzter dargestellt. Der erlittene Schaden wird durch weiße Felder, die verbleibende Überlebenswahrscheinlichkeit durch dunkelgraue Felder zum Ausdruck gebracht. Würde man insgesamt nur 3 Schweregrade (schwer, mittel und leicht) unterscheiden und 10 Patienten gleichzeitig betrachten wollen, so ergäben sich bereits 66 Kombinationsmöglichkeiten, welche vom einzelnen in ihrer Gesamtheit kaum mehr überblickbar wären.

$$K_{mW}(3; 10) = \binom{3+10-1}{10} = \binom{12}{10} = 66$$

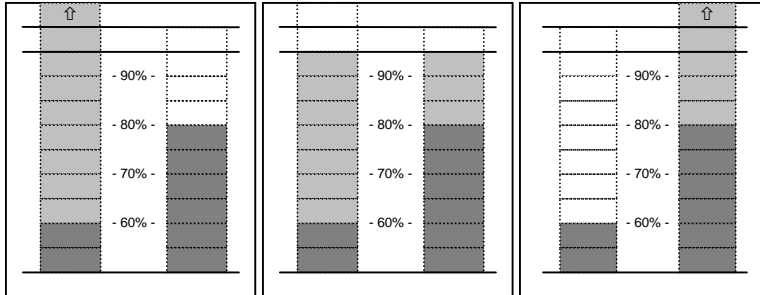
3 Elemente ($n = 3$): Leicht-, Mittelschwer- und Schwerverletzter
Kombination zu $k = 10$ Elementen

Ich möchte mich daher für die weitere Diskussion der Einfachheit halber auf zwei Patienten beschränken, an welchen unterschiedliche Verteilungsmuster durchaus suffizient aufgezeigt werden können.

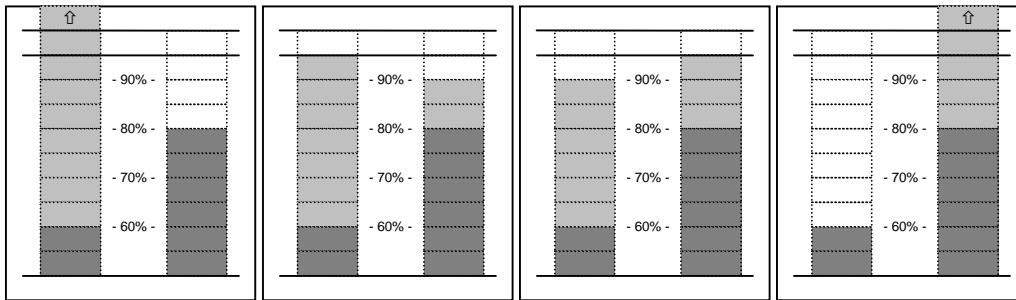
Nehmen wir an, wir hätten ein bestimmtes und auch teilbares Volumen an Hilfsmitteln [hellgrau], so ergäben sich die folgenden Allokationsmöglichkeiten, wie sie in Abbildung 6 dargestellt sind. Diagramme mit nach oben gerichteten Pfeilen weisen darauf hin, dass die Gesamtressource nur einem der Patienten zugeteilt wurde - auch über das Erreichen eines stabilen Zustandes hinaus. Verzichtet wurde auf die Darstellung von Diagrammen, die die Überlebenswahrscheinlichkeit im Gesamten um mehr als 50% heben würden.

Abb. 6: Zuteilung unterschiedlicher Hilfsmittelvolumina am Beispiel zweier Patienten mit geringer bzw. mäßiger Überlebenswahrscheinlichkeit

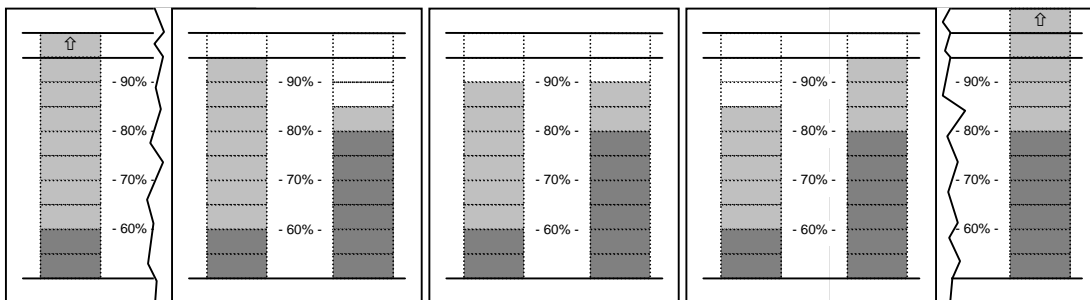
a) Ressourcenvolumen hebt die Überlebenswahrscheinlichkeit um insgesamt 50%:



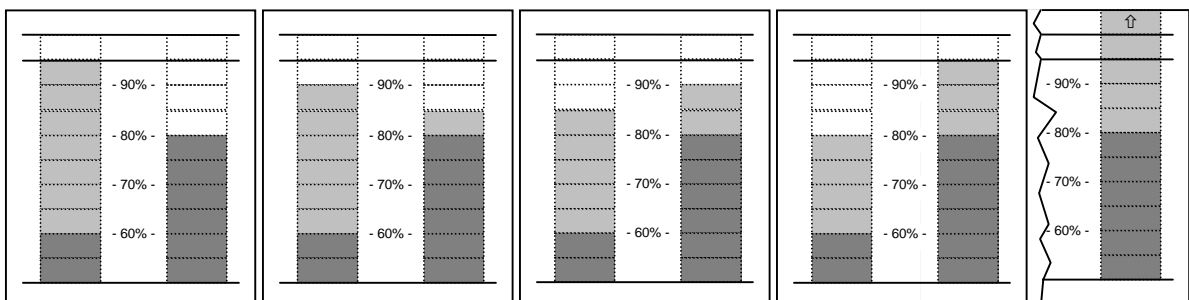
b) Ressourcenvolumen hebt die Überlebenswahrscheinlichkeit um insgesamt 45%:



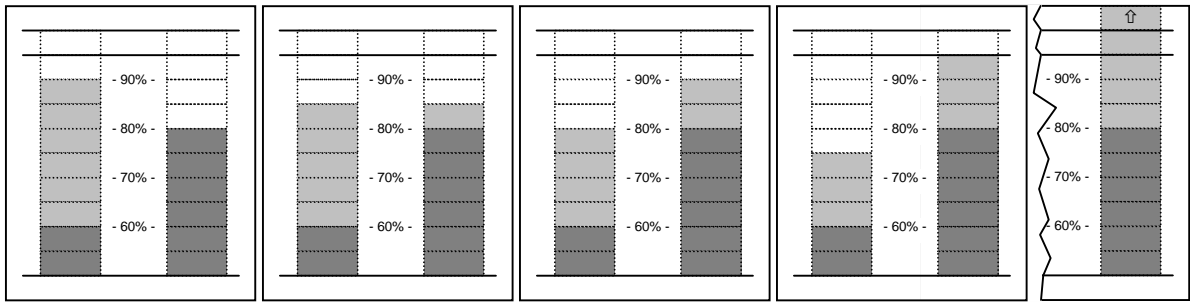
c) Ressourcenvolumen hebt die Überlebenswahrscheinlichkeit um insgesamt 40%:



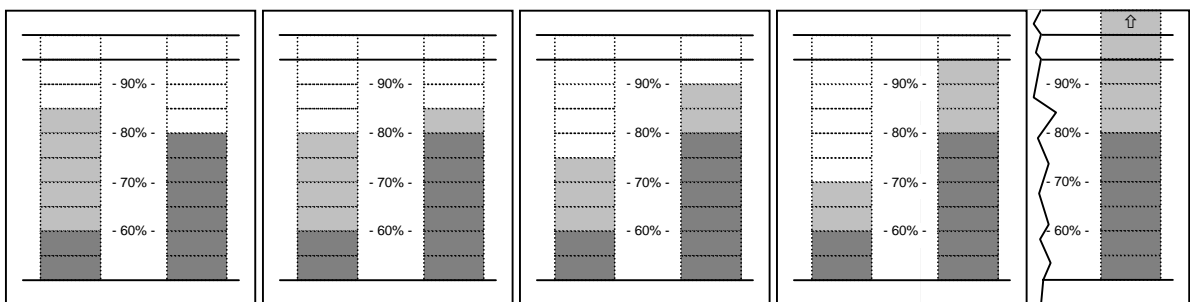
d) Ressourcenvolumen hebt die Überlebenswahrscheinlichkeit um insgesamt 35%:



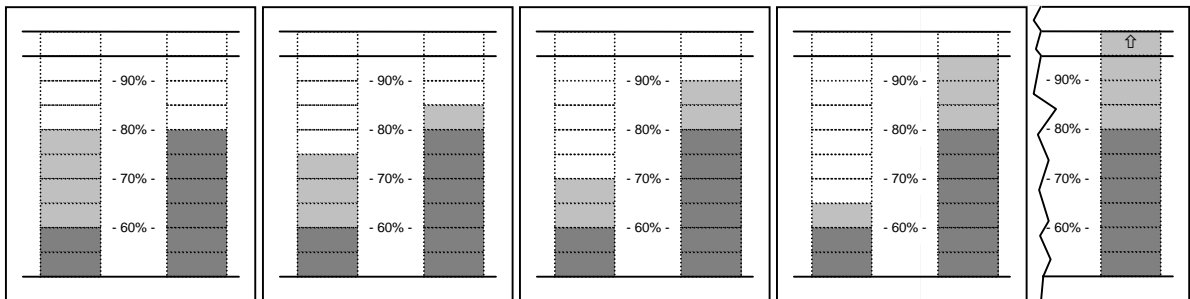
e) Ressourcenvolumen hebt die Überlebenswahrscheinlichkeit um insgesamt 30%:



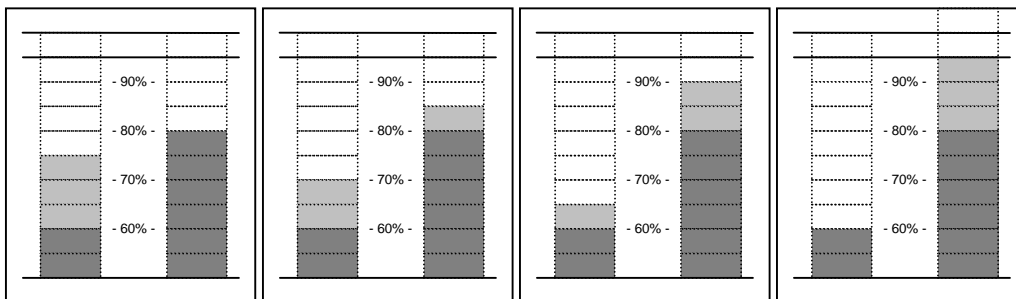
f) Ressourcenvolumen hebt die Überlebenswahrscheinlichkeit um insgesamt 25%:



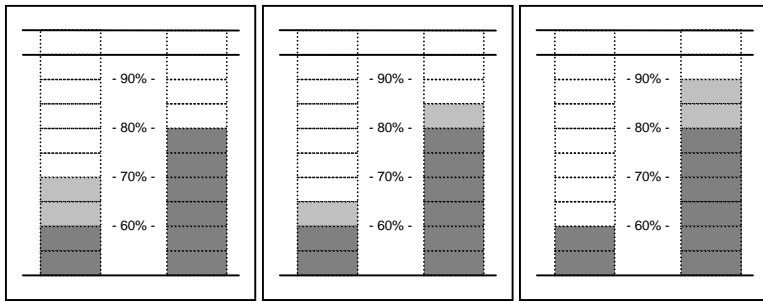
g) Ressourcenvolumen hebt die Überlebenswahrscheinlichkeit um insgesamt 20%:



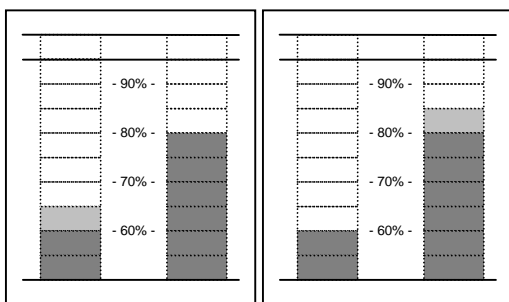
h) Ressourcenvolumen hebt die Überlebenswahrscheinlichkeit um insgesamt 15%:



i) Ressourcenvolumen hebt die Überlebenschancen um insgesamt 10%:

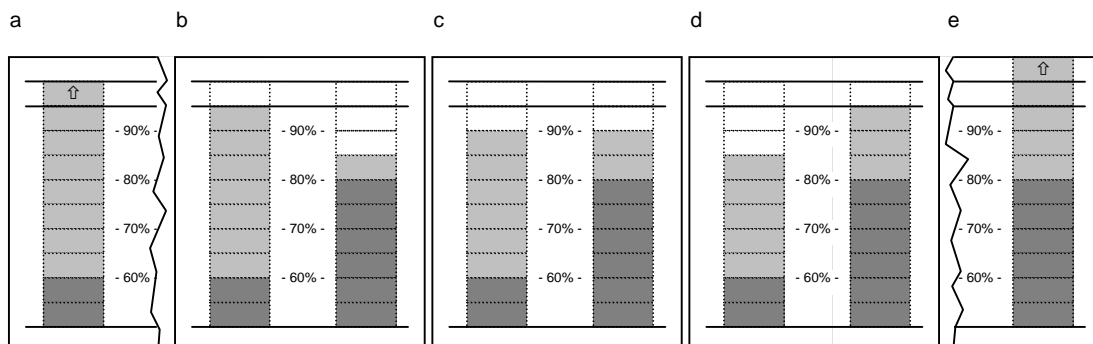


k) Ressourcenvolumen hebt die Überlebenschancen um insgesamt 5%:



Interessant zu diskutieren wäre hier der Fall, bei welchem die Gesamtüberlebenschancen (für beide Patienten) um 40% erhöht werden könnten. Ein Fall, bei welchem das Leben des einen, wie des anderen, aber nicht beide gleichzeitig gesichert werden können. Hierbei könnte die Ressource komplett an einen der Patienten gegeben werden (Diagramme a und e) oder aber der Rest der Ressource nach Erreichen der Stabilität des einen Patienten dem anderen zugesprochen werden (Diagramme b und d). Andererseits böte sich aber auch die Möglichkeit, die Ressource ausgleichend zu verteilen wodurch für beide Patienten gleiche Überlebenschancen entstünden (Diagramm c).

Ressourcenvolumen hebt die Überlebenschancen um insgesamt 40%:



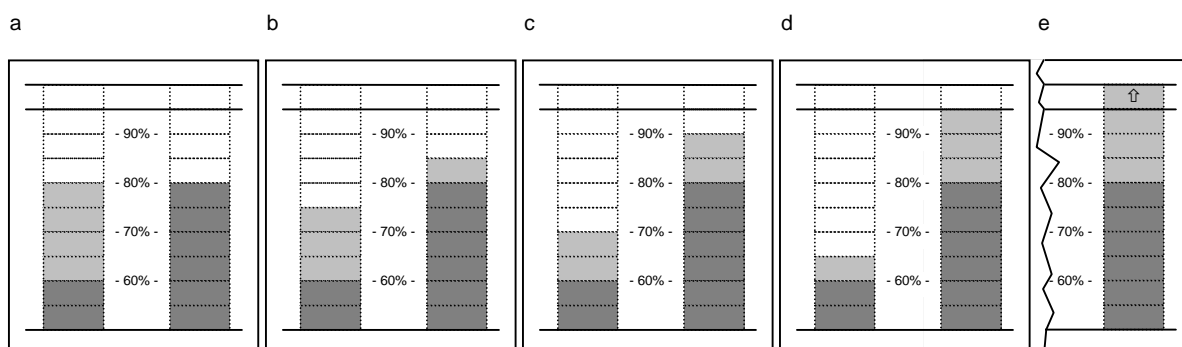
Würde man strikt nach Aristoteles' Proportionalitätsforderung verfahren und das Ausmaß der Schädigung zur Grundlage nehmen, so müssten dem Schwerkranken (Patient 1) zwei Drittel der Ressource zugestanden werden, während der mittelschwer erkrankte Patient 2 ein Drittel erhielte.

$$\frac{40}{100} : \frac{20}{100} = 2 : 1$$

Die Ressource wäre theoretisch gerecht aufgeteilt, doch zeigen sich Schwierigkeiten bei der praktischen Umsetzung. Graphisch müsste dieses Allokationsverhältnis zwischen den Diagrammen c und d lokalisiert werden oder aber man ließe sich auf ein den Schwerverletzten begünstigendes Verhältnis von 3:1 ein (Diagramm c).

Prekärer scheint die Situation, wenn durch gerechte Verteilung der Hilfsmittel keinem der Patienten suffizient geholfen werden kann. Nehmen wir daher an, es stünden nur Ressourcen zur Verfügung, die die Gesamtüberlebenschance um 20% erhöhen könnten:

Ressourcenvolumen hebt die Überlebenschance um insgesamt 20%:



Hierbei besteht die Möglichkeit, die Ressource ausschließlich dem Schwerverletzten zuzukommen zu lassen und damit eine Nivellierung der Überlebenschance zu erreichen. Dies ist in Diagramm a dargestellt. Ferner kann die vorhandene Ressource entsprechend der (modifizierten) Proportionalitätsverhältnisse von 3:1 verteilt werden, was Aristoteles nahe käme. Dies sei im zweiten Diagramm von links dargestellt (Diagramm b). Wir sehen jedoch, dass das Überleben des Schwerverletzten äußerst fraglich bleibt, die Ressource damit eventuell sogar „umsonst“ vergeben würde, während die Wahrscheinlichkeit zu überleben für den Leichterverletzten nicht wesentlich gesteigert werden könnte.

Auch bei der oben angesprochenen Nivellierung der Überlebenswahrscheinlichkeiten bliebe das Überleben beider äußerst fraglich. Zumindest aber würde hier die Folge der natürlichen Lotterie ausgeglichen und beide trügen von der Katastrophe denselben Schaden. Eine verringerte Überlebenswahrscheinlichkeit heißt nicht, dass der sichere Tod eintreten wird, wohl aber, dass die Chance auf Überleben reduziert ist. Es würde somit Chancengleichheit für ein Weiterleben herrschen. Wenn nun zwei Patienten von einer Katastrophe in unterschiedlichem Maße betroffen sind, warum sollte dann nicht diese Chancengleichheit die gerechteste der Möglichkeiten sein, womöglich gerechter als ein Verfahren strikt nach Aristoteles, sicher aber gerechter als eine gleichmäßige Verteilung lebensrettender Ressourcen im Sinne einer ungezielten Streuung (Diagramm c). Letzteres wurde bereits in Kapitel 5.2.2.2 als ungerechte Verfahrensweise angesprochen, welche häufig mit Verschwendung der Ressourcen vergesellschaftet ist. Es bliebe die Diskussion um eine Verteilung wie sie in Diagramm d dargestellt ist. Sie kann banal umschrieben werden mit dem Sprichwort: „Der Spatz in der Hand ist besser als die Taube auf dem Dach“ oder angloamerikanisch „A life in the hand is worth two in the bush“. Und tatsächlich trifft dies in unserem Fall exakt zu. Verfährt man entsprechend Diagramm d, so kann man sich das Überleben zumindest eines der Patienten sicher sein, während der Schwerverletzte immerhin noch eine 65%ige Überlebenschance hat. Diagramm d und e sind sich sehr ähnlich, während in letzterem die Situation noch um ein weiteres zugespitzt wird. Die Ressource wird ausschließlich dem Leichterverletzten zugesprochen, was beispielsweise aus Praktikabilitätsgründen bevorzugt werden könnte. Beide Male handelt es sich um ein utilitaristisches Vorgehen. Für den Zuteiler ist ein derartiges Verfahren greifbarer, da er den Erfolg seiner (medizinischen) Mühen erfährt, während die Nivellierung der Überlebenswahrscheinlichkeit eine unfassbare Größe bleibt. Ferner, sieht man eine Vielzahl von Patienten vor sich und würde versuchen, die Überlebenswahrscheinlichkeit zu nivellieren, so müsste gegen ein anderes Prinzip verstoßen werden, das Verantwortungsprinzip, welches sich vom Nutzensprinzip (*beneficere*) ableitet. Eine Behandlung müsste unvollendet abgebrochen werden, um beim nächsten Patienten fortzufahren, ganz ungeachtet der Tatsache, dass es für das Erreichen des einheitlichen Niveaus an Überlebenswahrscheinlichkeit keinen Parameter gibt. Eine bereits begonnene Therapie verpflichtet zur Fortführung, nicht etwa bis zur vollständigen Genesung, wohl aber bis zum Erreichen eines relativ sicheren Überlebens. Der Behandlungsbeginn kann daher zu den medizinischen Kriterien gezählt werden.

Es wird klar, weshalb dem Menschen der Utilitarismus so nahe liegt. Er zeichnet sich durch Praktikabilität und Fassbarkeit aus mit dem Nachteil einer in Kauf genommenen Ungerechtigkeit. Die fehlende Praktikabilität ist es aber oftmals, die uns zu ungerechteren Verfahrensweisen zwingt, denn keiner kann behaupten, es würde ein gerechteres Ergebnis resultieren, würde man die Überlebenswahrscheinlichkeit nivellieren wollen, dabei das

einheitliche Niveau nur erahnen, geschweige denn in praxi auch erreichen. Die Debatte um die letzten beiden Diagramme (Diagramm d und e) wird jedoch noch an späterer Stelle aufgegriffen werden müssen, wenn es um den Umgang mit scheinbar Hoffnungslosen geht, welchen gänzlich die Behandlung verwehrt bleiben soll. Durch das hier gezeigte utilitaristische Verfahren wird die vom Schicksal vorgegebene Ungleichheit noch um ein Vielfaches verstärkt.

Zusammenfassend kann man demnach in Bezug auf das linke Diagramm von einem gerechten Verfahren sprechen, welches jedoch nur praktikabel sein dürfte, lässt man dem Schwerverletzten allein die Ressource zukommen. Das Erreichen eines einheitlichen Niveaus an Überlebenswahrscheinlichkeit dürfte in die Realität nicht umsetzbar sein. Aufgrund des vorzeitigen Behandlungsabbruches müsste man sogar von einem unmoralischen Verfahren sprechen. Diagramm b wäre zwar in aristotelischem Sinne gerecht und würde die Ungleichheiten der natürlichen Lotterie zumindest proportional auszugleichen versuchen, doch wäre es kaum praktikabler als die Überlebenswahrscheinlichkeit zu nivellieren. Das Verfahren nach Diagramm c scheint tatsächlich allen voran an praktischer Umsetzbarkeit zu bestechen, da Berechnungen von Proportionalitäten im wesentlichen ausbleiben könnten. Ein Verfahren, welches sich keinerlei Kriterien bedienen muss, andererseits aber weder in utilitaristischem Sinne Leben sichert, wie dies in Diagramm d oder e dargestellt ist, noch einer Verteilungsgerechtigkeit genügen würde.

Ein Rechenbeispiel soll jedoch zeigen, dass das Outcome (fast) in jedem Falle identisch ist. Eine Ausnahme bleibt Diagramm e, bei welchem zwar das Überleben eines Patienten gesichert wird, jedoch auch in Kauf genommen wird, dass Ressourcen - und wir gehen von teilbaren Ressourcen aus - „verschwendet“ bzw. verworfen werden und ungenutzt bleiben. In Diagramm c stehen den 70% ÜW auf der einen Seite 90% ÜW auf der anderen gegenüber während dies in Diagramm d 65% und 95% sind. Gehen wir von einer stetigen Skala der Überlebenswahrscheinlichkeit aus, ohne dass wir behaupten, dass derjenige, der einmal 95% erreicht hätte auch definitiv in Sicherheit wäre, so ließe sich berechnen $(0,7 + 0,9):2 = (0,65 + 0,95):2 = 0,8$. In gleicher Weise träfe dies auf die Diagramme a und b zu. Für Diagramm a gilt: $(0,8 + 0,8) : 2 = 0,8$ und für Diagramm b gilt: $(0,75 + 0,85):2 = 0,8$. In jedem Falle würden statistisch 80% der Verletzten überleben. Statistik ist jedoch nicht greifbar und für den Menschen nicht zu fassen. Zudem bedarf es einer großen Zahl an Verletzten, damit das statistische Mittel mehr und mehr erreicht wird. Dem Helfer oder Arzt, der es jedoch mit dem Einzelfall zu tun hat, ist die Statistik daher extrem fern. Dennoch bringt die Statistik auch einen entscheidenden Vorteil. Entscheidungen werden unpersönlich, die Verantwortung an das Schicksal übertragen. Ein weiteres Beispiel soll dies erläutern: Bei fehlender Überlebenswahrscheinlichkeit ohne Hilfe (ÜW 0%) würde ein Medikament diese um 20 % steigern. Hätte man 5 Medikamente, so könnte bei einem Patienten, würde er alles bekommen, seine Überlebenswahrscheinlichkeit auf 100% gesteigert werden.


gert werden können. Er würde sicher überleben. Man könnte aber auch diese 5 Medikamente auf 5 Patienten aufteilen, so hätten 5 Patienten je eine 20%ige Chance. Somit würde statistisch einer von diesen 5 Patienten überleben, die restlichen 4 Patienten jedoch nicht. Sicherlich hinkt ein derartiger Vergleich und ist rein theoretischer Natur, doch kann man folgenden Effekt belegen: Würde einem Patienten die volle Dosis des vorhandenen Medikaments verabreicht, so müsste man wählen, welchem man diese zuteil werden ließe. Schafft man jedoch Chancengleichheit durch gleiche Verteilung der Ressource, so entscheidet das Schicksal. Bei Gleichheit aller Beteiligten, nicht existierenden Verträgen oder persönlichen Bindungen würde ich die zweite Methode favorisieren, gerade wenn es sich um eine große Zahl Verletzter handelt. Ich möchte zudem betonen, dass die Übertragung der Entscheidung auf das Schicksal nicht vergleichbar ist mit dem Losverfahren. Dieses müsste vielmehr zum Einsatz kommen, möchte ich alle 5 Medikamente einem der Patienten zukommen lassen, während man sich nicht zu entscheiden wagt. Im Falle einer statistischen Lösung liegt vielmehr ein Rückgriff auf die natürliche Lotterie vor. Man entscheidet sich, nicht selbst zu wählen, stellt sich hinter das Schicksal, was die Wahl anonymisiert. Der Zuteilende wird nicht mit dem Ergebnis der Wahl in Verbindung gebracht und distanziert sich somit von einer Verantwortung, die ohnehin kaum tragbar wäre. Mit dem starken Argument, eine Verteilungsgerechtigkeit zu verfolgen, könnte dies in Katastrophensituationen bei tatsächlich gleicher Ausgangslage der Patienten vor einem Utilitarismus verteidigt werden.

Die Frage bleibt, nach welchem Schema verfahren werden sollte, doch ein Gold-Standard wird sich nicht finden lassen. Jedes Verfahren zeigt Vor- und Nachteile, weshalb sich generalisierte Angaben oder gar Regeln zum Vorgehen bei der Allokation begrenzter lebenswichtiger Ressourcen nicht formulieren lassen. Die Entscheidung wird wesentlich vom Einzelfall der vorliegenden Situation bestimmt. Daher kann in sinnvoller Weise nur ein Überblick aufgezeigt werden.

Tab. 2: Ziele, Prinzipien und Allokationsverfahren im Überblick

	I	II	III	IV	V	VI
Ziele:						
♦ Würde						
♦ Gerechtigkeit						
a) nach Proportionalität	(+)	(+)	+	-	-	-
b) nach Chancengleichheit	(+)	+	(+)	-	-	-
♦ Effektivität	-	-	-	0	+	0
♦ Steigerung des Patientenwohls	+/-	+/- od. +	+	+	-/+ od. +	-/+
♦ Überlebenssicherung	-	-	-	-	+	+
♦ Herstellen von Autonomie						
allgemeine ärztliche und humanitäre Prinzipien:						
♦ Prinzip der Autonomie						
♦ Prinzip der Gerechtigkeit	+	+	+	0 ^a	-	-
♦ Prinzip des Nutzens (Verantwortung für den Pat.)	+/-	+/- od. +	0 ^b	0	-/+ od. +	-/+
♦ Prinzip des Nicht-Schadens	+	+	+	+	+	+
♦ Prinzip des würdevollen Umgangs						
♦ Prinzip der Tugend						
♦ Prinzip der Neutralität						
♦ Prinzip der Verantwortlichkeit für die Gesellschaft						
Allokationsprinzipien zum Verfahrenszugang^c:						
♦ Basisprinzip der krisenmedizinischen Allokation						
♦ Prinzip der natürlichen Lotterie / Schicksalhaftigkeit						
♦ first come, first served - Prinzipien						
♦ Prinzip der gleichmäßigen Ressourcenverteilung				+		
♦ Vertragesprinzip						
♦ Prinzip der Entscheidung aus Mitleid und Mitgefühl						
♦ Risiko-Nutzen-Prinzip						
Allokationsprinzipien zur Zuteilung an sich:						
♦ Aristotelische iustitia distributiva	(+)	(+)	+	-	-	-
♦ Gerechtigkeitsprinzip n. Rawls	-	(+)	+	0	0 od. -	-
♦ Utilitarismus	-	-	-	-	+	+
♦ Prinzip der „Herrenmoral“	-	-	-	-	+	+
♦ Prinzip der „Skavenmoral“	+	(+)	0	-	-	-
♦ Entscheidung nur auf medizinischen Kriterien						
♦ Prinzip der Zeitausgrenzung						
♦ Prinzip der Praktikabilität	+	-	-	+	(+)	+
Gefahren:						
♦ Gefahr der Verschwendung	- od. 0	-	-	+	-	+

Legende

I:	Verteilung der Ressource ausschließlich an den Schlechtestgestellten = = Vordringliche Lebenssicherung des Schlechtestgestellten
II:	Nivellierung der Überlebenschancen
III:	Ressourcenverteilung nach Proportionalitätsverhältnissen
IV:	Gleichmäßige Verteilung der Ressource
V:	Vordringliche Lebenssicherung des Bessergestellten
VI:	Verteilung der Ressource ausschließlich an den Bessergestellten
+	ist verwirklicht
(+)	ist im weitesten Sinne verwirklicht
0	ist teilweise verwirklicht
-	ist nicht verwirklicht
+/-	für einen Patienten verwirklicht, für den anderen nicht ⇒ in der Summe als „-“ zu werten
	nicht beurteilbar

Bemerkungen

- a) Der Begriff Gerechtigkeit ist nicht uniform. Neben Proportionalität und Chancengleichheit wurde hier eine gerechte (i.S.v. gleichmäßige) Teilung der Ressource berücksichtigt. Die Entscheidung, inwieweit hier ein gerechtes Vorgehen zugrunde liegt, ist strittig.
- b) Ein Behandlungsabbruch nach Erreichen des Proportionalitätsverhältnisses oder des maximal zustehenden Ressourcenanteils widerspricht dem Prinzip der Verantwortung und damit i.w.S. dem Prinzip „beneficere“.
- c) Die hier beschriebenen Patienten befinden sich bereits im Allokationsverfahren.

5.2.3.2. Bedeutung des präkatastrophalen Gesundheitszustandes

Erschwerend kommt hinzu, dass es sich bei den Opfern in den meisten Fällen nicht um (vor der Katastrophe) gesunde Menschen handelt. Verletzungen lassen sich daher zwar kategorisieren, bekommen jedoch mit der Geschichte oder "story" des Patienten eine andere Gewichtung. Für einen an Hämophilie erkrankten Patienten („Bluter“) kann beispielsweise eine kleine Verletzung bereits lebensbedrohlich werden, während sie für einen zuvor gesunden Menschen von wenig Bedeutung sein mag.

Wie oben gezeigt wurde, wird die Ist-Gesundheit bzw. Überlebenswahrscheinlichkeit nach dem Unglück oder während der Katastrophe sowohl durch den präkatastrophalen Gesundheitszustand wie durch den Schaden bedingt. Die Überlebenswahrscheinlichkeit wird jedoch, wie dies auch bei der Schädigung der Fall war, nicht durch jede Vorerkrankung beeinflusst, so dass folgende Gleichung entsteht:

$$(G_{\text{prae, oÜW}} + G_{\text{prae, mÜW}}) - (S_{\text{oÜW}} + S_{\text{mÜW}}) = G_{\text{ist}}$$

wobei:

$$G_{\text{prae, mÜW}} - S_{\text{mÜW}} = \text{ÜW}_s$$

$G_{\text{prae, oÜW}}$	= Vorerkrankung ohne Einfluss auf die Überlebenswahrscheinlichkeit
$G_{\text{prae, mÜW}}$	= Vorerkrankung mit Einfluss auf die Überlebenswahrscheinlichkeit
$S_{\text{oÜW}}$	= Schädigung ohne Einfluss auf die Überlebenswahrscheinlichkeit
$S_{\text{mÜW}}$	= Schädigung mit Einfluss auf die Überlebenswahrscheinlichkeit
G_{ist}	= aktueller Gesundheitszustand
ÜW_s	= Überlebenswahrscheinlichkeit noch vor medizinischer Hilfeleistung

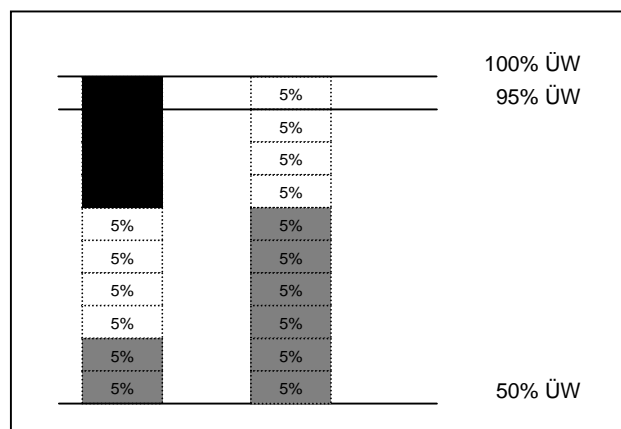
Viele Krankheiten beeinträchtigen zwar die Lebensqualität, beeinflussen jedoch nicht das Überleben oder Weiterleben. Als Beispiele seien der graue Star (Katarakt), Ohrgeräusche (Tinnitus aurium) oder asymptotische Gallen- oder Nierensteine genannt. Diese Krankheiten lassen sich zudem nur schwerlich innerhalb einer Krisenmedizin diagnostizieren und kaum in die Überlegungen eines katastrophenmedizinischen Allokationsverfahrens miteinbeziehen.

Ich möchte im folgenden beim Beispiel einer Verbrennungsverletzung bleiben, da dieses mehrere wesentliche Vorteile in sich birgt:

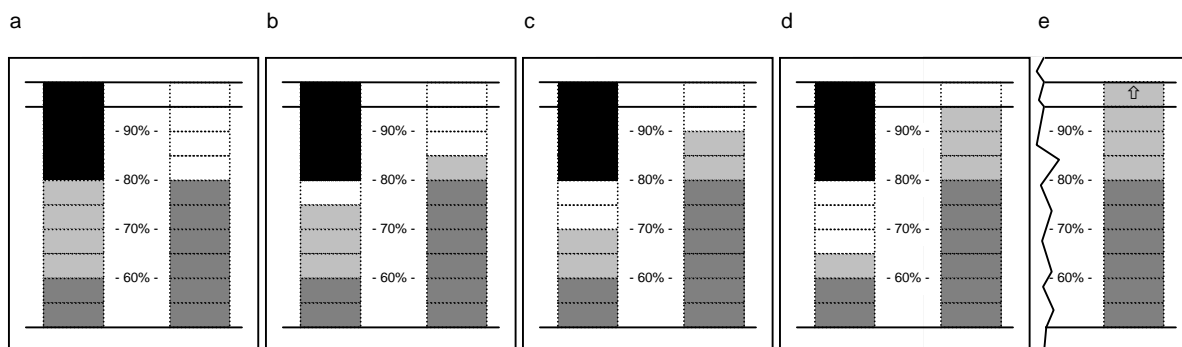
1. Die zugefügte / erlittene Verbrennung lässt sich von vorexistenten Erkrankungen differenzieren,
2. Die Verbrennung ist in ihrem Ausmaß (Tiefe und betroffene Hautoberfläche) womöglich die am besten zu quantifizierende und qualifizierende Verletzung,
3. Bzgl. Verbrennungen gibt es Scores, welche Prognosen zulassen, wodurch sich Kategorien erstellen lassen und
4. Als wesentliches Medikament (neben Schmerzmedikation) gilt vorwiegend die Flüssigkeitszufuhr, welche quantifizierbar und teilbar ist.

Setzen wir nun den Fall, ein Opfer erleidet eine Verbrennung, wobei bereits eine kardiovaskulären Erkrankung vorbesteht. Dieser Patient kann den eintretenden Volumenmangel deutlich schwerer kompensieren als ein zuvor Gesunder. Die Verteilung der Überlebenschancen würde demnach bei Gleichheit des erlittenen Schadens [weiß] mit Vorerkrankung [schwarz] eines der Patienten wie folgt aus (Abb. 7):

Abb. 7: Schematische Darstellung zweier gleich stark geschädigter Patienten mit und ohne Vorerkrankungen



Nehmen wir ferner an, wir hätten erneut Hilfsmittel, die die Gesamtüberlebenschancen beider Patienten mit gleicher Effektivität um 20% heben würden, so beständen folgende Verteilungsmöglichkeiten:



Auch hier könnte man versuchen, die komplette Ressource einem der Patienten zu geben (Diagramm a oder e), die Überlebenswahrscheinlichkeiten zu nivellieren (Diagramm a) oder aber in Anlehnung an Aristoteles' *iustitia distributiva* (vgl. S. 69) zu verfahren (Diagramm b). Diagramm c zeigt die gleichmäßige Verteilung der Ressource, während in den letzten Diagrammen (Diagramm d und e) (utilitaristisch) das Leben des Patienten mit besserer Überlebenswahrscheinlichkeit gesichert wird. Doch welches der Verfahren scheint hier am gerechtesten, effizientesten und praktikabelsten? Allein das gerechteste Verfahren zu finden scheint hier sehr schwierig. Denn wie sollen Vorerkrankungen „verrechnet“ werden, gesetzt den Fall wir könnten diese auch suffizient vom erlittenen Schaden differenzieren und quantifizieren?

Zu Beginn der Katastrophe besteht Ungleichheit. Ein Verfahren, welches nun jedem der beiden Patienten gleiche Überlebenswahrscheinlichkeit zubilligt (Diagramm a) missachtet die durch die Katastrophe zugefügte Schädigung als Bemessungsgrundlage für den Grad der Bedürftigkeit. Bereits an früherer Stelle wurde festgestellt, dass nur derjenige Schaden von Bedeutung ist, welcher auch Einfluss auf die Überlebenswahrscheinlichkeit hat. Somit bleibt letztlich nicht der Schaden, sondern vielmehr die Überlebenswahrscheinlichkeit Bemessungsgrundlage der Bedürftigkeit, zu welcher jedoch auch eine Vorerkrankung entscheidend beitragen kann. Die Diskussion wäre somit schnell abgehandelt, hätte man nicht das Gefühl, einen Ausgleich für zuvor bestehende Ungleichheit zu schaffen. Katastrophenmittel werden nur bevorratet und zur Verfügung gestellt, so möchte man argumentieren, um den durch die Katastrophe zugefügten Schaden zu beheben. Für den „Ausgleich“ vorbestehender Erkrankungen, sofern man diesen Begriff in Äquivalenz überhaupt benutzen sollte, wäre vielmehr das Gesundheitssystem zuständig, womit die Problematik der Mittelverteilung von der Mikro- auf die Makroallokationsebene gehoben würde. Aufgabe des Gesundheitssystems ist es, allen Menschen eine möglichst gute Ausgangsposition zu verschaffen, doch selbst unter dieser Zielsetzung dürfte Ungleichheit nicht vermeidbar sein. Es stellt sich die Frage, ob durch krisenmedizinische Maßnahmen tatsächlich Vorerkrankungen behandelt werden. Bei genauerer Betrachtung muss man feststellen, dass Krisenmedizin allein den durch die Vorerkrankungen bedingten zusätzlichen

Nachteil für die Katastrophensituation aufzufangen versucht. Nach Beendigung der Katastrophe ist in keinem der Fälle die vorbestehende koronare Herzkrankheit (KHK) oder ein bestehender Diabetes mellitus in irgendeiner Weise auf den Weg der Besserung gebracht. Man muss daher gedanklich, wenn man von Vorerkrankungen spricht, die Krankheit selbst von ihrem Einfluss auf die Überlebenschance trennen. Würde man demnach nicht die tatsächlich vorherrschende und aus Vorerkrankung und Schädigung sich zusammensetzende Überlebenschance als Bemessungsgrundlage für die Bedürftigkeit eines Patienten heranziehen, so würde man einen (meist) von Natur aus vorgegebenen Einflussfaktor unberücksichtigt lassen und Schlechtergestellte nochmals benachteiligen. Ferner, ließe man diesen Faktor unberücksichtigt und würde seine Entscheidung nur auf die stattgehabte Schädigung stützen, so würde man den Menschen auch nur in Teilen betrachten, was nur schwerlich mit einem würdevollen Umgang im menschlichen Miteinander zu vereinbaren ist. Mit dem Ziel, einen Überblick über die Verteilungsmöglichkeiten und -strategien zu bekommen, wird zwar der Versuch einer „Faktorzerlegung“ des Menschen unternommen, doch muss das Gesamtwesen ‚Mensch‘ trotz des hier konstruierten mathematisch-mechanistischen Menschenbildes im Anschluss an unsere Überlegungen wieder „zusammengesetzt“ und als Einheit betrachtet werden. Nur so kann man von einem Prinzip der Würde oder des würdevollen Umgangs sprechen. Ferner existiert Krisenmedizin für Menschen, in dem Bewusstsein, dass es sich um unterschiedliche Menschen handelt. Und jede Unterschiedlichkeit muss soweit berücksichtigt werden, wie sie für die Verfolgung der gesetzten Ziele nötig ist. Dieser Respekt, die Achtung der individuellen Unterschiedlichkeit, bedeutet, die Würde des anderen anzuerkennen. Eine gerechte Verteilung achtet nicht nur den Menschen mit seiner Unterschiedlichkeit, sondern zieht die aus dieser Unterschiedlichkeit erwachsenden unterschiedlichen Bedürfnisse mit in die „Berechnung“ ein. Die Kritik einer Bevorteilung von Patienten mit Vorerkrankungen kann daher insofern nicht gerechtfertigt sein, da kein Patient am Ende der Krisensituation mit einem Vorteil, einem Plus herausgeht und kritische Patienten trotz jeder zusätzlichen Ressource meist immer noch kritisch bleiben.

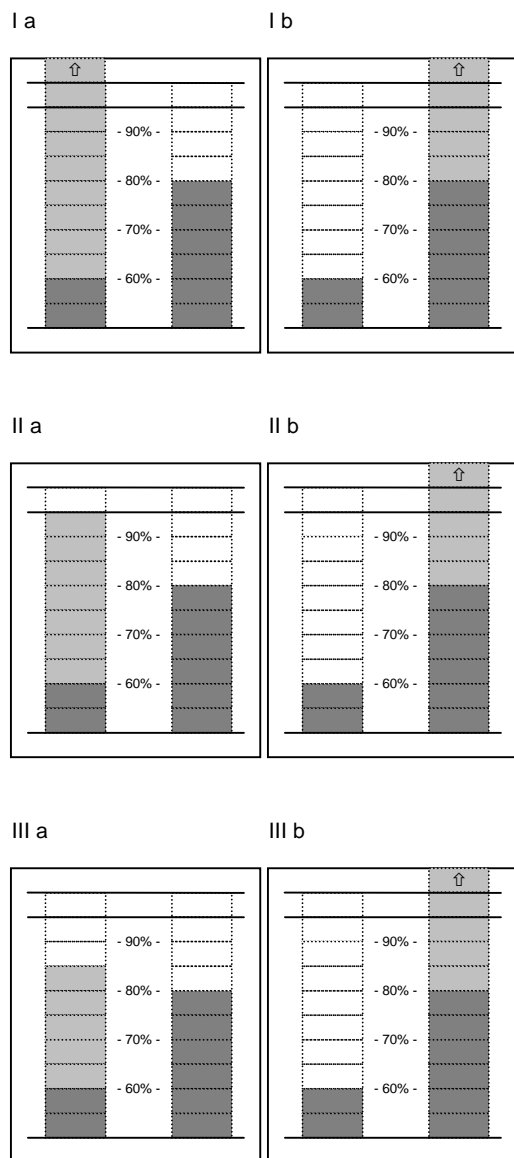
5.2.3.3. Alles-oder-Nichts-Situationen

Da bislang nur von teilbaren Ressourcen ausgegangen wurde, möchte ich einen kurzen Blick auf die Allokation unteilbarer Hilfsmittel wie beispielsweise den Einsatz eines Defibrillators oder aber die Durchführung einer Intubation mit Beatmung anführen. Meist handelt es sich um Gerätschaften oder um Personal, welche zu einem bestimmten Zeitpunkt an einen bestimmten Ort und Patienten gebunden sind. Aber auch viele Medikamente sind nicht oder nur begrenzt teilbar. Es würde sicherlich einen enormen Aufwand

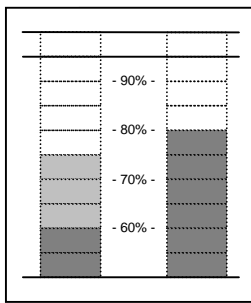
bereiten und sich als nicht praktikabel erweisen, möchte man beispielsweise einzelne Ampullen eines Medikaments nach Bedürftigkeit (auf)teilen wollen. Sowohl den Einsatz von unteilbaren Ressourcen wie die Diskussion um Situationen, bei welchen ein Überleben nur bei Erreichen einer (gesetzten) 95%igen Überlebenschance garantiert ist, möchte ich als Alles-oder-Nichts-Situationen bezeichnen.

Auch hier helfen wieder obige Diagramme mit Betrachtung eines Schwer- wie eines Mittelschwerverletzten. Es lassen sich im wesentlichen fünf verschiedene Varianten unterscheiden, wie sie unten mit I bis V dargestellt sind:

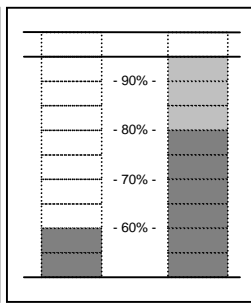
Abb. 8: Verteilung einer unteilbaren Ressource am Beispiel zweier Patienten mit starker und mittelstarker Verletzung



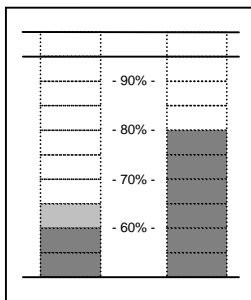
IV a



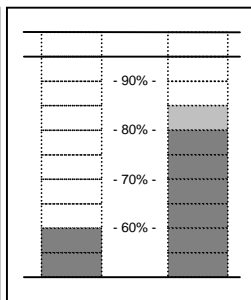
IV b



V a



V b



In Diagramm I wie II kann das Überleben jedes der beiden Patienten gesichert werden, wohingegen dies in Diagramm III und IV nur für den Leichterverletzten möglich ist. Diagramm V zeigt die Verteilung einer Ressource an, die das Leben keines der beiden sichert.

Beginnend mit Diagramm III zeigt sich, dass bei unteilbaren Ressourcen durchaus die Gefahr der Verschwendung (über 95% hinaus) besteht (III b). Für den Schwerverletzten hingegen wäre die Ressource zum vollen Einsatz gekommen. Daher lässt sich primär die Forderung nach einer vollen Ausschöpfung der Ressource formulieren. Auf der anderen Seite jedoch muss eingeräumt werden, dass eine Ressourcenverschwendung unberücksichtigt bleiben darf, kann man sowohl das Leben des einen wie des anderen sichern (Diagramm I und II). Die Diagramme IV und V bedürfen mit Verweis auf obige Diskussion keiner weiteren Erläuterung. Die Frage, welche Allokation man bevorzugt hängt vom zugrundeliegenden Prinzip ab. Möchte man eher einen Chancenausgleich schaffen oder aber in utilitaristischer Weise eines der Leben (nur Diagramm IV) in Sicherheit wissen. Zu bemerken bleibt abschließend, dass jedes der Verfahren eine hohe Praktikabilität aufweist, da weder Proportionalitäten noch ein gemeinsames Niveau an Überlebenswahrscheinlichkeit „berechnet“ oder zumindest überdacht werden müssen.

Gleichzeitig kann anhand der Diagramme auch die zweite der Alles-oder-Nichts-Situationen durchdacht werden. Es sei gesetzt, ein Überleben wäre nur möglich, würde eine Überlebenswahrscheinlichkeit von 95% erreicht werden. Im Falle des V. Diagramms wäre somit für beide Patienten der Tod gewiss, auch wäre es ein Einfaches sich im Falle

des Diagramms III und IV für den Leichterverletzten zu entscheiden. Die Entscheidung, welcher der beiden Patienten nun im Falle der ersten beiden Diagrammpaare den Vorzug und somit die Ressource erhalten sollte, ist unklar. Für beide wäre ein Überleben möglich. Auch spielt es hier keine Rolle, ob in irgendeiner Form Ressourcenverschwendung (über 95% hinaus) vorliegt. Verschwendung wäre es vielmehr, würde man die Ressource, wie in Diagramm III und IV aufgezeigt, dem Schwerverletzten zuteilen und damit das Überleben auch des Leichterverletzten verhindern. In Diagramm I und II können somit weder die Überlebenschance noch die Ressource, also rein medizinische Kriterien, den Ausschlag für die Allokation geben. Möglicherweise wäre hier ein nicht auf Kriterien basiertes Verfahren wie das Losverfahren die gerechteste Vorgehensweise, möchte man auf außermedizinische Kriterien verzichten.

5.2.3.4. Ressourceneffektivität und Prognose

In einem Beispiel für die Zuteilung unteilbarer Ressourcen wirft Lübbe in der Einleitung Ihres Buches „Tödliche Entscheidung“ jedoch noch einen weiteren Aspekt auf:

Als Beispiel diene ... die Konkurrenz zweier Patienten um einen Platz in der Intensivstation, ... so, dass Patient A ohne die Intensivbehandlung eine Überlebenschance von 0% und mit Intensivbehandlung eine Chance von 60% hat, während B bereits bei einfacher stationärer Behandlung eine Chance von 80%, mit Intensivbehandlung dagegen eine Chance von 100% hat. Es versteht sich von selbst, dass man es dann bei der Chancendifferenz von 60% vs. 80% belassen muss. Aber diese Intuition kann in der Theorie nicht mehr mit einem Übergang von der Gleichheit der Bedarfsdeckung zur Chancengleichheit (und damit *scheinbar* „ganz egalitaristisch“) rekonstruiert werden. Sie bedarf vielmehr der expliziten Bejahung eines Effizienzprinzips. [Lübbe 2004, S. 13]

Der Aspekt, welcher von der Autorin hier angesprochen wird, zielt auf die Effizienz oder Effektivität der Ressource selbst ab. Wir sind bislang davon ausgegangen, der Einsatz eines bestimmten ‚Volumens‘ an Hilfe würde jedem der beiden Patienten gleichen Nutzen und damit eine gleiche Erhöhung der Überlebenschance einbringen. Dies kann leider in die Realität nicht übertragen werden. Der Schwerverletzte wird beispielsweise bei gleicher Hilfe seine Überlebenschance um nur wenige Punkte steigern können, während der Leichtverletzte einen beachtlichen Vorteil erföhre. Hinzu kommt, dass die bei Schwerverletzten aufgewandte Hilfe meist nur einen sehr kurzen Erfolg mit sich bringt, während der Leichtverletzte mit einer einmaligen Gabe häufig suffizient behandelt ist. Wenn nun das Hilfsmittel in der Hand des einen wesentlich mehr bewirken

kann als beim anderen, dann dürfte man nicht die Ressource an sich wertschätzen, sondern den Effekt, der hieraus entsteht. Ich möchte, um die Beispielhaftigkeit einfach zu halten, die Gabe von Infusionsflüssigkeit erwähnen, welche beim Leichtverletzten bei einer durch Schmerzen verursachten vasovagalen Synkope (Ohnmacht) bereits als Therapie ausreichend sein mag, während der Zustand eines Schwerverletzten mit Verbrennungen, dessen weitere Behandlung nicht sichergestellt werden kann, möglicherweise nur 15 Minuten stabilisiert und seine Überlebenschancen nicht wesentlich erhöht werden könnte.

Offensichtlich interessiert bei der moralischen Beurteilung von Verteilungsergebnissen nicht nur die Gleichheit, sondern auch das, was mit Gütern (die eben deshalb „Güter“ heißen) zu gewinnen ist. In dem Wunsch, dieser Gewinn möge nicht um der Gleichheit willen für alle verloren gehen, steckt eine effizienzbezogene Intuition. Dieser Intuition wird das utilitaristische Prinzip, eine höhere Nutzensumme sei besser als eine niedrigere, offenbar gerecht - nicht dagegen ein egalitaristisches Prinzip des Inhalts, Gleichheit der Bedarfsdeckung sei besser als Ungleichheit. [Lübbe 2004, S. 11]

Somit gesellt sich neben den Grad der Bedürftigkeit, dargestellt durch die tatsächliche Überlebenschancen einer Person - ungeachtet, ob durch den erlittenen Schaden oder eine Vorerkrankung bedingt - die Effektivität der Ressource als wesentlicher Faktor für die Entscheidung einer Mittelallokation begrenzter, lebenswichtiger Ressourcen. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass nicht nur der statische oder dauerhafte Effekt einer Ressource differieren kann, auch die Dauer der Wirkung muss als dynamischer Effekt mit ins Kalkül gezogen werden. Die Abschätzung eines Ressourceneffekts jedoch, ganz abgesehen von dessen Dynamik, scheint äußerst schwierig. Meist wird sich ein derartiger Effekt erst *nach* der Behandlung und somit *nach* Ressourceneinsatz bzw. -vergabe zeigen. Die Abschätzung basiert auf Erfahrungswerten in gemeinsamer Betrachtung mit der aktuellen Patientensituation. Einen sicheren Parameter für die Bemessung der Ressourceneffektivität bereits *vor* der Behandlung gibt es nicht.

Postuliert man dennoch, dass die Ressource unter größt möglichem Effekt zum Einsatz kommen soll, so wird man alsbald vor das „Problem der kleinsten Differenz“ gestellt. Wie groß muss der Effektivitätsunterschied tatsächlich sein, so dass er Berücksichtigung finden kann und muss. Jeder wird zustimmen, dass bei kleinen Differenzen das geringe Mehr an Effektivität nicht den Ausschlag für die Zuteilungsentscheidung geben darf.

Ferner soll an folgendem Beispiel nochmals das „Problem der konkurrierenden Prinzipien“ aufgezeigt werden:

Fluss. Gerade ohne Zuteilung der lebensrettenden Hilfsmittel findet sich meist eine Verschlechterung des unversorgten Patienten, selten Stabilität oder spontane Besserung. Hierbei ist zu bemerken, dass sich der Gesundheitszustand von Schwerverletzten in der Regel schneller verschlechtert als der von mittelgradig oder leicht verletzten Patienten.

Dies wirft die Frage auf, ob hieraus ein Prinzip der vorrangigen Behandlung aus Dringlichkeitsgründen erwachsen kann, denn ohne Zuweisung von Hilfsmitteln würde die Kluft zwischen Leicht- und Schwerverletzten mit der Zeit zunehmend größer. Um diesen Vorgang aufzuhalten, müsste man gerade den Schwerverletzten ein Mehr an Hilfsmitteln zusprechen, wenn nicht alles. Zudem würde man zeitlich unter Druck gesetzt, da mit jeder Minute der Zuteilungsverzögerung dieser Prozess unaufhaltsam voranschreitet.

Sicherlich gibt es keine harten Daten, die den Fortgang einer Krankheit im Einzelfall vorhersagen können. Aus medizinischer Sicht wird jedoch gelegentlich die Prognose als Kriterium empfohlen [Pfenninger et al. 1993], doch ist deren Wert gerade für den Einzelfall äußerst umstritten. Zum einen ist die Prognose ein nur statistischer Wert, andererseits, so denke ich, ist die Definition der Prognose nicht letztlich geklärt. Nicht immer versteht man unter Prognose auch die Aussicht auf ein Erreichen eines stabilen Patientenzustandes, oftmals meint man auch die Heilungsaussicht, veränderte Lebenserwartung oder Lebensqualität.

Man muß aber sehen, daß die Prognose keineswegs allein aus medizinisch - naturwissenschaftlichen Daten und Aspekten entsteht. ... Das sind soziale und biographische Aspekte, die nicht etwa nur zur wissenschaftlichen Prognose hinzutreten, sondern sie selbst mitbestimmen. [Rössler 1991, S. 142-143]

Erschwerend tritt hinzu, dass es sich im Falle der Prognose als Entscheidungskriterium um einen Parameter handelt, der sich ähnlich der Ressourceneffektivität erst in der Zukunft rückblickend zu erkennen gibt. Dennoch dürfte diesem Prinzip nicht weniger Gewicht zugesprochen werden als obigem Effizienzprinzip, was meist den Leichterverletzten begünstigen würde. Auch hier stoßen wir somit auf eine Patt-Situation im Sinne konkurrierender Prinzipien.

Ein Lösungsweg kann ohne Abkehr von bestimmten, eingangs gesetzten Zielen und ohne Verletzung von Prinzipien einer hier konzipierten krisenmedizinischen Ethik nicht vorgeschlagen werden. Verfahren, welche sich an einer Verteilungsgerechtigkeit - sei es basierend auf Proportionalitäten der Bedürftigkeit oder aber im Sinne einer Chancenangleichung - orientieren, stehen meist effizienzorientierten, utilitaristischen Vorgehensweisen gegenüber. Möchte man beides erreichen, steht man notgedrungen irgendwann vor dem Scheideweg oder erreicht keines von beidem. Somit bleiben nur zwei Möglichkeiten. Entweder man verzichtet gänzlich auf kriterienbasierte Allokationsverfahren oder aber man

entscheidet sich bereits im Vorherein für oder wider eines der beiden Extremata jedoch in dem Wissen, das jeweils andere bewusst zu vernachlässigen oder zu verletzen. Der Leitfaden für die ärztliche Versorgung im Katastrophenfall schreibt hierzu:

Sieht sich der Arzt mehreren gleichgelagerten Handlungspflichten gegenüber, so ist er gerechtfertigt, wenn er das ihm Mögliche leistet. Er muß aber sein Bemühen stets darauf richten, möglichst vielen zu helfen und diejenigen vorziehen, deren Behandlung nach medizinischen Kriterien am ehesten Erfolg verspricht. [Rebentisch 2002, S. 20]

Legt man bereits vor der Katastrophe fest, primär ein effizienzorientiertes, eher utilitaristisches Vorgehen zu verfolgen (vgl. S. 59), so wird man zwar versuchen, in zweiter Linie auch Gerechtigkeitsprinzipien zu berücksichtigen, doch würden diese je nach Einzelfallsituation mehr oder weniger verletzt werden. Man muss daher von „akzeptierter Ungerechtigkeit“ sprechen, welche indirekt bei Priorisierung des Effizienzprinzips gebilligt wird.

5.2.3.5. Außermedizinische Kriterien und das „Prinzip der Zeiteingrenzung“

Bevor nun der Stellenwert außermedizinischer Kriterien zur Diskussion gestellt werden soll, möchte ich einen Gedanken von Derek Parfit aufgreifen, der postuliert, die Summe der während des bisherigen Lebens erlittenen Schmerzen als Kriterium für die Zuteilung der Ressourcen heranzuziehen:

Jemand könnte sagen: „Es spielt keine Rolle, dass der gestrige Tag für die vielen eine Qual war. Wenn Schmerzen vorbei sind, spielen sie keine Rolle mehr.“ Dieser Einwand ist meines Erachtens nicht stichhaltig. Wenn wir über Verteilung diskutieren, zählen vergangene Schmerzen. Wer mehr erlitten hat, hat einen größeren Anspruch darauf, dass ihm künftige Schmerzen erspart werden. Wenn wir entscheiden, wer am schlechtesten dran wäre, müssen wir ganze Leben betrachten - wir müssen fragen, wessen Leben am schlechtesten verlaufen wäre. [Parfit 2004, S. 154]

Übersetzt für den hier zu besprechenden Krisenfall, müsste man anstelle von Schmerzen von erlittenem Schaden sprechen, welcher in Beziehung zu bereits erlebtem Leid gesetzt werden müsste. Parfit muss man zu Gute halten, dass sich seine Gedanken nicht auf die Allokationsproblematik in Krisensituationen beziehen, doch scheint es überlegenswert, ob ein derartiger Ansatz auch hier aufgegriffen werden sollte.

Würde man bereits erlebtes Leid mit ins Kalkül ziehen, so müsste eine Parallele zu den bereits besprochenen Vorerkrankungen gezogen werden. Erlebte Schmerzen unterscheiden sich jedoch von Vorerkrankungen darin, dass letztere auch zum Zeitpunkt der Katastrophe existent sind und die Ist-Gesundheit mitbestimmen. Sprechen wir dagegen von erlittenen Qualen, so meinen wir vielmehr tatsächlich vergangene Schmerzen. Im Bewusstsein, dass Schmerzen ohnehin weder intrapersonell noch interpersonell quantitativ erfasst werden können (welche zudem in Relation zur bereits gelebten Zeit gesetzt werden müssten), möchte ich ein „Prinzip der Zeiteingrenzung“ formulieren, was bedeutet, dass ausschließlich der Zeitraum der Katastrophe als Bemessungsgrundlage für ein mögliches Allokationsverfahren herangezogen werden darf. Denn wenn ein gesamtes Leben berücksichtigt werden soll, so müsste nicht nur die Vergangenheit, sondern auch die Zukunft in die Entscheidung miteinbezogen werden. Doch ist es gerade die Zukunft, die im Verborgenen bleibt. Nehmen wir an, ein Kind überlebte eine Leukämie, das andere wuchs bei wohlhabenden Eltern auf. Beide Personen seien als 20jährige gleichermaßen von einer Katastrophe betroffen. Mit der Absicht, die Ungerechtigkeit des Lebens ausgleichen zu wollen, würde man nun - entsprechend Parfit - dem einst kranken Kind allokativ den Vorzug geben. Sollten nun beide Personen die Katastrophe überleben und 80 Jahre alt werden - der junge Mann aus wohlhabendem Hause jedoch aufgrund reduzierter Ressourcenzuteilung eine bleibende Behinderung von sich tragen, so muss man sich fragen, ob man tatsächlich die Ungerechtigkeiten des Lebens ausgeglichen hat oder aber einen der beiden bewusst, d.h. systematisch benachteiligt hat. Da man ferner die Gesamtlebenszeit eines Individuums nicht abschätzen kann, wird es unmöglich sein, dieses Kriterium in Relation zu setzen und damit zu gewichten. Auch bleibt verborgen, welches Leid dem einzelnen in der Zukunft noch widerfahren wird. Ich halte es daher für gefährlich, Kriterien zu berücksichtigen, welche nicht in direktem zeitlichen Bezug zur Katastrophensituation stehen.

Bei der Diskussion, welche Kriterien in Katastrophensituationen akzeptiert werden dürfen, wird in der Literatur mehrfach die ausschließliche Maßgabe medizinischer Kriterien betont [Vastyan 1994]. „In wehr- und katastrophmedizinischen Bereichen gilt indessen als Entscheidungsprinzip, Hilfe zu gewähren und dabei außermedizinische Kriterien zu meiden“. [Illhardt et al. 1995, S. 128] Ein Entscheiden nach anderen als medizinischen Gesichtspunkten wäre mit ärztlichem Denken und Handeln nicht vereinbar. [Heberer 1983] Dies lehnt sich an den Artikel 3 Abs. 3 des Grundgesetzes der Bundesrepublik Deutschland an, der lautet:

Niemand darf wegen seines Geschlechtes, seiner Abstammung, seiner Rasse, seiner Sprache, seiner Heimat und Herkunft, seines Glaubens, seiner religiösen

oder politischen Anschauung benachteiligt oder bevorzugt werden. [Bundesministerium der Verteidigung 1991, S. 6]

Wenn man auch an einem Verzicht auf außermedizinische Kriterien festhält, so lassen sich dennoch Situationen schildern, die einen Rückgriff auf diese Kriterien rechtfertigen. Man stelle sich vor, eine bestimmte Schädigung sei von Schwarzafrikanern besser zu kompensieren als von Weißhäutigen, welchen für die Bewältigung der jeweiligen Schädigung oder Erkrankung ein genetisch determiniertes Protein fehlt. Wäre es nicht am gerechtesten und auch am effektivsten, man würde alle Weißen vorrangig behandeln - wider der Forderung keine Unterschiede hinsichtlich der Rasse vorzunehmen. Da die Überlebenswahrscheinlichkeit in vorliegendem Fall maßgeblich von der genetischen Konstellation der Patienten abhängt, würde diese als medizinisches Kriterium mit in die Überlegung einbezogen, ähnlich einer Vorerkrankung. Nun ist es jedoch schwierig, in Katastrophensituationen Gentests durchzuführen, weshalb man sich außermedizinischer Hilfskriterien bedient. Die Hautfarbe, wie in unserem Falle, wäre somit nur das „Abbild“ der genetischen Situation und damit des rein medizinischen Kriteriums. Wir diskriminierten somit nicht zwischen unterschiedlichen Rassen, sondern zwischen dem differenten Einfluss, den die Rassenzugehörigkeit auf die Überlebenswahrscheinlichkeit hat. Demgegenüber wäre in diesem Beispiel eine Bevorzugung von Schwarzhäutigen eine ungerechte Entscheidung, da sie nur das Ziel verfolgt, sich nicht dem Vorwurf einer offensichtlichen Diskriminierung aussetzen zu müssen. Die Beurteilung stützte sich damit nicht auf rein medizinischen Kriterien.

Ähnlich verhält es sich mit Alter und Geschlecht, was zu Entscheidungen führt wie „Frauen und Kinder zuerst“. Hauptproblem dieser Vorgehensweise ist die Generalisierung. Im obigen Beispiel gingen wir davon aus, dass *alle* Schwarzhäutigen ein Genprodukt ausbilden, welches bei Weißhäutigen fehlt. Eine derart hohe Korrelation von $r = 1$ zwischen medizinischem Einflussfaktor und außermedizinischem Kriterium in Abbildfunktion ist selten, wenn nicht äußerst unwahrscheinlich. Mit der hier vollzogenen Generalisierung wendet man den Blick weg von Einzelpersonen hin zu Gruppenzugehörigkeiten aus Gründen der Simplifizierung und besseren Praktikabilität. Man nimmt jedoch in Kauf, sich von einer gerechten Lösung, welche sich an den Unterschieden zwischen den Einzelpersonen orientiert, zu entfernen.

Das Alter als Kriterium wirft noch weitere Probleme auf. Nehmen wir an, zwei Patienten, der eine 70 Jahre, der andere 40 Jahre, hätten beide gleich starke, lebensbedrohliche Verbrennungen erlitten. Nehmen wir ferner an, die Überlebenswahrscheinlichkeit des älteren Patienten sei durch vorbestehende kardiale Erkrankungen deutlich reduziert, so müsste dieser Patient dem jüngeren vorgezogen werden, würde man ein gerechtes und nicht ausschließlich utilitaristisches Vorgehen favorisieren. Warum aber sträuben wir uns

bisweilen, dem älteren Patienten den Vorzug zu geben? Der Grund liegt darin, dass das Alter zwar häufig als mögliches Abbild für Vorerkrankungen gesehen wird (medizinisches Kriterium), doch steht hohes Alter auch für ein „gelebtes Leben“ mit geringerer Lebenserwartung, als dies bei einem z.B. 40-jährigen der Fall wäre (Nützlichkeitsaspekt aus Sicht des Patienten).

Die Präferenz für junge Menschen wird zum einen daraus abgeleitet, daß diese, wenn sie geheilt werden, die größere Lebenserwartung besitzen. Zum anderen werden junge Menschen bevorzugt, weil ihr Leben aller Wahrscheinlichkeit nach reicher und damit wertvoller sein wird als das älterer Personen. [Harris 1995e, S. 134]

Ferner könnte auch argumentiert werden, die vorrangige Rettung älterer Menschen würde nur eine unnötig höhere Belastung des Sozialsystems darstellen (Nützlichkeitsaspekt aus Sicht der Gesellschaft). Doch diese Begründung müsste unberücksichtigt bleiben, da sie die Sicht des Patienten gänzlich ignoriert. Der Patient würde ausschließlich unter seinem „Wert für ...“ gesehen und instrumentalisiert, während sein Selbstzweck völlig außer Acht bliebe.

Harris beschreibt in seinem Buch „Der Wert des Lebens“ [Harris 1995e] die Relevanz des Alters als Kriterium in nicht besser darstellbarer Weise. Ich möchte seine Argumente an dieser Stelle lediglich zusammenfassen:

Würde man das Alter als Kriterium für Allokationsentscheidungen lebensrettender Ressourcen heranziehen, so stünde man vor dem Konflikt: „Zusätzliche Lebenszeit versus zusätzliche Menschenleben“.

Wenn wir uns dafür entscheiden, eine Person mit einer vorhersagbaren Lebensspanne von 60 Jahren zu retten, anstatt fünf Personen mit einer vorhersagbaren Lebensspanne von zehn Jahren, so haben wir zehn zusätzliche Lebensjahre gewonnen, um den Preis, die Wünsche von fünf zusätzlichen Menschen übergangen zu haben. [Harris 1995e, S. 144]

Zudem wird man mit dem Problem der kleinen Unterschiede konfrontiert. Setzt man 70 Jahre als willkürliches Maximum, so „sollten wir es als wichtiger ansehen, eine Zehnjährige zu retten als eine Sechzigjährige“. Doch „liegt sicherlich etwas Ungerechtes darin, das Leben zweier Fünfundvierzigjähriger einer Fünfzehnjährigen zu opfern“, wenn dadurch 5 Lebensjahre gewonnen werden könnten.

Die Sichtweise, die auf die gewonnenen Lebensjahre abstellt, scheint die Wünsche und Hoffnungen der Menschen in den mittleren Jahren völlig außer acht

zu lassen, sobald sich ihnen einer dieser hartnäckigen Jugendlichen in den Weg stellt. [Harris 1995e, S. 145]

Ferner werden wir mit der Frage konfrontiert, wie ein geringer Zugewinn an Lebenszeit vieler Menschen einem größeren Zugewinn weniger Menschen in Relation zu setzen ist. Harris nennt als Beispiel die Entwicklung von zwei Medikamenten. Das eine vermag das Leben von 121000 Menschen um einen Monat, das andere das Leben von 1000 Menschen um zehn Jahre zu verlängern. 121000 gewonnene Lebensmonate stünden somit 120000 zusätzlichen Monaten gegenüber. Ich denke, die Problematik wäre nicht weniger dramatisch, wenn „nur“ 120000 Menschen das Leben um einen Monat verlängert werden könnte. Harris sucht hier mit Hilfe der Unterschiedsschwelle eine Lösung anzubieten, indem er fordert, dass kleine Gewinne an Lebenszeit unberücksichtigt bleiben müssten.

Das Problem bleibt allerdings überall dort bestehen, wo gerade so viel Lebenszeit gewonnen werden könnte, daß es sich - zumindestens in den Augen der Betroffenen - durchaus lohnen würde, darüber zu verfügen, wo aber dieser Gewinn an Lebenszeit, gemessen an der dafür zu tätigen Investition oder gemessen an dem, was statt dessen erreicht werden könnte (etwa ein größerer Gewinn an individueller Lebenszeit), nur als ein geringerer Ertrag erschiene. [Harris 1995e, S. 148]

Generell konkurriert demnach die Zahl der zu Rettenden mit der geretteten Lebenszeit oder anders ausgedrückt mit der (vermuteten) Lebenserwartung. Das Argument der Irrelevanz des Alters besagt:

Dem Lebenswunsch einer jeden Person sollte die gleiche Bedeutung beigemessen und dieselbe Achtung entgegengebracht werden, ganz unabhängig, welche Lebensqualität oder welche Lebenserwartung sie hat. [Harris 1995e, S. 153]

Harris grenzt dies jedoch mit einer Ausnahme ein: „der Fall, in dem einer der beiden Menschen eine faire Lebenszeit hatte und der andere nicht.“

Der Rest des Lebens einer jeden Person, die den Wunsch hat, weiterzuleben, ist im selben Grade wertvoll, ganz gleich um was für eine Zeitspanne es sich dabei handelt. Doch kann es eine wichtige Frage sein, welcher Person durch einen frühzeitigen Tod die größere Ungerechtigkeit widerfahren würde. Das Argument der fairen Lebenszeit macht darauf aufmerksam, um wieviel ungerechter es ist, wenn jemand, der keine faire Lebenszeit hatte, einer Person gegenüber den kürzeren zieht, die eine faire Lebenszeit hatte, als wenn das Umge-

kehrte der Fall ist. Aus diesem Grund sollten wir in den seltenen Fällen, in denen wir zwischen Kandidaten zu wählen haben, die sich nur in dieser Hinsicht unterscheiden, dafür votieren, so vielen Menschen wie möglich die Chance auf eine faire Lebenszeit einzuräumen. [Harris 1995e, S. 153]

Ich möchte, aus den Gedanken Harris' folgernd, für Krisensituationen dem Alter durchaus einen Stellenwert als Kriterium für allokativen Entscheidungen einräumen. Jedoch müssten mehrere Einschränkungen geltend gemacht werden:

Vor der gewonnenen Lebenszeit muss die Zahl der zu rettenden Menschenleben primäres Ziel unseres Handelns und Entscheidens sein, sofern diese eine minimale Unterscheidungsschwelle überschreiten. Als Unterscheidungsschwelle gilt dabei eine aus Patientensicht lohnende Überlebenszeit. Ferner müsste das Alter als einziger Parameter zwischen Patienten mit einem nicht unerheblichen Unterschied differieren. Der Gesundheitszustand bzw. die Überlebenswahrscheinlichkeit der Patienten müsste vergleichbar sein und das Alter selbst dürfte nicht als Surrogatmarker für mögliche gesundheitliche Vorschädigungen stehen.

Diese Prämissen vorausgesetzt erlauben es, das Alter ins Entscheidungskalkül miteinzu beziehen, auf der Basis, jedem Menschen eine „faire Lebenszeit“ zubilligen zu wollen. Da mit Lebenszeit jedoch die Gesamtlebenszeit gemeint ist, hängt diese wesentlich von der im Augenblick der Katastrophe für den einzelnen schwer abzuschätzenden Lebenserwartung ab. Dies würde, stützt man sich nicht der Einfachheit halber auf statistische und ohnehin meist nicht eindeutig vorhersagbare Prognosen, dem Prinzip der Zeiteingrenzung zuwiderlaufen. Aus der Zukunft für die Gegenwart zu argumentieren, kann nicht Grund genug sein, sich für das eine oder andere Leben zu entscheiden. Daher möchte ich, in Verteidigung des Kriteriums „Alter“, das Ziel verfolgen, jedem einzelnen allein die *Chance* auf eine faire Lebenszeit zuzubilligen.

Mit der Akzeptanz des Alters als krisenmedizinisches Entscheidungskriterium stellen wir uns jedoch klar gegen die oben dargestellte Forderung, nicht nach anderen als medizinischen Kriterien zu urteilen. Somit schließt sich die Frage an, ob es neben dem Alter noch weitere Kriterien geben kann, die ein allokatives Entscheiden beeinflussen (sollten). Gibt es also Faktoren, die es erlauben, bei gleicher Überlebenswahrscheinlichkeit - und damit Irrelevanz des Effizienzprinzips - und vergleichbarem Alter, ein Leben dem anderen vorzuziehen. Gibt es somit Fälle, in denen es erlaubt ist, mit Hilfe bestimmter Kriterien, Leben zum Zwecke einer gerechteren Entscheidung zu werten? Der Übersicht halber möchte ich außermedizinische Kriterien in solche der Vergangenheit, der Gegenwart und der Zukunft gliedern. Die folgende Auflistung soll hierbei wichtige Beispiele nennen, erhebt aber nicht den Anspruch auf Vollständigkeit.

Tab. 3: Außermedizinische Kriterien

Kriterien der Vergangenheit
Anstrengungen und Leistungen für sich selbst (positiv wie <i>negativ</i>)
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Ausbildung ♦ gesundheitsbewusstes Leben
Anstrengungen und Leistungen für andere / die Gesellschaft (positiv wie <i>negativ</i>)
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Spenden ♦ soziales Engagement ♦ Steuerleistungen ♦ moralisch gutes bzw. <i>verwerfliches</i> Verhalten ♦ <i>Zuwendungen von der Gesellschaft (Arbeitslosenhilfe, Sozialhilfe, ...)</i> ♦ <i>Straftaten</i>
Kriterien der Gegenwart
für die Person selbst (positiv wie <i>negativ</i>)
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Intelligenz ♦ Persönlichkeitsstruktur ♦ aktuelle Fähigkeiten ♦ Ansehen der Person ♦ moralische Einstellung ♦ religiöse Haltung ♦ positive wie <i>negative</i> Wertschätzung des eigenen Lebens
für die Person in der Beziehung zu anderen / der Gesellschaft (positiv wie <i>negativ</i>)
<ul style="list-style-type: none"> ♦ soziale Rolle ("social worth"): Familienstand, Kinder, Abhängige, Freunde, ... ♦ Position in der Gesellschaft: Bürgermeister, Entscheidungsträger, ...
Kriterien der Zukunft
für die Person selbst (positiv wie <i>negativ</i>)
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Hoffnungen ♦ Wünsche ♦ Lebensziele ♦ Regelungen, die vor einem Ableben noch getroffen werden müssen
für die Person in der Beziehung zu anderen / der Gesellschaft (positiv wie <i>negativ</i>)
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Erwartungen, die aufgrund von Fähigkeiten geweckt werden ♦ Handlungen in der Zukunft mit positivem wie <i>negativem</i> Einfluss auf andere oder die Gesellschaft

An dieser Einteilung außermedizinischer Kriterien soll erkenntlich werden, dass sich in vielen Fällen Patienteneigenschaften auf den Nutzen eines Menschen für andere oder die Gesellschaft beziehen. Dies wird gerade am meist diskutierten Kriterium, dem „sozialen Wert“ eines Menschen, deutlich.

Mit einer eigenen Begründung wird der soziale Wert eines Menschen als Kriterium empfohlen: Ein solcher Patient habe der Gemeinschaft genützt oder werde ihr noch nützen können, die öffentlichen Mittel müssten deshalb auch eher für ihn eingesetzt werden. Einwände gegen dieses Kriterium verweisen auf den Leistungs- und Lohngedanken, der hier den Ausschlag gibt und der dem Grundsatz, daß ärztliche Hilfe für alle gleich sein soll, widerspricht, sowie auf die große Schwierigkeit, den sozialen Wert zweier Menschen zu vergleichen und gegeneinander zu bewerten. [Rössler 1991, S. 143]

Dabei ist es nicht verwerflich, den Menschen in seiner Funktion zu betrachten, lässt man nur seinen Selbstzweck nicht außer Acht. Erst die ausschließliche Ver zweckung oder Betrachtung des Menschen bzgl. seines Werts für andere käme im Kant'schen Sinne einem inakzeptablen Autonomieverlust gleich.

Kant unterscheidet hinsichtlich des Menschen Preis und Würde ... Natürlich kann es klug oder geschickt sein, einen anderen Menschen ausschließlich als ein Mittel zu gebrauchen, ihn auszunutzen, auszubeuten oder zu versklaven. Aber sittlich ist das nicht. Denn, so argumentiert Kant, eine derart ausschließliche Betrachtung des Menschen zerstört seine Freiheit und damit seine Sittlichkeit. Sie entzieht der Ethik den Boden, zerstört das Humane am Menschen und lässt sich nicht generalisieren. Eine Theorie, und sei sie noch so klug und geschickt. ... Damit bereitet Kant den systematisch wichtigen und für die Begründung der Menschenwürde zentralen Gedanken der „Selbstzweckformel“ vor. [Irrgang 1995c, S. 77]

Diese formuliert Immanuel Kant wie folgt als kategorischen Imperativ:

Handle so, daß du die Menschheit, sowohl in deiner Person, als in der Person eines jeden anderen, jederzeit zugleich als Zweck, niemals bloß als Mittel brauchst. [Kant 1983 (BA 66/67), S. 61]

Kant erlaubt somit, den Menschen in seiner Funktion zu sehen, sofern der Selbstzweck eines jeden respektiert wird. Doch nicht nur die Betrachtung von Einzelkriterien zwischen zwei Patienten scheint schwierig. „Kriterien beschreiben Teile eines menschlichen Lebens, die Allokationsentscheidung betrifft in vielen Fällen das Gesamt eines menschlichen

Lebens.“ [Illhardt et al. 1995, S. 131] Man müsste somit die unterschiedlichen außermedizinischen Kriterien auch intrapersonell in gegenseitigem Bezug gewichten, um schließlich zu einem Summenscore zu gelangen, den man als den „Wert des Lebens“ bezeichnen könnte. Dies würde jedoch zur Voraussetzung machen, dass *jedes* der Kriterien erfasst und objektiv bewertet werden könnte. Eine Prämisse, welche man gerade für Katastrophensituationen kaum annehmen darf. Doch gesetzt den Fall, uns stünden alle Daten eines Menschen zur Verfügung, dürften dann nicht auch eben diese Kriterien in die Allokationsentscheidung mit einbezogen werden?

Ich möchte hier ein futuristisches Gedankenexperiment starten, indem ich setze, jeder Mensch hätte einen Chip unter der Haut, welcher alle wesentlichen Daten gespeichert hätte. Sprechen wir daher von einem „Subkutan-Chip“ und postulieren, dass es genügend und allorts verfügbare Lesegeräte gäbe. Dieser Chip enthielte nun alle Daten über Familienstand, Kinder, Steuerabgaben, Berufsausbildung, möglicherweise auch den IQ. Vergangene Honores seien ebenso berücksichtigt wie die derzeitige gesellschaftliche Stellung. Hätte man nun all dieses Wissen um einen Mensch, so stellt sich die Frage, ob damit besser beurteilt und entschieden werden könnte, wer wie viel der zur Verfügung stehenden Ressource erhalte. Sicherlich ließe sich trefflich darüber streiten, wie viel Gewicht den unterschiedlichen Kriterien beigemessen werden sollte, was gerade im Vergleich unterschiedlicher Kulturen zu erheblichem Dissens führen würde. Andererseits bleibt fraglich, wie eine zeitnahe Aktualisierung der Daten erfolgen soll, während gleichermaßen die Manipulierbarkeit der Daten verhindert wird. Diese Schwierigkeiten der Praktikabilität beweisen jedoch noch nicht, dass oben genannte Kriterien außer Acht gelassen werden sollten. Vielmehr gibt es hierfür, wie ich denke, zweierlei Beweise: Außermedizinische Kriterien, welche sich nicht zeitgleich mit Eintritt der Katastrophe ergeben, führen zu einer systematischen Selektion der Bedürftigen im Sinne einer Zwei-Klassen-Gesellschaft. Dies würde beispielsweise bedeuten, dass Familiengründungen als „Katastrophen-Versicherung“ gesehen werden könnten, wodurch das Allokationsverfahren bereits vor der Katastrophe manipulierbar wird. Für wesentlich entscheidender halte ich die Tatsache, dass zahlreiche Kriterien per se nicht erfasst werden können, wozu insbesondere Kriterien der Zukunft zählen. Rettet man eher einen einflussreichen Politiker als einen arbeitslosen Sozialhilfeempfänger, so kann man nicht wissen, ob der Politiker mit Fehlentscheidungen das Schicksal zahlreicher Menschen verschlechtern oder aber der Sozialhilfeempfänger sich bereit erklären wird, als passender Knochenmarkspender das Leben eines anderen Menschen zu retten.

Es bleibt sicherlich vieles aus Vergangenheit und Gegenwart verschlossen, was nicht erfasst werden kann, doch gerade durch das fehlende Wissen um die Zukunft kann belegt werden, dass eine Kriteriensammlung immer unvollständig bleiben wird, egal mit welcher futuristischen Methoden wir Kriterien erfassen, speichern oder detektieren können. Dies

lässt den Schluss zu, dass entweder eine Wissenslücke und damit Ungerechtigkeit akzeptiert werden oder aber eine Reduktion auf ein Minimum an Kriterien stattfinden muss. Letzteres wird derzeit praktiziert, da man sich in Katastrophensituationen darauf beschränkt, allein den Gesundheitszustand in Zusammenschau mit der vermeintlichen Prognose als Kriterium zu werten. Doch selbst diese reduzierte Bewertung gelingt aufgrund mangelnder Zeit und fehlender Diagnostika nicht suffizient. Ich denke nicht, dass man durch Parameterreduktion zu einem besseren oder gerechten Ergebnis gelangt. Wir *glauben* vielmehr, das Ergebnis wäre gerechter, ein Grossteil der Wirklichkeit bleibt jedoch verdeckt. Man muss daher einsehen, dass allokativen Entscheidungen nie zu einer völligen Gerechtigkeit führen können, wie sie möglicherweise in einer theoretischen Betrachtung oder auch in der Anforderung an uns selbst erdacht werden. Diese Gerechtigkeit, die wir erstreben ist sicherlich wegweisend, doch kaum zu erreichen. Wer eisern an einer hundertprozentigen Gerechtigkeit festhält, wird entweder handlungsunfähig oder aber resigniert in seinem Tun. Ich möchte hier von handlungsimmanenter Ungerechtigkeit sprechen. Sie ist unabhängig von einer „zu akzeptierenden Ungerechtigkeit“ durch Priorisierung eines Effizienzprinzips.

5.2.3.6. Praktikabilität krisenmedizinischer Allokation

Gerechtigkeitsprinzipien steht somit das „Prinzip der Praktikabilität“ entgegen. Ganz bewusst wurde bislang die Katastrophensituation aus Sicht eines Einzelfalls betrachtet, um möglichst alle Varianten einer Zuteilung zur Darstellung und zum Vergleich bringen zu können. Wir gingen hierbei von einer fiktiven Verfügbarkeit von Wissen sowohl um den Grad der Schädigung wie möglicher Vorerkrankungen von Patienten aus, woraus eine prozentuale Überlebenswahrscheinlichkeit resultieren sollte. Ferner glaubten wir, Hilfe im Sinne einer prozentualen Erhöhung der Überlebenswahrscheinlichkeit ausdrücken und entsprechend (zu-)teilen zu können.

Die Realität dürfte jedoch von diesem theoretischen Krisenmodell weit entfernt sein. Die Abschätzung eines erlittenen Schadens dürfte in der äußerst begrenzten Zeit und den extrem limitierten diagnostischen Möglichkeiten kaum durchführbar sein. Ebenso scheint eine Differenzierung von etwaigen Vorerkrankungen kaum vorstellbar. Auch die Unterscheidung in überlebensrelevante und -irrelevante Schädigung bzw. Vorschädigung scheint illusorisch. Es konnte jedoch nachgewiesen werden, dass letztlich nur die prozentuale Chance auf Überleben verglichen werden muss, da aus allokativen ethischen Gesichtspunkten nicht zwischen Vorerkrankungen und erlittenem Schaden unterschieden werden darf. Doch auch die als kalkulierbar angenommene Überlebenswahrscheinlichkeit scheint sich einer verlässlichen Gradation zu entziehen. In der bisherigen Literatur wurden

zwar Beispiele angeben, wie hoch die Überlebenschancen bei verschiedenen Verletzungen anzusetzen ist, doch wurde in keinem der Fälle eine Vorerkrankung oder aber die Kombination aus mehreren verschiedenen Schädigungen berücksichtigt. Ferner lässt sich mit ausreichender Gewissheit weder die Dynamik noch die daraus resultierende Dringlichkeit einer Verletzung vorhersagen, was sich in einer mangelnden Prognosesicherheit, sei es mit oder ohne Hilfe, niederschlägt.

Die Hilfe selbst, so hatten wir feststellen können, soll hinsichtlich ihrer Effektivität betrachtet werden - ein Parameter, der, wenn überhaupt, erst in der Zukunft und zwar *nach* Vergabe der Ressource abgeschätzt werden kann. Die Effektivität einer Ressource in Prozenten zu fassen, wird den Übergang von der Theorie zur Praxis nicht schaffen können. In Krisensituationen scheint ferner eine am Reißbrett entworfene Nivellierungslinie mit Erreichen einer vergleichbaren Überlebenschancen kaum erkennbar zu sein, selbst das therapeutische Ziel der Patientenstabilität dürfte schwerlich fassbar sein. Jede Entscheidungsunsicherheit mündet daher häufig in eine übermäßige Vergabe von Ressourcen aus Sicherheitsgründen. Ferner lassen sich Ressourcen kaum beliebig teilen. Vielmehr besteht in der Realität der Krise ein Mix aus unteilbaren (z.B. Defibrillator zu einer bestimmten Zeit an einem bestimmten Ort) und begrenzt teilbaren Ressourcen (z.B. Infusionsflüssigkeit abgepackt zu je 500 ml).

Wir hatten bislang die Vergabe von Ressourcen an nur zwei unterschiedlich geschädigte Verletzte vor Augen, wobei auch hier schon zahlreiche Vergabemöglichkeiten zur Auswahl standen. Wie erst bei einer Großkatastrophe? Katastrophensituationen sind von einer Unübersichtlichkeit gekennzeichnet, die es gerade in der Anfangszeit nicht erlaubt, die Gesamtzahl der Opfer, geschweige denn all ihre Verletzungen abschätzen zu können. Auf die Unmöglichkeit hieraus Proportionalitäten berechnen zu können, wurde bereits hingewiesen. Dem Anspruch auf eine gerechte Verteilung, die zumindest die medizinischen Kriterien als Grundlage heranzieht, steht die mangelnde Fassbarkeit dieser Kriterien und somit mangelnde Praktikabilität gegenüber.

Das Axiom „Ultra posse nemo obligatur“⁵ beschreibt, was sich im wesentlichen hinter diesem „Prinzip der Praktikabilität“ verbirgt. Es steht im Sinne eines Dreigestirns den Gerechtigkeitsprinzipien wie effizienzorientierten Prinzipien gegenüber. Eine Argumentation ausschließlich basierend auf letztgenannten Prinzipien scheint auf theoretischer Ebene zu verkümmern.

Die Komplexität der Situation, welche vom Menschen nicht mehr überblickt werden kann, lässt daher jegliche Umsetzung theoretischer Modelle in die Realität scheitern. Es stellt sich daher die Frage, ob somit nicht auf eine kriterienbasierte Allokation lebenswichtiger Ressourcen verzichtet werden sollte. Doch glauben wir mit innigster Überzeugung, einen Unterschied in der Bedürftigkeit in unserer eigenen Wahrnehmung zu erkennen, so dass

⁵ aus dem Corpus Iuris Civilis, Digestae 50. 17, 185 von Kaiser Justinianus (529 n. Chr. ff)

es gegen unsere tiefste Einstellung und unser innerstes Gerechtigkeitsgefühl verstoßen würde, würden wir rein rational aus Ermangelung an Kriteriendifferenzierung alleinig auf Verfahren zurückgreifen, die nicht auf Kriterien gründen. Kann es daher verwerflich sein, wenn wir nach dieser unserer Überzeugung handeln, aus bestem (vermeintlichem) Wissen und Gewissen in bester Gesinnung für die Patienten, auch wenn unser Urteil auf falschen, da unbekanntem Grundlagen beruht? Wir werden im Idealfall genauso oft richtig wie falsch handeln, was zu einer Nivellierung in einer ohnehin undurchsichtigen Situation führen würde. Wir hätten aber eine systematische Bevorzugung vermieden, da sich, so ist anzunehmen, der Fehler gleich verteilt. Vielleicht sind wir damit wieder bei einer Art natürlicher Lotterie angekommen, jedoch mit dem Unterschied, selbst der festen Überzeugung zu sein, richtig gehandelt zu haben. Letztlich wird hinter diesem Vorgehen auch ein gutes Stück Gewissensberuhigung stehen. Doch müssen wir uns von dem Anspruch trennen, wir hätten ganz nach Gerechtigkeitskriterien gehandelt. Wir haben alles gegeben, haben all unser Wissen (wenn auch unvollständig) in die Waagschale geworfen und können uns daher keinen Vorwurf machen, wenn auch im Ergebnis nicht die gerechteste der tatsächlichen Lösungen resultiert. Für Einzelsituationen werden sicherlich mehrere Entscheidungen richtig sein können. Wir müssen uns daher vielleicht von einem rein teleologischen Ansatz trennen und vielmehr den intentionalistischen Aspekt höher gewichten, der die Einstellung des einzelnen Entscheidungsträgers hinterfragt.

6. Triage und das Problem der (angeblichen) Hoffnungslosigkeit - Sterbebegleitung und Euthanasie in Krisensituationen

Einen Ausweg aus dem Dilemma der mangelnden Praktikabilität scheint die Triage zu suchen. Wie bereits in Kapitel 2 vorgestellt, strebt sie durch die Kategorisierung von Patienten in vier Gruppen noch vor jeglicher Behandlung eine Reduktion der Kriterienvielfalt und damit eine Simplifizierung des Entscheidungsprozesses zur Allokation lebenswichtiger Ressourcen an. Ferner scheint die Triage das Problem der Mangelverwaltung dadurch umgehen oder zumindest vermindern zu wollen, dass sie eine der vier Gruppen als Hoffnungslose „bewertet“ und (zunächst) aus dem Allokationsverfahren ausgliedert.

Auf die Ursprünge der Triage, die frühe Kriegsmedizin zu Zeiten Napoleons, wurde bereits eingegangen. Innerhalb der Geschichte erfuhr dieses Selektionsverfahren einen mehrfachen Wandel. Hierzu zählen nicht nur die Unterschiede in der Zahl der zu differenzierenden Kategorien, sondern auch grundlegende Verschiebungen der Behandlungsprioritäten. Im Laufe der Zeit verbesserte sich die Organisation des Kriegssanitätswesens wie auch die medizinischen Möglichkeiten, die Kriege wurden länger und forderten ein Zurückführen der Verwundeten in das Kriegsgeschehen. Es erfolgte ein Wechsel von humanitären Interessen zu militärischen. Der Mensch wurde als Ressource gesehen und die Medizin als Kriegsinstrument funktionalisiert. Statt Überlebenschancen zählte nur noch die Heilungschance mit dem Ziel der Wiederverwendbarkeit. Die Erhaltung der Schlagkraft und Kampffähigkeit der Truppe stand im Vordergrund, nicht das Schicksal des Einzelnen. Die Triagebedingungen wurden daher verschärft.

Die heute für die zivile Katastrophenmedizin propagierte Triage unterscheidet vier Kategorien, welche bereits tabellarisch dargestellt wurden (Tabelle 1). Dabei soll Triage jeglicher Behandlung voranstellen, um so einen Überblick über die Katastrophensituation zu ermöglichen. Als Kriterium zur Patientenpriorisierung soll ausschließlich der Gesundheitszustand der Opfer gelten.

Während die „(Be-)Wertung“ von Patienten regelmäßig in der Kritik steht, wurde jedoch das Triageverfahren selbst bislang kaum hinterfragt. Man nimmt an, dass die Zuordnung in unterschiedliche Kategorien eindeutig sei, zumal diese deutlich differieren. Eine Studie zur Evaluation des Triageverfahrens (OTES '98) bemerkte jedoch, dass „im Gegensatz zur ... Qualitätssteigerung im Bereich der präklinischen individualmedizinischen Notfalltherapie ... auf dem Gebiet der katastrophenmedizinischen Versorgung beim Massenansturm Verletzter und Erkrankter ... noch keine Validierung der Fragestellung stattgefunden zu haben [scheint]“. [Lang 2002, S. 13] Diese Studie konnte aufzeigen, dass eine deutliche Tendenz der Studienärzte zur „Übertriagierung“, d.h. zur Einstufung in eine zu hohe Kategorie vorliegt. Ähnliche Ergebnisse lieferte die Pilotstudie OTES '97 [Ruppert 1998] sowie eine am Department of Surgery der University of Florida College of Medicine durchgeführ-

te retrospektive Studie bei 3357 Opfern von 220 Bombenanschlägen [Frykberg et al. 1988]. Die Rate der Übertriagierung betrug hier 59%, während die der Untertriagierung bei nur 0,05% lag. Auch in Simulationsübungen zur Evaluation der Triagequalität ließ sich eine "overtriage rate" von 42% wie eine "undertriage rate" von 0,05% aufzeigen. [Paris et al. 1985] Somit werden zwar „kaum kritisch Kranke und Verletzte „übersehen“, jedoch würde dies im Realfall zu einer unnötig hohen Bindung von Personal und Material führen“. [Lang 2002, S. 88] Darüber hinaus konnte in der Studie OTEs '98 gezeigt werden, dass die Prognoserichtigkeit hinsichtlich der Transportindikation bei lediglich 67% und hinsichtlich der Transportmittelart bei nur 59% lag.

Ursache ist einerseits der fehlende Überblick im Chaos einer Katastrophe sowie andererseits eine Befunderhebung unter Zeitdruck mit begrenzten Möglichkeiten. Eine exakte und differenzierte Diagnostik, wie sie bei der Triage gefordert ist, wird gerade am Katastrophenort für grundsätzlich nicht möglich gehalten, weshalb prognostisch-individuelle Überlebenschancen verlässlich nicht festgelegt werden können.

Eine rationale, naturwissenschaftlich abgesicherte, verlässliche Diagnosestellung kann somit nachweislich durch keinen in der Triage auch noch so erfahrenen Arzt geleistet werden. Die katastrophenmedizinische Minutentriage gründet sich praktisch auf eine Blickdiagnose und ist in ihrer Zuverlässigkeit entsprechend wenig fundiert: Weder rationale Erkenntnisse noch gesichertes medizinisches Wissen prägen die Triageentscheidung, sondern Unkenntnis und subjektive, mit einer hohen Fehlerrate belastete Einschätzungen. Im statistischen Überlebenschancenbereich zwischen 20 und 80% kann der Arzt bei der Triage unter den gegebenen Umständen nur zu Entscheidungen gelangen, die bestenfalls den Charakter von Zufallstreffern besitzen. Von einer der Bedeutung der Entscheidung angemessenen zweifelsfreien Diagnostik kann jedenfalls unter diesen Bedingungen nicht ausgegangen werden. [Augst 1987, S. 68-69]

Die Zuteilung der Patienten in die unterschiedlichen Triagekategorien basiert meist auf Triage-Scores. Erfahrungen mit bisherigen Score-Systemen lassen jedoch begründete Zweifel aufkommen, da die „enorme prognostische Unsicherheit ... auch durch noch so raffinierte Scores nicht auszuräumen sei“. [Schmidt 2004, S. 100-101] Katastrophenmedizinische Indexzahlen täuschen scheinbar objektive Wissenschaftlichkeit vor; Versuche jedoch, mit ihrer Hilfe Überlebenswahrscheinlichkeiten abzuschätzen, haben nur statistischen Wert. Die Unzulänglichkeit der „Triage-Scores“ zeigt sich gerade in der fehlenden Erfassung wichtiger Beleitparameter wie Alter, Allgemein- und Ernährungszustand, latente oder manifeste Vorerkrankungen, Medikamenteneinnahme wie auch beispielsweise die Fähigkeit auf Stress zu reagieren. [Goltermann 1987; Augst 1987] Zudem bestimmen soziale und biographische Aspekte die Prognose mit. In der katastrophenmedizinischen Mi-

nutentriage können diese entscheidenden Faktoren überhaupt nicht beachtet werden, fehlt dem Triage-Arzt doch schon die Zeit, die prognostischen Standardfaktoren verlässlich zu bestimmen. [Augst 1987] Dabei konzentrieren sich die Triage-Einteilungen nahezu ausschließlich auf chirurgische Krankheitsbilder und Verbrennungen, während für chemische Unfälle, Strahlenunfälle, Kombinationsverletzungen oder internistisch / psychiatrische Erkrankungen keine objektiven Kriterien existieren. [Goltermann 1987; Rosenkötter 1987]

Nirgendwo ist festgehalten, in welche Triagegruppe ein Herzinfarkt, ein epileptischer Anfall, ein Status Asthmaticus oder ein diabetisches Coma einzuordnen sind. Nirgendwo sind Prioritäten und Besonderheiten bei der Behandlung von Kindern und Behinderten erwähnt, die sich selbst nicht helfen können und bei gleicher Verletzungsart ein wesentlich höheres Risiko haben. Kein noch so erfahrener Triage-Arzt kann mit diesen Kriterien eine verlässliche Diagnose stellen. [Goltermann 1987, S. 23]

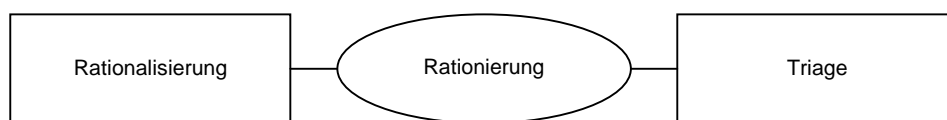
Man kann also festhalten, dass im Rahmen der Unübersichtlichkeit einer Katastrophe und des enormen Zeitdrucks zur Festlegung der Triagekategorien sowohl Diagnose- wie Prognosesicherheit fehlt und die Triage somit als Verfahren an sich in Frage steht. Hinzu kommt die Tatsache, dass zur Durchführung der Triage Personal gebunden wird, welches an der Behandlung der Verletzten mithelfen könnte. Es bleibt daher fraglich, ob der vermeintliche Nutzen, den die Triage mit sich bringen soll, die Reduktion an "manpower" aufwiegen kann. Man bedenke alleine, dass bei einer Katastrophe mit ca. 500 Verletzten ein alleiniger Zeitaufwand von 12,5 Stunden Arbeitszeit aufgebracht werden muss, veranschlagt man durchschnittlich nur 1,5 Minuten zur Untersuchung eines jeden Patienten. Die Verbesserung der Hilfsbilanz wird jedoch unbewiesen für selbstverständlich gehalten [Hofferbert 1987], obwohl man weiß, dass die Hilfe gerade in den ersten 5 Minuten die meisten Leben retten kann.

Der Versuch, die Patientenvielfalt auf wenige Kategorien zu reduzieren, scheint daher an der Komplexität der Krisensituation zu scheitern. Dennoch hält man unentwegt am Verfahren der Triage fest, was aller Wahrscheinlichkeit nach auf deren Vorzüge in der Praktikabilität zurückzuführen ist. Ferner dürften durch nachweisliche Übertriagierung keineswegs gerechtere oder aber effizientere Ergebnisse resultieren, da die Zahl der als Hoffnungslos gewerteten und damit von der Behandlung zunächst ausgeschlossenen Patienten zu groß ausfallen wird. Hinzu kommt der von Werner Wachsmuth und Ernst Reben-tisch geforderte Leitsatz: „Im Zweifelsfall ist die ungünstigere Diagnose anzunehmen.“ [Wachsmuth et al. 1980, S. 334]

In diesem Punkt entfernt sich die Triage von den bislang diskutierten Allokationsverfahren, welche im Sinne einer Rationierung zu werten waren. Die Triage gleicht vielmehr einer

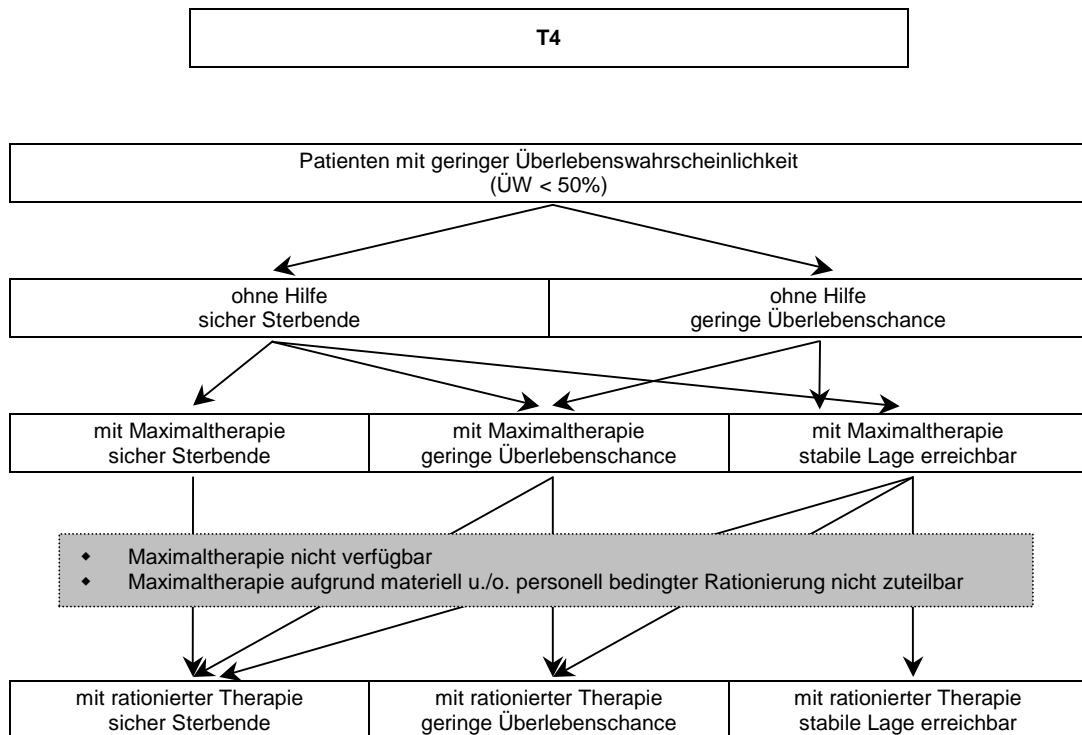
Rationalisierung, jedoch mit dem entscheidenden Unterschied, dass nicht nur auf wünschenswerte, jedoch nicht zwingend notwendige medizinische Leistungen verzichtet wird, sondern im Gegenteil gerade diejenigen von der Behandlung ausgeschlossen werden, welche der Hilfe am meisten bedürfen. Trotz des vergleichbaren Ziels der Effizienzsteigerung stehen sich damit Rationalisierung und Triage vom Blickwinkel einer Rationierung aus diametral gegenüber.

Abb. 10: Rationalisierung - Rationierung - Triage



Wenn Rationalisierung helfen soll, die Rationierung zu vermeiden [Noichl 2001], so könnte zumindest behauptet werden, die Triage soll helfen, die Rationierung zu vereinfachen. Eine Allokation lebenswichtiger Ressourcen wird erleichtert, schließt man die am meisten Ressourcen verbrauchenden Patienten vom Verteilungsverfahren aus und deklariert sie als „hoffnungslos“. Kritiker der Katastrophenmedizin bemerken jedoch, dass Katastrophenmediziner über keinerlei hinreichend objektivierbare Kriterien verfügen, Hoffnungslosigkeit festzustellen, diese den Verletzten vielmehr subjektiv-willkürlich zudiktieren. [Augst 1987] Hoffnungslosigkeit kann als Negativprognose interpretiert werden. Doch bereits in Kapitel 5.2.3.4 wurde der äußerst umstrittene Wert einer Prognose für den Einzelfall angesprochen, da sie als Kriterium mehr statistischen als individuellen Wert besitzt. Ferner bleibt unklar, was mit Hoffnungslosigkeit im Speziellen gemeint ist. Sind Hoffnungslose deshalb „Schon- und Beobachtungsfälle“ [Rebentisch 1986, S. B389], da sie nicht rettbar oder nicht rettungswürdig sind? Letzteres deutet auf die Relativität des Begriffs Hoffnungslosigkeit hin. Nur bei einem Teil der Gruppe T4 wird bereits der irreversible Sterbeprozess begonnen haben, ein Großteil der Fälle wird als hoffnungslos deklariert einerseits in Relation zu den materiellen und personellen Ressourcen wie der Transportkapazität, andererseits auch in Relation zu den Mitpatienten, welche in gleicher Weise Ressourcen binden. Auch eine Relativität zum Ausbildungsstand der Ärzte und Helfer ist zu vermerken. Es wäre daher zweckmäßig für die weitere Betrachtung, diese inhomogene Gruppe der als hoffnungslos deklarierten Patienten einer weiteren Unterteilung zu unterziehen.

Abb. 11: Differenzierung der Triagegruppe „T4“



Dabei gelten nur diejenigen, welche auch unter Maximaltherapie nicht überleben würden als „mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit Sterbende“; sie haben den „point of no return“ bereits überschritten, damit eine Überlebenschance von 0% und wären tatsächlich als „hoffnungslos“ zu bezeichnen. In allen anderen Fällen wird Patienten „Hoffnungslosigkeit“ nur als „pseudo-medizinisches“ Kriterium in Relation zu anderen Opfern oder der Verfügbarkeit von Ressourcen zugeschrieben. Gemeinsam werden sie ohne Differenzierung von den sicher Sterbenden als „Schon- und Beobachtungsfälle“ bezeichnet, um die Realität nicht beim Namen nennen zu wollen. Die Beschönigung einer todbringenden Entscheidung legt den Verdacht einer Verblendung nahe, so dass der Triagearzt selbst vor seiner Wahl die Augen verschließt oder verschließen möchte. Da jedoch die Begriffswahl vom System vorgegeben wird, kann argumentiert werden, die Entscheidung soll dem Triagearzt erleichtert, die Gewissensbelastung reduziert werden. Eine vorgegebene Kategorie der „Schon- und Beobachtungsfälle“ lässt sich damit als Ermunterung verstehen, Patienten aus dem Allokationsverfahren auszuschließen, indem deren tatsächliches Schicksal kaschiert wird. Gleichzeitig scheint diese Formulierung aber auch den Patienten selbst eine Hoffnung auf Überleben zu suggerieren. An dieser Stelle könnte eine Diskussion geführt werden, in wieweit Patienten über die Entscheidungsfindung aufgeklärt und informiert werden müssten, doch möchte ich dies für den Fall einer Krisensituation zurückstellen.

An obigem Schema wird ersichtlich, dass die innerhalb der Triage gestellte Prognose „hoffnungslos“ oftmals dadurch bestätigt wird, dass nach Vorenthalten der Therapie für viele ein Überleben tatsächlich unwahrscheinlich wird.

Die ethisch bittere Dimension der Verbrennungstriage wird hier in voller Härte deutlich: ... Nimmt der Arzt bei der Triage ... die im Zweifelsfall ungünstigere Diagnose an und kategorisiert die Schwerverletzten in T4, so wird ihm das Ergebnis scheinbar recht geben, denn die meisten triagierten Patienten werden sterben. [Augst 1987, S. 69]

Viele werden dadurch ihrer noch geringen Überlebenschance beraubt, welche bei rationierter oder maximaler Therapie noch genutzt hätte werden können. Die Zuteilung in die Kategorie T4 kommt daher oftmals einem „Todesurteil“ gleich. Man wartet, bis auch diese Patienten den „point of no return“ überschritten haben, was die angenommene Prognose bestätigen wird. Allein für sicher sterbende Patienten und Patienten, deren notwendige Therapie definitiv nicht zur Verfügung steht, dürfte die Entscheidung vom Schicksal bereits vorweggenommen worden sein. Bei allen anderen Patienten handelt es sich um eine menschliche Entscheidung.

Als Gegenargument wird häufig die Nachtrriage aufgeführt, doch hieße dies nur, diejenigen Patienten herausfinden zu können, bei welchen im Rahmen der Ersttrriage eine gravierende Fehlentscheidung vorgelegen hätte. Eine spontane Besserung bei Katastrophenopfern, die zur Änderung der Verletzungskategorie führen würde, ist äußerst unwahrscheinlich. Die Nachtriarierung macht sicherlich nur im Rahmen einer Verschlechterung der Überlebenschance von T1- bis T3-Patienten bzw. bei Veränderung der Ressourcenlage Sinn. Doch bleibt sehr zweifelhaft, ob bei Ressourcennachschub die Gruppe der T4-Patienten Berücksichtigung finden dürfte. Es scheint unwahrscheinlich, dass ein Patient, der bereits als „hoffnungslos“ deklariert wurde und dessen Gesundheitszustand sich aus Ermangelung an Ressourcenzuteilung noch weiter verschlechterte, erneut ins Allokationsverfahren aufgenommen wird. Der Einfachheit halber dürften dies Patienten unter Schmerztherapie als „versorgt“ gelten. Gerechterweise müsste jedoch jeder Patient mit Ausnahme der sicher Sterbenden im Verteilungsverfahren bleiben.

Es stellt sich die Frage, worauf dieser Ausschluss aus dem Behandlungsverfahren gründet. Auf die Verbesserung der Praktikabilität wurde bereits hingewiesen, doch denke ich nicht, dass der Erleichterung einer Rationierung soviel Wert beigemessen werden kann, hierfür Menschenleben zu opfern. Anders wäre es selbstverständlich bei fehlender Praktikabilität, wenn eine Rationierung hierdurch überhaupt nicht möglich wäre. Ein wesentlicher Grund für die Ausgrenzung der T4-Patienten aus dem Allokationsverfahren dürfte jedoch die Effektivität des Einsatzes von Ressourcen sein. Bei gleichem Einsatz von Hilfsgütern nehmen wir eine geringere und meist nur temporäre Steigerung der Überle-

benswahrscheinlichkeit im Falle eines T4-Patienten im Vergleich zu anderen Patienten an, wenn es auch keinen sicheren Parameter für die Bemessung der Ressourceneffektivität vor der Behandlung gibt.

Die Gegensätzlichkeit von Effizienz- und Gerechtigkeitsprinzipien wurde bereits ausführlich dargestellt. Meines Erachtens versucht die Triage entgegen einer uneingeschränkten Priorisierung effizienzorientierter Prinzipien, von der wir bislang hypothetisch ausgingen (gesellschaftsimmanente Prämisse), beides verwirklichen zu wollen. Als cut-off-line, so scheint es, wurde die Überlebenswahrscheinlichkeit von 50% gesetzt. Man könnte von einer zweckorientierten Festlegung zweier Bereiche mit einer Überlebenswahrscheinlichkeit von $\geq 50\%$ bzw. $< 50\%$ sprechen. Im „oberen“ Bereich wird den Gerechtigkeitsprinzipien mehr Gewicht beigemessen, während im „unteren“ Bereich eher den Effizienzprinzipien Bedeutung geschenkt wird. Sicherlich dürfte als größte Schwierigkeit die Beurteilung der Überlebenswahrscheinlichkeit selbst gesehen werden. Die Festlegung eines (fiktiven) Werts von 50% ist daher nur von geringer Bedeutung, zumal dieser Wert ohnehin nur scheinbare Objektivität vortäuscht. Entscheidend ist vielmehr, dass man sich überhaupt einer Grenzziehung und deren Funktion bewusst wird. Im Falle zweier konkurrierender Prinzipien, für die es generell keine Kompromisslösung gibt, dürfte eine „Bereichszuteilung“ möglicherweise der einzig gangbare Weg sein, möchte man keines der Prinzipien von vornherein priorisieren.

Es stellt sich die Frage, ob die Richtlinie der Bundesärztekammer für die Fortpflanzungsmedizin: „Unrettbares zu opfern um Rettbares zu erhalten“ [Kahlke et al. 1995, S. 20] auch auf die Krisenmedizin übertragbar ist. Die Schwierigkeit im Falle der Krisenmedizin liegt jedoch darin, dass ein Großteil der T4-Patienten nicht „unrettbar“ ist, wie wir bereits dargestellt haben. Ist es demnach ethisch zu rechtfertigen, den Tod von primär rettbaren Patienten in Kauf zu nehmen, um das Leben eines oder mehrerer anderer Patienten zu sichern. Die Frage ist, ob es sich hierbei um eine Instrumentalisierung der Schlechtergestellten zu Gunsten der Minderverletzten handelt. Die Kritik, die hier vorgebracht werden kann, ist die „Missachtung der Personengrenze“, da Opfer zueinander in Beziehung gesetzt werden und nur dadurch zu T4 erklärt werden, dass an ihrer Stelle möglicherweise mehrere andere gerettet werden könn(t)en. Demzufolge würde man indirekt ein Kriterium akzeptieren, welches als Wert oder Unwert für die Gemeinschaft der Opfer bzw. die Gesellschaft im Ganzen bezeichnet werden kann. Das Sterbenlassen eines Schwerstverletzten würde somit einen positiven Wert im Sinne des Effizienzziels darstellen. Da nach Birnbacher Handeln und Unterlassen dieselben Merkmale wie Intentionalität, Teleologie und Konsequentialität aufweisen [Beckmann 1997], besteht kein Unterschied zwischen Sterbenlassen und Töten dieser als „hoffnungslos“ deklarierten Katastrophenopfer. Der Tod würde demnach bewusst herbeigeführt, die Patienten für die Gesellschaft instrumentalisiert. Sie würden zum Objekt und nur unter ihrem Nutzenaspekt für die Gesellschaft

betrachtet. Entgegnet werden kann jedoch, dass diese Entscheidung zum Sterbenlassen unter Zwang erfolgt und der Tod vom Zuteiler nicht intendiert ist. Das Schicksal zwingt zu einer Entscheidung, so dass an dieser Stelle das bereits erwähnte Axiom „Ultra posse nemo obligatur“ (s. S. 95) greift. Damit bleibt das Sterbenlassen zwar weiterhin eine unerlaubte Tötung, doch müsste man hier eher von einem „zu akzeptierenden Unrecht“ im Sinne einer Nebenwirkung sprechen. Die katholische Moraltheologie fasst dies in ihrer Doktrin der Doppelwirkung zusammen.

Man darf eine an sich schlechte Handlung (z. B. die Tötung eines Menschen) nicht als Mittel zur Erreichung einer guten Wirkung (zum Beispiel die Rettung anderer Menschenleben) anwenden. Hingegen mag es in manchen Situationen durchaus erlaubt sein, den unbeabsichtigten Tod eines Menschen in Kauf zu nehmen, wenn dadurch anderes Leben gerettet werden kann. [Zoglauer 1999, o.S.]

Wenn nun der Tod als zu akzeptierendes Unrecht in Kauf genommen werden muss, so stellt sich die Frage, ob dann nicht auch gewisse Formen der Euthanasie in Katastrophenfällen gerechtfertigt wären. Eine Legitimation der Euthanasie unter bestimmten Konditionen erfolgte bereits für die Alltagsmedizin in Belgien und den Niederlanden [Merten 2003; Nolte 2004; Harris 1995a]. Die Bundesärztekammer hingegen hatte immer wieder ihre ablehnende Haltung zur Euthanasie bekräftigt [Rabbata 2004; Beleites 2004; Jachertz 2003]. Doch spiegelt dies „offenbar nicht die breite Bevölkerungmeinung wieder“, da „70 Prozent der deutschen Bevölkerung wünschten, dass aktive Sterbehilfe zugelassen werden sollte“. [Klinkhammer 2003, S. B1235] Andererseits würde nur jeder Sechste aktive Sterbehilfe für sich selbst in Anspruch nehmen. [Nolte 2004]

„Felici et honesta morte mori“ bezeichnet dabei den Grundgedanken der Euthanasie seit der Antike und meint das Zugeständnis eines glücklichen und ehrenwerten Sterbens. Heute werden freiwillige, nicht-freiwillige und unfreiwillige Euthanasie, aktive und passive bzw. direkte und indirekte Sterbehilfe unterschieden.

Freiwillige Euthanasie meint hierbei eine Entscheidung, das Leben eines Individuums in Übereinstimmung mit dessen Willen zu beenden, unfreiwillige Euthanasie hingegen eine Entscheidung gegen den ausdrücklichen Wunsch des Individuums. Für die Krisenmedizin sicherlich von größter Bedeutung ist die nicht-freiwillige Euthanasie. Die Sterbehilfe erfolgt unter der Annahme einer Zustimmung, welche jedoch vom Patienten beispielsweise aufgrund einer Bewusstlosigkeit nicht artikuliert werden kann. „[E]s kann mit Gewissheit davon ausgegangen werden, dass das betreffende Individuum den Tod einem Leben unter gegebenen Umständen vorziehen würde und daß es unmöglich ist herauszufinden, ob das betreffende Individuum diese Ansicht teilt“. [Harris 1995d, S. 129-139]

Die Unterscheidung zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe ist nicht immer eindeutig möglich, ein direkter zeitlicher und kausaler Zusammenhang zwischen Euthanasie und Eintreten des Todes ist nicht immer erkennbar. Die Debatte um aktive und passive Sterbehilfe wird im anglo-amerikanischen Bereich unter den Begriffen "killing" und "letting die" geführt. Ich halte jedoch diese Begriffswahl für nicht glücklich. Neben einer negativen Konnotation würde sich "killing" beispielsweise nur auf das Töten eines Menschen im Sinne einer aktiven, unfreiwilligen Euthanasie beziehen, während eine freiwillige Euthanasie im Sinne einer Beihilfe zum Suizid oder aber einer nicht-freiwilligen Euthanasie mit Respekt einem hypothetischen Patientenwillen zur Lebensbeendigung gegenüber nicht berücksichtigt bliebe.

Harris rechtfertigt ein solches Töten unter anderem durch drei Gründe. Den ersten Rechtfertigungsgrund sieht er darin, wenn der Tod für den Patienten eine Wohltat darstellt, wobei Situationen geschildert werden, in denen Menschen außerordentlichen Qualen ausgesetzt sind. An zweiter Stelle nennt Harris den Wunsch des einzelnen zu leben und den Wunsch zu sterben. Harris zielt hier auf das Recht eines jeden zum Suizid ab, für den Fall, dass das Individuum beschließt der unmittelbare Tod sei dem Leben vorzuziehen. Dies gründet sich auf der Fähigkeit eines jeden sein eigenes Leben wertschätzen zu können.

[D]enn nur, wer die Fähigkeit besitzt, sein eigenes Leben zu schätzen, ist dazu fähig, es geringzuschätzen. Wenn Personen allerdings ihr Leben tatsächlich nicht wertschätzen oder nicht wollen, dass es weitergeht, dann ist es natürlich nicht unrecht, wenn sie sich selbst töten oder wenn andere ihnen dabei helfen oder wenn andere sie auf ihr Verlangen hin töten. [Harris 1995b, S. 46-47]

Zuletzt skizziert Harris den Fall, der Tod käme anderen Werten zugute. Es müsste demnach Werte geben, für die es gerechtfertigt ist, eine völlig unschuldige Person zu töten, um diese Werte zu schützen oder zu fördern.

Diese Zwecke müssten sehr großes Gewicht haben, und das aller Wahrscheinlichkeit nach darum, weil durch sie vermeidbares menschliches Leiden verhindert würde, ein Leiden, das sowohl verbreitet wie auch schwer sein müsste. Wie dieser Zweck auch immer heißen mag oder was mit ihm auch immer erreicht werden soll, wenn man hofft, in seinem Namen das Opfer unschuldiger Menschenleben rechtfertigen zu können, so muss damit entweder an den Wert des Lebens appelliert werden - indem gezeigt wird, dass bestimmte Menschenleben nur über diese Zwecke gerettet werden können. Oder man müsste zeigen, dass das Maß an Leiden auf der Welt sehr stark verringert werden könnte, wenn man diesen Zweck zu diesem Preis verfolgt. [Harris 1995d, S. 127-128]

Somit wäre ein verfrühter Tod in Krisensituationen nur zu rechtfertigen, wenn eine Sterbebegleitung und -erleichterung beispielsweise mit Schmerzmitteln nicht möglich wäre, der Sterbensweg hierdurch menschenunwürdig unerträglich würde und der Tod vom Patienten als Wohltat empfunden würde. Hieraus müsste der Wunsch des Patienten zu sterben resultieren - sei er artikuliert oder unausgesprochen. Für Krisensituationen würde demnach nur eine freiwillige bzw. nicht-freiwillige Euthanasie gerechtfertigt sein, sei sie nun aktiv oder passiv. Eine unfreiwillige Euthanasie bliebe weiterhin verboten. Sie setzt sich über den Willen des Patienten hinweg, missachtet die ihm verbliebene Autonomie. Die Patientenwürde, die wir eingangs als Minimalziel der Krisenmedizin definierten, wäre somit nicht mehr gewahrt.

Trotz der vermeintlichen Vorteile einer legalisierten Euthanasie für Patienten (im Nebeneffekt auch für die übrigen Katastrophenopfer) dürfen die Folgen nicht außer Acht gelassen werden. Wir kritisierten die Diagnose- und Prognoseunsicherheit der Triage und mussten ein Unwissen hinsichtlich der zur Verfügung stehenden und möglicherweise noch nachführbaren Ressourcen einräumen. Mit der Akzeptanz einer Euthanasie würde jedoch denjenigen Patienten, die möglicherweise den "point of no return" noch nicht überschritten haben, irreversibel die letzte Chance verwehrt. Auf der anderen Seite geht jeder Patient von einer Behandlungspflicht des Arztes bis zum Tode aus, so dass allein durch das Wissen um eine legalisierte Sterbehilfe ein Vertrauensverlust zwischen Arzt und Patient resultieren könnte. Die Schicksalhaftigkeit und Anonymität des Sterbens wird aufgegeben und wandelt sich in eine Entscheidung, die von Menschen getroffen wird. Es bleibt fraglich, ob Menschen eine derart hohe Verantwortung übernehmen können. Letztlich ist einer der Vorwürfe an die Euthanasie der, dass die Hemmschwelle sinken könnte und eine Lebensbeendigung auch ohne Patientenzustimmung vorgenommen wird. Man spricht vom „moralischen Dambruch“. Der Schritt zur Instrumentalisierung des Patienten und damit zu einer Sozialethik ist dann nur ein kleiner. Zuletzt seien interkulturelle Probleme erwähnt, da Krisenmedizin oftmals auf fremdem Territorium zum Einsatz kommt. Es ist nicht davon auszugehen, dass die Legitimation einer Euthanasie in allen Kulturbereichen auf vergleichbare Akzeptanz stößt. Dabei scheint die Religion nur einer der Faktoren zu sein, der diese Differenzen mitbedingt.

Der Einsatz und die Legitimation einer Sterbehilfe bleibt daher für die Krisenmedizin sehr kritisch zu werten. Dennoch halte ich es für falsch, auf ein für Patienten durchaus wertvolles Instrument gänzlich zu verzichten. Voraussetzung für den gezielten Einsatz der Euthanasie müsste jedoch eine Aufgliederung der Triagegruppe T4 in „sicher Sterbende“ und - nennen wir sie - „Ressourcenopfer“ sein. Euthanasie darf nur bei ersteren zum Einsatz kommen. Ferner müssten die Möglichkeiten einer Sterbebegleitung voll ausgeschöpft sein, deren vorrangiges Ziel es ist, den Patienten trotz aller „Verdinglichung“ und „Entsee-

lung“ [Gahl 1995, S. 28-29] zum Zwecke der Diagnosefindung und Kategorisierung wieder als Ganzheit und somit als Subjekt zu betrachten.

Die Geschädigten merken sehr genau, ob wir mitfühlend und sensibel behandeln oder ob es uns egal ist, was sie fühlen. [Wietersheim 1995, S. 172]

Gerade einem Patienten der Kategorie T4 muss es zustehen, nicht mehr als Summe von Verletzungen, sondern *wieder* als Mensch in seiner Gesamtheit betrachtet zu werden. Ein Sterben in Würde fordert die Betrachtung des Patienten als Subjekt. Ein aufgrund der Katastrophensituation (wohl operationalistisch rechtmäßigerweise) zum Objekt degradierter Mensch hat gerade in der letzten Phase seines Lebens ein Recht auf ganzheitliche Betrachtung und Reduktion der Verdinglichung so weit als möglich. Denn

Das objektgewordene Subjekt ist Mensch wie der Behandelnde selbst, es leidet und bringt damit eine menschliche Daseinsform zum Ausdruck. [Röscheisen-Hellkamp 2000, S. 62]

In der Anerkennung des sterbenden Patienten als Subjekt werden wir unserem Minimalziel gerecht, die Würde des einzelnen zu achten. Hieran werden wir gemessen:

A country's medical system is sometimes judged by how it treats its least advantaged citizens. [Howe 1988b, S. 75]

Wir verhalten uns jedoch allen Sterbenden und Toten gegenüber nicht nur würdevoll um derer selbst, sondern auch um der noch Lebenden willen. Hierauf gründet der Glaube, die Vermutung eines jeden, eine ähnliche Behandlung, wenn nötig, erfahren zu dürfen.

Würde im Sinne eines würdevollen Umgangs ist ausschließlich an eine innere Einstellung gebunden und unabhängig von jeglicher Ressourcenallokation. Euthanasie zur Wahrung der Würde des einzelnen darf daher nicht als Allokationsprinzip verstanden werden. Sie ist sicher sterbenden Patienten vorbehalten, denen es verwehrt ist, einen erträglichen Tod zu begehen. Der Sterbehilfe selbst wird man jedoch post hoc selten ansehen, auf welchen Entscheidungskriterien sie beruht. Daher muss vom Entscheidungsträger, d.h. dem jeweiligen Arzt, Gewissenhaftigkeit und Ehrlichkeit zu sich selbst und ein Gespür für das moralisch Richtige gefordert werden.

7. Ethische Konflikte einer modernen Militärmedizin

There is no special military medical ethics,
and there are merely no ethical sections in the handbook of military medicine,

schreibt Andreas G. Schapowal [Schapowal et al. 2002, o.S.] und stellt die rhetorische Frage: "Why military medical ethics?". Dabei wird anderenorts aufgeworfen: "All is fair in war" [USU Department of Psychiatry 1998, o.S.], was die Frage hervorruft: "Are any and all actions that contribute to victory morally justified?" [Whitman 1995, S. 10] Als "Mars against Aesculapius" [Dolev 1996, S. 785] könnte man das Dilemma personifizieren, dessen Aktualität umso deutlicher wird, führt man sich die US-amerikanische Politik im Umgang mit ihren Militärärzten vor Augen:

Current policies of the US military towards its physicians raise questions about the ethical basis for physicians' service in the armed forces of the United States. [Sidel 1992, S. 1097]

[One (d.A.)] ... issue is the U.S. military's pillorying of physicians who refused on ethical grounds to participate in Desert Storm. For example, the Army's response to Dr. Yolanda Huet-Vaughn was to convene a court-martial. The jury was composed entirely of line officers, with not a single physician or woman; the judge refused to permit any testimony on medical ethics; and the sentence handed down was 30 month in military prison, the second highest sentence given to military personnel of any kind convicted of refusing to serve in Desert Storm. [Sidel 1992, S. 1097]

In Kapitel 3 wurde die Entstehung und Geschichte der Militärmedizin dargestellt, welche sich in stetem Wandel befindet. Seit den 1990er Jahren bildete sich in Deutschland eine sogenannte „Einsatzmedizin“ heraus, deren Aufgabenspektrum von der individueller Maximalversorgung bis hin zur krisenmedizinischen Versorgung Verletzter und Erkrankter bei Großkatastrophen oder militärischen Kampfhandlungen reicht. Ein Vergleich mit einer Wehrmedizin im Frieden oder aber einer Kriegsmedizin früherer Jahre ist kaum möglich. Einsatzmedizin ist „hausärztliche Versorgung“ im Krisengebiet, Notfallmedizin in Uniform und Katastrophenmedizin mit erweiterter Zielsetzung zugleich. Eine ethische Reflexion für dieses Teilgebiet der Militärmedizin existiert derzeit noch nicht und soll im folgenden geleistet werden.

Zu bedenken ist, dass Soldaten in Krisengebiete entsandt werden, während sich das Heimatland im Friedenszustand befindet. Der Nutzen oder die Bedeutung des Einsatzes

für das Vaterland ist vom einzelnen meist nur schwerlich nachzuvollziehen. Soldatische Tätigkeit degeneriert daher mehr und mehr zu einem „Job“, obwohl das Risiko für Leib und Leben weiterhin besteht.

Im Einsatz tragen die Soldaten für die Gemeinschaft, deren Interessen sie vertreten, neben den damit verbundenen erheblichen persönlichen Belastungen auch das Risiko, ihre Gesundheit oder ihr Leben zu verlieren. [Häfner 2000, S. 27]

Daneben finden wir eine neue Art der Auseinandersetzung, einen Wandel der Konfliktführung auf substaatlicher Ebene zum Teil in Assoziation mit Terrorismus und der Möglichkeit des Einsatzes von Massenvernichtungswaffen. Regelwerke, die einst für kriegerische Auseinandersetzungen niedergelegt wurden, verlieren unter diesen völlig veränderten Bedingungen weitgehend an Bedeutung und internationales Recht greift nicht mehr.

Right now, the war against international terrorism focuses our attention on an area of warfare that traditionally has not been addressed by international law. [Schapowal et al. 2002, o.S.]

Was nützt Neutralität oder ein Nicht-Kombattanten-Status beim Einsatz von Giftgas? Wie sollten Zivilisten geschützt werden, wenn die Strategie von Gewaltakteuren gerade auf die Schädigung dieser abzielt? Welche Ethik soll also eine Einsatzmedizin an den Tag legen, wenn die Ethik einer Konfliktaustragung selbst zum Angriffsziel wird?

Drei wesentliche ethische Dilemmata einer modernen Einsatzmedizin scheinen vorrangig: die Instrumentalisierung der Medizin im Dienste des Militärs, der Rollenkonflikt eines Sanitätsoffiziers und die Allokation lebenswichtiger Ressourcen unter dem Diktat der militärischen Auftragserfüllung.

7.1. Instrumentalisierung einer Medizin im Dienste des Militärs

Historisch gesehen war es primäre Intention einer Medizin im Krieg, humanitäre Hilfe in zunehmend inhumaneren Auseinandersetzungen zu leisten. Die Medizin konnte zunächst an ihren eigenen Zielsetzungen und Prinzipien festhalten. Helfer fühlten sich nur der Menschlichkeit verpflichtet, versorgten nicht den Soldaten, sondern den kranken Menschen. Bald schon wurde jedoch festgestellt, dass sich eine solche Medizin, dem Zwang der Kriegsbedingungen fügen musste. Mehr noch, die Relevanz militärischer Ziele wurde

um so größer, je länger die Kriege dauerten und die Wiedereinsetzbarkeit von Soldaten für den Kriegsausgang von Bedeutung war.

Die utopische Vorstellung, man könne den Krieg in den Dienst der Medizin stellen, läßt sie die Realität übersehen, daß die Medizin unerbitterlich in den Dienst des Krieges gezwungen wird. [Bleker 1987a, S. 23]

Diese militärische Nutzbarkeit legitimierte jedoch die Präsenz der Medizin auf Kriegsschauplätzen. Möchte man daher heute über eine Instrumentalisierung der Medizin im Sinne des Militärs diskutieren, so sollte man sich vor Augen halten, dass gerade sie es ist, die ein Nebeneinander von Medizin und Militär erst ermöglichte. Die Medizin im Krieg hatte den Auftrag, so viele Soldaten wie möglich einsatzbereit zu halten und damit die Kampfkraft der Truppe zu stärken. Militärmedizin sollte nicht nur den eigenen Soldaten Sicherheit und moralischen Halt vermitteln, sondern wurde bisweilen auch als "strategic instrument" und "tactical weapon of psychological warfare" eingesetzt.

Medicine is thus no longer only an instrument serving to preserve the health of a nation's armed forces. Rather, it has become a strategic instrument and a tactical weapon, perhaps the most powerful weapon in the arsenal of psychological warfare. [Vastyan 1994, S. 330]

Medicine came to be regarded as the most potent weapon in the arsenal of psychological warfare. Its new role was not reluctantly accepted; it became, in fact, a major accepted mission of the Army Medical Service.

Psychological triage became a standard, official routine practice in the application of that policy when the winning of hearts and minds was given priority over suffering bodies.

Political triage fostered "high impact" medicine at the highest official levels. Low budgets, low medical priorities, and discriminatory practices were rationalized. Levels of government assistance to civilians were grossly disproportionate to the enormity of injury, death and destruction. And the use of medical skills for intelligence purposes and political ends became commonplace. [Vastyan 1994, S. 338]

Es stellt sich daher die Frage, ob Militärmedizin die Kriegsführung erleichtert oder gar eine militärische Auseinandersetzung erst ermöglicht bzw. verlängert. Am Zustandekommen von kriegerischen Auseinandersetzungen dürfte die Militärmedizin - anders als zu Zeiten der Atomkriegsdebatte noch angenommen wurde - kaum beitragen. Doch hinsichtlich der Teilnahme eigener Truppen an bereits existierenden Auseinandersetzungen scheint sie durchaus einen Beitrag zu leisten. Ein Einsatz ohne Medizin wäre nicht denkbar. Ihre Prä-

senz bewirkt durch das damit verbundene Sicherheitsgefühl eine Akzeptanzsteigerung für den Einsatz in den Reihen der heimischen Bevölkerung wie der Truppen selbst. Die Formulierung der eingangs zitierten Maxime trägt hierfür mit Bezug auf die deutsche Einsatzmedizin entscheidend bei - ungeachtet der Tatsache, dass Einsatzmedizin bei der (durchaus denkbaren) Anwendung von Massenvernichtungswaffen schnell an die Grenzen des Machbaren kommen würde.

Die Bundeswehr instrumentalisierte die Medizin bereits kurz nach ihrer Gründung und demonstrierte sie als „pars pro toto“. Die Assoziation zwischen Medizin und Humanität, wie sie aus dem Zivilen bekannt ist, sollte genutzt werden, um dem Militär einen neuen „Anstrich“ zu geben. Auf dieser Grundlage entwickelte sich eine respektable Wehrmedizin als Wegbereiterin für friedenserhaltende und friedensschaffende Einsätze, welche das gesamte Militär „ins Schlepptau“ nehmen sollte.

Mit Erlangen der vollen Souveränität Deutschlands wurde für die Deutschen Streitkräfte grundsätzlich auch die Beteiligung an „friedenserhaltenden“ oder „den Frieden erzwingenden“ Maßnahmen der Vereinten Nationen möglich. Da es einerseits gesellschaftlich noch nicht durchsetzbar erschien, Kampf- und Kampfunterstützungstruppen an VN-Einsätzen zu beteiligen, andererseits aber schon Zeichen des deutschen Willens zur Übernahme voller Verantwortung gegenüber der Weltgemeinschaft gesetzt werden sollten, fiel dem Sanitätsdienst der Bundeswehr erneut die Rolle eines Vorreiters für die neuen Aufgaben der Streitkräfte zu. [Alles 2000, S. 48]

Ob nun von einer kriegsverlängernden Wirkung durch die Militärmedizin auszugehen ist, scheint fraglich. In keinem der derzeitigen Kriege werden die Truppenreserven derart ausgeschöpft, dass nur durch die Medizin eine Kriegsverlängerung möglich würde. Vielmehr hängt in hochtechnisierten Kriegen der Erfolg des Einsatzes und damit dessen Dauer von wenigen spezialisierten und hochwertig ausgerüsteten Soldaten ab. Die Behandlung dieser Soldaten könnte durchaus zu einer verlängernden Aufrechterhaltung der eigenen Kampfkraft beitragen.

Problem der neuen Einsatzmedizin ist es jedoch, dem Militär nicht als Partner, sondern als Dienstleister zur Verfügung zu stehen, Hilfeleistungen subsidiär wahrzunehmen und unter den Imperativen des Militärs zu agieren. Dabei wäre eine Instrumentalisierung der Medizin durch das Militär nicht verwerflich, würden die Zielsetzungen beider Systeme nicht konkurrieren. Muss die Medizin jedoch nur ihren Namen geben und sich als „leere Hülse“ ihr fremden Zielsetzungen und Prinzipien unterordnen, so scheint diese Form der Instrumentalisierung ethisch nicht mehr zu rechtfertigen.

Denn wenn die Medizin im Krieg humanitäre Hilfe leisten will, und hierzu ist sie ethisch verpflichtet, so muß sie sich dem Zwang der Kriegsbedingungen fügen. Wenn aber diese Bedingungen die Medizin zwingen, ihre ethischen Prinzipien zu verlassen, so büßt sie ihre humanitäre Funktion ein. [Bleker 1987b, S. 220]

Es ist bekannt, dass "the status of the medical profession during war has never been looked at independently". [Green 1979, S. 163] Doch wovor wir Angst haben, wenn wir von Instrumentalisierung sprechen, ist ein hilf- und wehrloses Unterordnen. Die Werte und Ziele für die sich eine Medizin einsetzt, halten wir für derart hoch, dass wir sie nicht von der Wertigkeit anderer Ziele abhängig machen wollen. Medizin sollte daher Partner sein und möglichst ihre Eigenständigkeit bewahren. Eine Medizin unter dem Diktat des Militärs büßt ihre Verantwortlichkeit ein. Je mehr sich das Verhältnis zwischen medizinisch-humanitären und politisch-militärischen Interessen zu letzteren hin verschiebt, umso mehr beginnt sich das Nutzen-Nebennutzen-Verhältnis zu verkehren. Patienten und damit auch die Medizin werden verzweckt.

Möglich wird dies, da die Medizin per se nicht gut oder schlecht ist. Ihre ethische Ausrichtung steht und fällt mit ihrer moralischen Grundeinstellung und den damit definierten Zielsetzungen. Da sich Medizin immer in ein Gefüge anderer Disziplinen einordnen muss, hängt es wesentlich von ihrem Umfeld ab, in welche Richtung sie sich beugen muss und ferner, von ihr selbst, in wie weit sie ihre selbst gesetzten Ziele verrät. In unserem Alltag übernimmt beispielsweise die Ökonomie die Stelle des Militärs und bestimmt die Zielsetzungen der Medizin entscheidend mit. Doch bleibt die Medizin in diesem Falle eigenverantwortlich, was sie prinzipiell von einer Militärmedizin unterscheidet. Gibt eine Militärmedizin ihre Autonomie und somit Freiheit auf, sich für Ziele entscheiden zu können oder aber sie zu verwehren, degradiert sie sich zum Söldner und reinen Instrument, was überspitzt als "prostituting medicine for political and military purposes" [USU Department of Psychiatry 1998, o.S.] bezeichnet wurde. Allein, dass hierzu die Möglichkeit gegeben ist und die Militärmedizin Folge leisten muss, widerstrebt unserem innigsten Empfinden.

Doch warum sollte die Medizin eine derartige Form der Instrumentalisierung zulassen? Die Antwort dürfte meines Erachtens in der „Sucht der Medizin“ zu finden sein, helfen zu wollen, auch wenn die eigenen Prinzipien und Ziele unverhältnismäßig stark unberücksichtigt bleiben. Ein Helferethos, welches die Unterordnung der Medizin in Kauf nimmt und ihre Instrumentalisierung akzeptiert. Die historische Entwicklung führte zu einer Integration der Medizin in das Militärsystem, welchem sie nun auch disziplinarisch unterliegt. Der Medizin ist es daher verwehrt, dem Militär den Rücken zu kehren, weshalb sie militärische Einsatzentscheidungen mittragen muss. Die Medizin wird zum hilflosen Werkzeug mit der Möglichkeit zur Vergewaltigung des ärztlichen Gewissens.

Stellen wir daher provokant die Frage: Warum Militärmedizin dann nicht ausschließlich aus militärtaktischen Gründen - oder wie es Vastyan formuliert: "Medicine as a Weapon"

[Vastyan 1994, S. 337]? Die Antwort dürfte in den Folgen einer ausschließlichen Instrumentalisierung der Medizin zu finden sein. Es wurde bereits darauf eingegangen, dass die gesellschaftliche Akzeptanz für die Teilnahme an einem Einsatz auf einem Sicherheitsgefühls basiert, welches nicht unwesentlich von der Medizin mitbegründet wird. Diese Akzeptanz stützt sich auf ein Vertrauen der Bevölkerung, die entsandten Soldaten in der Fürsorge des Dienstherrn „gut aufgehoben“ zu wissen. Eine militärische Verzweckung der Medizin würde das Vertrauen der Gesellschaft missbrauchen, da diese Medizin nicht oder nur unzureichend im Dienste des kranken Soldaten steht, und regelhaft die Sorge um den kranken Soldaten den taktischen Überlegungen hinten anstellen würde. Eine derartige Medizin kann nicht den Anspruch erheben, zu einer Akzeptanzsteigerung innerhalb der Gesellschaft beizutragen.

Dem Militär bedeutet die Medizin ein hoch effektives Tool, auf welches es kaum verzichten kann. Ihr taktischer Einsatz trifft die Menschen im Innersten, denn Medizin handelt mit dem teuersten Gut des Menschen, seiner Gesundheit. Mit einer rein instrumentellen Nutzung der Medizin unter „Vortäuschung einer humanitären Zielsetzung“ vergibt sich das Militär jedoch auch den Ruf einer fairen Kriegsführung, da es nicht nur die Neutralität der Militärmedizin verletzen, sondern auch zu einem Vertrauensbruch zwischen den Kriegsparteien führen würde. Wie kann man jedoch von Vertrauen zwischen Kriegsparteien sprechen, wenn in heutiger Zeit ein klarer Kriegspartner fehlt und terroristische Gewaltakteure jegliches Vertrauen missbrauchen? Für Gewaltakteure existiert keine Genfer Konvention. Weshalb sollte daher die Neutralität der Medizin geachtet werden? Die Antwort liegt nicht nur in einem bereits beschriebenen Vertrauensverlust gegenüber der eigenen Gesellschaft, sondern auch in den Konsequenzen für Ärzte wie Patienten. Verletzte Soldaten müssten ihre Bedürfnisse primär den militärischen Zielsetzungen hinten anstellen, was sich am deutlichsten in der noch zu besprechenden Allokation begrenzter Ressourcen zeigen wird. Auf der anderen Seite würde das Militär und damit der Dienstherr bei ausschließlicher Vorrangstellung der Einsatzziele und Instrumentalisierung der Medizin seine Fürsorgepflicht den eigenen Soldaten gegenüber verletzen. Patienten könnten sich demnach nicht mehr der Hilfeleistung des Arztes gewiss sein, worunter das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient schweren Schaden erleiden würde. Die Ärzte müssten ihre Garantenstellung aufgeben und würden gezwungen, bedingungslos militärische vor humanitäre Ziele zu setzen.

7.2. Die Doppelloyalität des Sanitätsoffiziers

[M]any articles published in *Military Medicine* make clear the widely held military view that the principal duty of the military physician is to support the military mission even if the care of patients, military or civilian, must be subordinated.

[Sidel 1992, S. 1097]

”Mission first“ fasst diese Forderung prägnant zusammen. ”The interests of the nation transcend those of an individual“, heißt es weiter bei Victor W. Sidel [Sidel 1997, S. 285]. Daher muss sich die Militärmedizin den Vorwurf einer Sozialethik gefallen lassen, indem sie das Kollektiv dem Individuum (wenn nötig) voransetzt.

... physicians become functionaries of a system not necessarily designed to serve the well-being of individual patients, but of society as a whole. [Pellegrino 1993, S. 388]

Eine primär patienten-orientierte Medizin verlangt hingegen:

The physician’s primary responsibility is to the patient. [McCrary 1992, S. 1109]

In allen ärztlichen Berufsordnungen, Gelöbnissen und Kodices wird diese Vorrangstellung des Patienten deutlich zum Ausdruck gebracht. Ärzte werden angehalten, ihre Tätigkeit ausschließlich in den Dienst der Menschlichkeit zu stellen und Unabhängigkeit gegenüber nicht-ärztlichen Weisungen zu wahren. Als Beispiel seien Auszüge aus der Berufsordnung der Ärzte in Bayern zitiert [Manz 1992b, S. 213-217]:

Bei meiner Aufnahme in den ärztlichen Berufsstand gelobe ich feierlich, mein Leben in den Dienst der Menschlichkeit zu stellen.

Ich werde meinen Beruf mit Gewissenhaftigkeit und Würde ausüben. Die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit meiner Patienten soll oberstes Gebot meines Handelns sein.

§1 (2) Aufgabe des Arztes ist es, das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen sowie Leiden zu lindern. Der Arzt übt seinen Beruf nach den Geboten der Menschlichkeit aus. Er darf keine Grundsätze anerkennen und keine Vorschriften oder Anweisungen beachten, die mit seiner Aufgabe nicht vereinbar sind oder deren Befolgung er nicht verantworten kann.

§10 (1) Anstellungsverträge dürfen von Ärzten nur abgeschlossen werden, wenn die Grundsätze dieser Berufsordnung gewahrt sind. Dabei muss insbe-

sondere sichergestellt sein, daß der Arzt in seiner ärztlichen Tätigkeit keinen Weisungen von Nichtärzten unterworfen wird.

”For a military doctor the question of where one’s primary duty lies can be confusing“, schreibt Gordon Livingston [Livingston 1996, S. C3] und meint damit das Dilemma der Doppelloyalität von Sanitätsoffizieren. Der Begriff der Doppelloyalität trifft dabei im Deutschen die Brisanz des Dilemmas weniger als ”divided loyalty“ im angloamerikanischen Sprachgebrauch. Eine „geteilte“ Loyalität vermittelt mehr den Eindruck, keiner Seite könne vollständig Priorität eingeräumt werden. Der Sanitätsoffizier befindet sich in einem Konflikt, zwei Herren gleichzeitig dienen zu müssen.

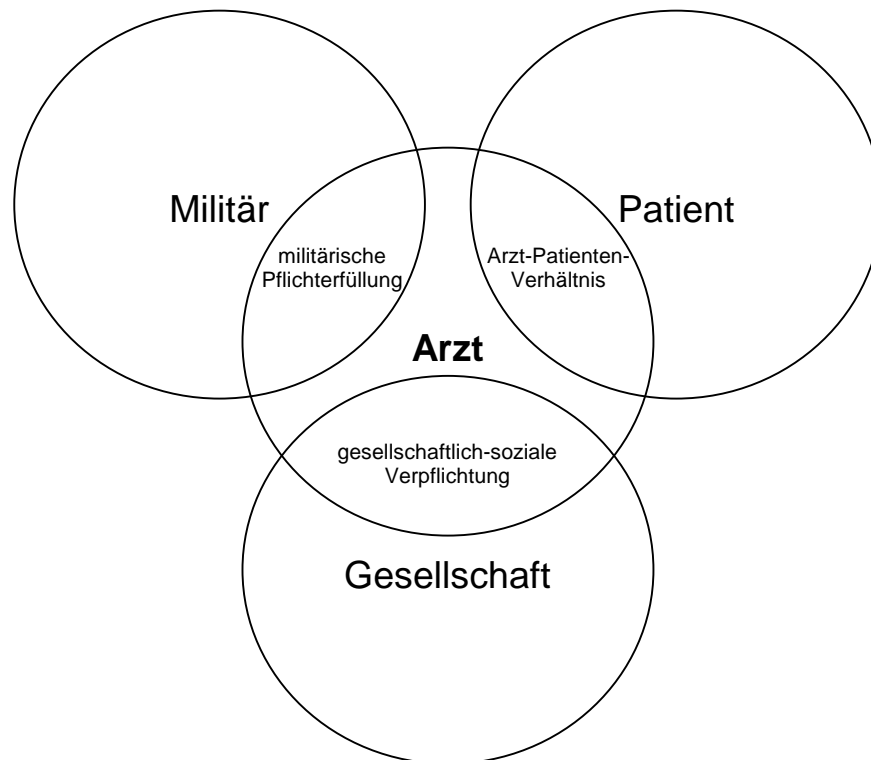
Dabei scheinen die Berufe von Arzt und Offizier nicht allzu different zu sein. Beide unterliegen einer hierarchischen Organisation, üben Gewalt am Menschen aus, haben ein starkes Gefühl von Macht über Leben und Tod und strengen die Übernahme von Verantwortung und Führungsfunktionen an. [Schmiedebach 1987] Ihre Gemeinsamkeiten drücken sich auch im gemeinsamen Sprachgebrauch aus. So werden Infektionen bekämpft, Krankheiten oder der Tod besiegt. Eine „Fusion“ zwischen beiden Berufen sollte möglich sein. Dabei zeichnen den guten Arzt naturwissenschaftlich-medizinische Kenntnis, praktizierte Menschlichkeit und das Vermögen, sich in andere Menschen einfühlen zu können, aus, während dem Offizier Einsatzbereitschaft, Zivilcourage und die Erfüllung der soldatischen Pflichten zugeschrieben werden.

Aus Sicht des Militärs ist jedoch ”the military physician ... necessarily a soldier first and a doctor second.“ [Appel 1992, S. 1096] Er ist ”primarily a soldier with special technical expertise“ [Howe 1986, S. 803], he ”must understand the combat situation and its implication for medical support.“ [Hawley 1997, S. 599] Von ihm wird also Identifikation mit dem Militär als Institution gefordert, während er gleichsam „Anwalt seiner Patienten“ sein soll. Daher bezeichnet ihn Edmund D. Pellegrino auch als ”double agent“. [Pellegrino 1993, S. 379] ”The medical officer has to function both as an officer who understands the organization and as a physician.“ [Dolev 1996, S. 786]

Tensions between professional responsibility and military obligation have been inherent in the dual demands of being a military physician ever since the professionalization of medicine. And, as armies have become more and more dependent upon medical technology, so too have physicians become more integral to any war effort. The traditional distinctions between the wounding (or combat) role and the healing (or medical) role have become increasingly more ambiguous. [Vastyan 1994, S. 327]

Abbildung 12 stellt diesen Rollenkonflikte schematisch dar. Neben den Konfliktebenen Arzt, Patient und Militär muss ferner die Verpflichtung gegenüber der Gesellschaft Erwähnung finden.

Abb. 12: Rollenkonflikte eines Sanitätsoffiziers



Von einer „souveränen Arztpersönlichkeit“ wird verlangt, diesem Konflikt adäquat begegnen zu können. Ein Problem, welches auf institutioneller Ebene nicht gelöst werden kann, wird auf personale Ebene heruntergebrochen. Vom Sanitätsoffizier wird gefordert, den Spagat zwischen zwei Ethiken zu schaffen, während jede für sich Vorrangstellung beansprucht.

The military physician faces an additional potential conflict between two ethical systems, i.e. traditional medical ethics and the ethic of the ... military. The latter ordains obedience to orders, loyalty to fellow soldiers and one's country, and honor and integrity... This ethic may well conflict with the ethics of medicine, in which primary loyalties are oriented to the sick and wounded. [Pellegrino 1993, S. 384]

Dolev bezeichnet den Begriff "medical officer" als Oxymoron. [Dolev 1996] Zwar ist es nicht ungewöhnlich, mehrere Rollen in einer Person übernehmen zu können, doch erfolgt

dies oft zeitlich getrennt. Man kann Soldat, Familienvater und Vereinsvorsitzender sein. Vom Sanitätsoffizier wird hingegen verlangt, beide Rollen zeitgleich wahrzunehmen. Dabei unterliegt er zweier Berufsordnungen mit verpflichtendem Charakter, welche in ihren Zielsetzungen deutlich differieren. Ähnliche Rollenkonflikte kennt man aus der zivilen Medizin im Bereich des Versicherungswesens, der Betriebsmedizin oder des Strafvollzuges. Patientenorientierte Medizin und gesellschaftliche Verpflichtung stehen oftmals konkurrierend gegenüber. Auch in der alltäglichen ärztlichen Praxis wird vom Mediziner ein Brückenschlag zwischen Patientenversorgung und Ökonomie verlangt. Edmund G. Howe bemerkt:

The priority military physicians give to military interests when treating soldiers in combat can be compared to the priority civilian doctors give societal interests.
[Howe 1986, S. 805]

Ich bin der Meinung, dieser Vergleich wird der angesprochenen Problematik nicht gerecht. Im Unterschied zur Doppelloyalität des Sanitätsoffiziers unterliegt der zivile Arzt nicht zweier Berufsordnungen, deren Verpflichtungen bisweilen unter Strafe und Maßregelung stehen. Zivilen Ärzten steht es frei, sich gegen eine Priorisierung der Ökonomie zu entscheiden, oder aber in letzter Konsequenz den Arbeitsplatz zu wechseln. Prominentes Beispiel einer Arbeitsverweigerung mit konsekutiver Beendigung des Arbeitsverhältnisses ist der „Neusser Ärztefall“ [Gatzemeier 1989]. Im Unterschied hierzu ist dem Sanitätsoffizier ein Ausweg aus dem Dilemma verwehrt. Er hat sich dem Militär verpflichtet.

A physician's decision to enter military service is ... a morally weighty one that bears reflection on the practice of the military service to which one is pledging obedience. [Moskop 1998, S. 76]

Dabei unterschreiben vornehmlich junge Menschen noch vor ihrer Ausbildung zum Arzt und Offizier einen Vertrag, der sie (in Deutschland derzeit) für 17 Jahre an das Militär bindet. Als Gründe werden häufig der sichere Studien- und Arbeitsplatz, das durchaus respektable Ausbildungsgeld oder auch die Faszination am Militär angegeben. Die Problematik der Doppelloyalität mag angesprochen werden, doch liegt sie den Sanitätsoffizierbewerbern zeitlich so fern, dass ihr kaum Gewicht beigemessen wird.⁶

⁶ Ich selbst wurde im Rahmen des Psychologengesprächs in der Offiziersbewerberprüfzentrale in Köln 1991 befragt, wie ich mir eine Fusion zwischen den Berufen Arzt und Offizier vorstellen würde. Ich antwortete mit der Metapher eines Baumes und stellte dar, dass durchaus mehrere Äste aus einem Stamm entspringen können. Zu diesem Zeitpunkt war mir aber noch nicht klar, dass es sich nicht um Äste ein und desselben Baumes handelt, sondern um zwei Bäume, deren Äste sich nur berühren und dennoch als ein Gebilde betrachtet werden sollen.

Jungen Menschen vor ihrer ärztlichen Ausbildung ist nicht bewusst, dass sie zwei Verpflichtungen eingehen. Ein bereits approbierter Arzt wäre vielleicht kritischer der Situation gegenüber, eine zweite verpflichtende Bindung einzugehen, während bereits eine erste zur Medizin hin besteht. Daher vermag der Begriff der "divided loyalty" tatsächlich die Konfliktsituation besser zu fassen als der der Doppelloyalität. Livingstone beschreibt in seinem Artikel "Serving Two Masters: The Ethical Dilemmas That Military Medical Students Want to Avoid - But Can't" die Verpflichtung der neuen (amerikanischen) Sanitätsoffiziere als - provokativ übersetzt - „Kuhhandel“:

The bargain they have struck is this: four years of medical school, all expenses paid, in return for a seven year military commitment. If, as nearly all of them will, they take further training (internships, specialty residences) they will incur additional service obligations.

Many have, in short, while still in their twenties, committed themselves to careers in military medicine. This is why they don't much want to hear what I have to tell them: that there is an inherent conflict in the dual roles they will be asked to play; that of the doctor and that of the military officer. [Livingston 1996, S. C3]

Sanitätsoffizierbewerber können dieses Konfliktpotential nicht absehen. Zudem sind sie von den „Verlockungen“ eines komfortablen Studierens verblendet, was die Freiheit und Unvoreingenommenheit ihrer Entscheidung für einen sie uneingeschränkt bindenden Vertrag in Frage stellt. Die Vertragszeit ist dabei von prinzipiell unüberschaubarer Länge, was bedeutet, dass nicht immer eine einmal getroffene Entscheidung über den gesamten Zeitraum hinweg für gut und richtig geheißen wird, andererseits aber auch, dass sich die Rahmenbedingungen, wie beispielsweise die weltpolitischen Lage und damit das Aufgabenspektrum des Militärs, entscheidend ändern können. Es ist richtig und nicht mehr als billig, Gegenleistungen für die Finanzierung einer kostspieligen Ausbildung zu erbringen, doch halte ich es für falsch, dies ggf. unter Inkaufnahme eines Risikos für das eigene Leben ableisten zu müssen, während Alternativen verschlossen bleiben.

Ärzte werden in einen Handlungszwang befohlen, weshalb ernsthaft bedacht werden muss, ob es sich im Falle einer militärmedizinischen Ethik, der Fusion zweier zum Teil konträrer, rollenspezifischer Ethiken, nicht um eine Pseudoethik handelt. Ihr fehlt eine wesentliche Voraussetzung zur Ethik: die Freiheit zur Entscheidung.

So gesehen umfasst der Begriff Freiheit nicht nur Ungebundenheit von Zwängen im Sinne politischer Grundfreiheiten („liberty“), sondern beinhaltet darüber hinaus die Möglichkeit, sich für etwas zu entscheiden. (In der Tradition nennt man diese Form der Freiheit „Willkürfreiheit“.) Damit ist wiederum nicht nur die

formale Möglichkeit, eine von beliebigen Optionen aufzugreifen, gemeint, sondern die Möglichkeit, dass der Mensch sich nach einem Kriterium entscheiden kann, nämlich nach dem, was ihm wert und was für ihn gut ist. Es ist dies die Bestimmung des Freiheitsbegriffs als „Willensfreiheit“ und der Selbstbestimmung (Autonomie). [Manz 1992a, S. 58]

Eine Medizin unter dem Diktat des Militärs raubt den ärztlichen Entscheidungsträgern jegliche Autonomie und Freiheit, so dass im Grunde für Sanitätsoffiziere ein ethisches Handeln per se infrage gestellt werden muss.

Handle so, daß die Bedingungen der Möglichkeit des verantwortlichen Handelns für alle Beteiligten erhalten bleiben [Kornwachs 2000b, S. 60],

fordert Klaus Kornwachs mit seinem „Prinzip der Bedingungserhaltung“. Doch diese Bedingungen der Möglichkeit eines eigenverantwortlichen Entscheidens sind für den Sanitätsoffizier drastisch eingeschränkt. „Military first“ zerstört die Autonomie des Arztes und raubt ihm die Möglichkeit zu ethisch-verantwortungsvollem Handeln. Gerade dies sollte wohl vermieden werden, wenn im Nauheimer Gelöbnis formuliert wird:

Ich werde allezeit für die Freiheit meines ärztlichen Wirkens eintreten und als Richtschnur für mein Handeln keine anderen Gesetze anerkennen als die der Menschlichkeit, der Nächstenliebe und der selbstlosen Hilfsbereitschaft. Ich werde mich keinem anderen Zwange als dem meines ärztlichen Gewissens unterwerfen und die Gebote der ärztlichen Sitte und der Berufsordnung und die Regeln und Erfahrungen meiner Kunst beachten. [Peintinger 1998, o.S.]

Der Mangel an Autonomie belastet nachhaltig die Beziehung des Arztes zu seinen Patienten.

[P]atients tend, almost inevitably, to perceive physicians as their helpers. [Howe 1988a, S. 8]

Der Arzt wird als „Anwalt des Patienten“ gesehen, was gerade bei bewusstlosen Patienten Bedeutung gewinnt. Ärzten obliegt es, eine Art Stellvertreterrolle einzunehmen, um ganz im Sinne des Patienten zu entscheiden. Die Übernahme zweier Rollen mit z.T. konträrer Zielsetzung ist mit der Wahrung dieser Patientenautonomie nicht vereinbar.

In some instances, the physician clearly is acting as the patient's therapist, attending primarily to his or her needs. In other situations, the physician is acting as an expert witness whose aim is not therapy. Finally, the same physician may

be playing both roles simultaneously, and the distinction between those roles may not be understood at all by the patient. [Pellegrino 1993, S. 375]

Dieses Unverständnis des Patienten oder besser ausgedrückt, diese Unsicherheit, wird einen nachhaltigen Vertrauensverlust nach sich ziehen, welcher das Verhältnis zwischen Militärärzten und Soldaten belastet. Ein Arzt, der sich zwei Herrn verpflichtet, büßt seine Glaubwürdigkeit und damit sein Ansehen („Angesehenwerden“) ein.

Doctor/patient trust may be impaired when the soldier/patients' interest conflict with those of military and the physician's loyalty is uncertain, and when the military physician treats civilians in occupied territories during mass casualties, or, in part, for political gain. [Howe 1986, S. 803]

Eine Lösung für dieses systemimmanente Dilemma könnte auf zwei Ebenen erfolgen: auf institutioneller oder personaler Ebene. Zunächst soll daher eine Situation konstruiert werden, als stünde die Wehrmedizin ausschließlich unter dem Primat der Medizin. Ärzte müssten somit aus der militärischen Hierarchie ausgegliedert werden, wären jedoch in gleicher Weise versiert und trainiert, Patienten suffizient in Krisensituationen behandeln zu können. Sie hätten das volle Vertrauen der Patienten, da sie ausschließlich in deren Sinne handelten. Dies erinnert an die Anfänge der Medizin im Krieg, als jedoch führende Offiziere den humanitären Raum innerhalb eines Krieges nicht akzeptieren wollten. Dennoch sollten wir unser Gedankenexperiment fortführen, zumal sich die Art der Auseinandersetzungen und auch das Verständnis für die Medizin gewandelt haben. Eine Teilnahme ziviler Medizin in militärischen Krisensituationen wäre auch insofern denkbar, da ihr gleichermaßen eine Nichtkombattantenrolle zukommt. Die Medizin könnte sich somit ihre Autonomie bewahren und aus rein humanitärer Sichtweise entscheiden. Doch die Ausgliederung der Medizin aus dem Militär (ganz abgesehen, dass das Militär die Medizin dringender denn je braucht und einen solchen Verlust nie zulassen würde) könnte für Patienten mehr Nachteile bringen als Vorteile durch den Gewinn an Autonomie zu verzeichnen wären. Um gerade die gefährdetsten Soldaten schützen zu können, bedarf es eines gewissen soldatischen Know-hows. Ein Vorwagen in heikle Gefahrenbereiche erfordert militärisches Wissen und Training. Ferner wird eine derartige Hilfe nicht alleine auf Freiwilligkeit basieren. Allzu oft erfahren wir aus den Medien, wie sich Hilfsorganisationen aus Krisengebieten zurückziehen, sollten sie Übergriffen ausgesetzt sein. Die Begründung dürfte in einer different gelagerten "risk-benefit-ratio" zu finden sein, so dass Soldaten durch die Existenz einer Militärmedizin durchaus profitieren. Existiert eine Militärmedizin, so ist aber auch der Dienstherr zu ihrem Einsatz im Rahmen der Fürsorgepflicht den eigenen Soldaten gegenüber verpflichtet. Dies stärkt einerseits die Betrachtung des Soldaten als Subjekt bei der Planung militärischer Einsätze, zwingt den Dienstherrn anderer-

seits aber auch zur Bereitstellung von finanziellen Mitteln wie personellen und materiellen Ressourcen. Dieses Argument darf nicht unterschätzt werden, da im Falle einer rein zivilen Krisenmedizin die Kosten für deren Einsatz nicht aus dem Militäretat bestritten werden müssten und Einsätze ohne Medizin planbar wären. Das Vorhandensein der Militärmedizin ist für Anzahl und Ausmaß von Einsätzen oftmals limitierender Faktor. Eine zivile Medizin hätte kaum die Möglichkeit an Einsatzplanungen mitzuwirken. Die Medizin würde sich damit eines großen Einflussfaktors berauben. Die Militärmedizin als integrativer Bestandteil des Militärs ist ein Regulativum, es aufzugeben wäre weniger patientenzuträglich als der Gewinn an Autonomie.

Da sich das Dilemma nicht auf institutioneller Ebene lösen lässt, wird es im wesentlichen auf einen intraindividuellen Konflikt reduziert, sozusagen privatisiert. Dabei soll die Frage, „wie ... ein Gesamtsystem ethisch zu bewerten [ist], das die Betroffenen und die Beteiligten geradezu systematisch in Dilemmastrukturen versetzt ...“ [Rebscher 1992, S. 134], lediglich in den Raum gestellt werden. In der Person des Sanitätsoffiziers resultiert ein Wertekonflikt, welcher gewöhnlich durch Priorisierung gelöst würde, in diesem Falle jedoch unlösbar bleibt, da beide Seiten - Militär und Medizin - für sich Vorrangstellung beanspruchen und rechtfertigen. Die Lösung des Konfliktes kann demnach nur in einem Nebeneinander beider Ziele liegen. Kommt beiden gleiches Gewicht zu und stehen sich beide konträr gegenüber, so würde dies in Analogie zur Physik zu einem Stillstand, zu Handlungsunfähigkeit, führen. Entscheidungen könnten nicht getroffen werden. Die Lösung scheint daher in einer temporär differenzierten Gewichtung beider Positionen zu liegen, so dass keine Position gänzlich unberücksichtigt bleibt. Es ist anzunehmen, dass sich im zeitlichen Mittel eine Art Gleichstand der Entscheidungen für oder wider das Militär resp. die Medizin einstellt. Denn nicht jede Situation fordert ein "military / mission first", nicht jeder Auftrag konkurriert mit einer patientenorientierten Medizin.

Even in the military setting, the flight surgeon must maintain a primary loyalty to the patient, serving as the strongest advocate of the patient's health and safety. In the military, accomplishment of the mission is the first priority. The first and foremost responsibility of any physician should be to the patient whenever it will not lead to mission compromise. This must be understood and accepted by all levels of command. Anything other than this can only result in complete neutralization of the flight surgeon's purpose and mission. [McCrary 1992, S. 1110]

If an important military exigency were involved, military physicians might be justified in giving this interest, higher priority. [Howe 1988a, S. 10]

Eine derartige situative Abschätzung kann jedoch nicht am Reißbrett erfolgen und in Tabellen gefasst werden. Sie forderten mehr von Entscheidungsträgern, den Sanitätsoffizie-

ren vor Ort. Sie fordert „moralische Kompetenz“. Die Förderung dieser Fähigkeit muss demnach Primat einer Ausbildung von Sanitätsoffizieren genießen, andernfalls werden nur militärische Handlanger im Offiziersrang oder aber widerspenstige Mediziner ohne Verständnis für die militärische Struktur und Auftragslage herangezuchtet. Peter-Klaus Witkowski beschreibt es abgemildert: ein „Arzt beim Arbeitgeber Bundeswehr“ oder ein „nur kompetenter Offizier ohne ärztliche Prägung“. [Witkowski 2001] Das Militär muss das Risiko wagen, selbstdenkende und kritikfreudige Offiziere auszubilden, die nicht alleine durch Befehl und Gehorsam zu führen sind. Nur durch ein derartiges Wagnis wird sich eine Medizin innerhalb des Militärs zu Gunsten beider Seiten voll entfalten können.

Gelegenheit hierzu bietet die derzeitige Neustrukturierung des Sanitätsdienstes, welche als eigenständige Teilstreitkraft deutliches Gewicht bekommen soll. Diese Neustrukturierung muss als Chance für die Medizin im Militär gesehen werden, einerseits verstärkt Einfluss auf militärische Entscheidungen nehmen zu können, andererseits aber auch die Rolle des Sanitätsoffiziers zu überdenken. Es gibt keine Schwarz-Weiß-Malerei zwischen Militär und Medizin, so dass kein Bereich für sich Vorrangstellung zu jeder Zeit beanspruchen kann. Um eine diffizile ethische Entscheidung im Graubereich zwischen beiden Extremata treffen zu können, ist es notwendig, dass der Sanitätsoffizier beide Rollen in gleichem Maße exzellent beherrscht.

In order to be effective in the role, a military physician needs to fully understand the obligations of the two professions that he or she straddles. The military physician needs to be fully conversant with the profession to arms as well as being a medical professional. [Hawley 1997, S. 597]

Dies scheint jedoch ein schwieriges Unterfangen zu werden, da selbst die Ausbildung zum versierten Arzt ein anspruchsvolles Ziel darstellt. Wie sollte da eine zweite Berufsausbildung Platz finden, die für Truppenoffiziere einen „Full-time-Job“ darstellt. Zudem wurde die Offiziersausbildung, welche noch vor einigen Jahren vor dem Studium in 15 Monaten absolviert wurde, drastisch reduziert, um die jungen Sanitätsoffizieranwärter schneller ins Studium bringen zu können. Es ist daher nicht verwunderlich, dass in allen Entscheidungen der neuen Generation von Sanitätsoffizieren der Medizin mehr Gewicht eingeräumt werden wird als den militärischen Aspekten. Eine ausgewogene Ausbildung mit der Möglichkeit zur Aneignung von „moralischer Kompetenz“ aber auch ein besseres Verständnis für den Rollenkonflikt des Sanitätsoffiziers von Seiten der militärischen Führung scheinen ein Meilenstein in der Bewältigung dieses Dilemmas zu sein. Nur so, glaube ich, kann die Attraktivität eines Berufes im Spannungsfeld zweier Loyalitäten wieder gesteigert werden.

7.3. Allokation begrenzter Ressourcen unter dem Diktat der militärischen Auftragserfüllung

Dilemmata einer Ressourcenallokation ändern sich mit dem Aufgabenspektrum einer Militärmedizin. Seit Anfang der 90er Jahre wurde für das deutsche Militär eine Einsatzmedizin etabliert, welche neben der klassisch hausärztlichen Individualmedizin und Notfallversorgung von Soldaten zunehmend auch die Behandlung der Zivilbevölkerung des Einsatzlandes übernehmen soll. Eine Krisensituation wie im Falle einer Großkatastrophe liegt dabei nicht vor. Ressourcen sind zwar limitiert, doch könnten diese nachgeführt werden. Auch dürfte die Forderung "military first" weitestgehend unberührt bleiben.

Allokativ problematisch scheint jedoch die Versorgung der ansässigen Zivilbevölkerung zu sein. Dabei steht außer Frage, dass eine Maximalversorgung für Zivilisten nicht das Ziel einer Einsatzmedizin ist. Das System wäre überfordert, Personal und Mittel sind für einen derartigen Auftrag nicht vorgesehen. Andererseits erinnert eine partielle Versorgung der Zivilbevölkerung an eine Instrumentalisierung der Medizin als strategisch-taktisches Instrument der psychologischen Kriegsführung, wie es beispielsweise während des Vietnamkrieges praktiziert wurde.

Consider that depending on how military physicians treat civilians in occupied territory, there may be multiple levels of concern. Treating such patients in order that they will feel favorable towards the military is one level of concern. But such patients could also be treated only on the condition that they divulge that family members or friends are members of enemy troops. This latter policy would be of more serious concern. The major concern when military physicians treat civilians in occupied territory is the exploitation of patients' vulnerability. [USU Department of Psychiatry 1998, o.S.]

Demzufolge dürfte im Sinne eines "leveling-down" kein Zivilist behandelt werden, um Ungerechtigkeiten einerseits und eine Verzweckung andererseits zu vermeiden. Ein Mittelweg scheint schwierig, möchte man dennoch die Zivilbevölkerung in eine gerechte und faire Mittelallokation miteinbeziehen.

Yet, strong arguments favor military physicians treating civilians in occupied countries. First, the treatment benefits civilians. Second, international law intends to make war more humane. Although the usual means of waging war involves destruction, attempting to achieve victory by providing medical care to civilians is more humane. [USU Department of Psychiatry 1998, o.S.]

Fordert man medizinische Hilfe für die Zivilbevölkerung, so stellt sich die Frage ob eigenen Soldaten allokativ der Vorrang eingeräumt werden dürfte. Die Antwort vorweggenommen, denke ich, dass sich sogar eine systematische Benachteiligung von Zivilisten ethisch rechtfertigen lässt, ohne dass eigenen Soldaten ein „höherer Wert“ zugemessen werden muss. Man wird an einer gewissen Differenzierung zwischen Soldaten und Zivilisten festhalten müssen, wofür es gewichtige Argumente gibt. Zunächst ist es ethisch nicht verwerflich, dass derjenige, dem eine Ressource gehört, festlegt, wem er sie zuteilt. Dies gilt insbesondere, sofern im Vorfeld keine vertraglichen Verpflichtungen eingegangen wurden. Ferner wurden Mittel von der eigenen Bevölkerung (in Form von Personal und Steuergeldern) zur Verfügung gestellt, um eine Maximalversorgung der eigenen Truppen gewährleisten zu können. Würde man daher die Versorgung von Zivilisten dahingehend ausdehnen, dass die Einhaltung der einsatzmedizinischen Maxime (vgl. S. 22) für die eigenen Soldaten nicht mehr sichergestellt wäre, so würde man vielmehr ungerecht gegenüber denjenigen handeln, die den Einsatz bzw. die Versorgung der Soldaten ermöglichen. Eine Gleichstellung von Soldaten und Zivilisten hinsichtlich des Behandlungsumfanges kann daher ethisch nicht gefordert sein, was bedeutet, dass eine Versorgung der Zivilbevölkerung möglich ist, sofern sie die Maximalversorgung der eigenen Soldaten nicht einschränkt und gleichzeitig die von der eigenen Bevölkerung zur Verfügung gestellten Ressourcen nicht über die Maßen „zweckentfremdet“. Als Lösung könnte hier ein in Anlehnung an den Oregon-Plan [Noichl 2001] formuliertes Ranking dienen, was Patienten mit nur bestimmten gravierenden Erkrankungen berücksichtigt, während auf eine Vollversorgung verzichtet wird. Würde eine Maximalversorgung auch für Zivilisten gefordert, so wäre dies nicht Aufgabe einer Militärmedizin im Einsatz, sondern die Verpflichtung der Politik, welche dies auf makroallokativer Ebene zu regeln hätte.

Steht das Überleben eines oder weniger Zivilisten dem eigener Soldaten gegenüber, so bleibt im Falle limitierter (da kurzfristig nicht nachführbarer) Ressourcen zunächst offen, ob auch hier eine Unterscheidung zwischen beiden Patientengruppen ethisch zu rechtfertigen ist. Eine Entscheidung zur Behandlung würde demnach nicht mehr auf nur medizinischen Gründen beruhen. Nehmen wir an, eigene Soldaten und Zivilpersonen des Einsatzgebietes seien in einen Verkehrsunfall involviert und lebensbedrohlich verletzt. Die zur Verfügung stehenden Mittel würden jedoch nicht zur Überlebenssicherung aller ausreichen. Ich bin der Meinung, dass auch hier den eigenen Soldaten der Vorzug gegeben werden muss, selbst wenn ein quantitatives Missverhältnis zwischen Soldaten und Zivilisten vorläge. Man möchte meinen, der Sanitätsoffizier sei vertraglich gebunden, die eigenen Soldaten vorrangig zu behandeln. Dies trifft jedoch nicht zu. Ein Vertragswerk zur Behandlung eigener Truppen wie beispielsweise ein in §611 BGB [Larenz 1990] beschriebener Dienstvertrag für die Arzt-Patienten-Beziehung einer Alltagsmedizin liegt nicht

vor. Auch dürfte eine Begründung über die Begrifflichkeit der „militärischen Pflicht“ scheitern, selbst wenn die Versorgung ziviler Patienten im Einsatzgebiet in den Aufgabenkatalog der Sanität aufgenommen wurde. Vielmehr kommt ein Argument zum Tragen, welches die Neutralität des Helfers allgemein und des Sanitätsoffiziers im Speziellen einschränken kann. Die Rede ist hier von der sogenannten „Akteur-Relativität“. Dabei meint Akteur-Relativität einen persönlichen, emotionalen Bezug zu einem oder mehreren Verletzten.

Denn die Welt verkehrt sich in keiner moralisch relevanten Hinsicht zum Schlechteren, wenn wir zulassen, dass die Gruppe, der unsere Freunde nicht angehören, zugrunde geht. [Rakowski 2004, S. 169]

Eric Rakowski bezog diese Begründung jedoch auf private Helfer. Der Militärmedizin könnte daher der Vorwurf gemacht werden, immer denselben Personenkreis zu bevorteilen, was zu systematischen Ungerechtigkeiten ihrer Ressourcenallokation führen würde.

[D]ie Gerechtigkeit verlangt aber, dass im Laufe der Zeit alle in ungefähr demselben Ausmaß begünstigt werden. [Rakowski 2004, S. 163]

Nun mag es wenig wünschenswert oder sogar vielleicht unmöglich erscheinen, in einer Welt zu leben, in der wir tatsächlich hinsichtlich Geschlecht, Rasse, Religion oder Nationalität indifferent wären. Doch daraus folgt noch nicht, daß es nicht eine „sträfliche Ungerechtigkeit“ darstellt, den Angehörigen des eigenen Geschlechts, der eigenen Rasse, Religion oder Nation „eine privilegierte Position bei der Güterverteilung oder Fürsorge“ zu gewähren. Sträflich sind diese Formen der Diskriminierung nicht deshalb, weil alle diese Wesen Mitglieder derselben Spezies sind, sondern vielmehr, weil es keine moralisch relevanten Unterschiede zwischen diesen Wesen gibt. [Harris 1995b, S. 55]

Und gerade dem möchte ich widersprechen, bezieht man sich auf die Rettungstätigkeit eines Sanitätsoffiziers im Einsatz. Ich denke, dass sehr wohl moralisch relevante Unterschiede zwischen eigenen Soldaten und der Zivilbevölkerung des Einsatzgebiets vorliegen. Nicht Nationalität, Rasse oder Religion bedingen hierbei den Unterschied, sondern der abstrakte Wert der Kameradschaft. Dabei meint Kameradschaft einen innig empfundenen Teamgeist, ein Miteinander bis hin zum Einsatz des eigenen Lebens. Und ich denke, dass sich die Welt tatsächlich zum Schlechteren verkehren würde, würde dieser Wert missachtet. Denn Kameradschaft als „gegenseitiger Einsatz für einander“ stellt die Grundlage für das Funktionieren eines militärischen Systems dar, welches einen Einsatz zu Gunsten der Zivilbevölkerung erst ermöglicht. Eine strikte Unparteilichkeit und Neutralität kann daher von einem Sanitätsoffizier nicht erwartet werden. Als Ziel muss eine „inge-

schränkte Neutralität“ formuliert werden, die eine Akteur-Relativität neben der Berücksichtigung allein medizinischer Kriterien erlaubt.

Situationen jedoch, welche ein notfallmedizinisches Vorgehen fordern, stellen nur einen Teil des Aufgabenspektrums einer modernen Einsatzmedizin dar. Eine Militärmedizin im Einsatz muss gleichermaßen darauf vorbereitet sein, in Großkatastrophen, möglicherweise bedingt durch die Verwendung von Massenvernichtungswaffen, oder in Kampfhandlungen involviert zu werden. Dabei werden Kombattanten der eigenen und gegnerischen Truppen wie Nicht-Kombattanten, etwa Zivilisten, zu den Opfern zählen. Es bleibt zu diskutieren, ob die Ziele und Prinzipien einer Ressourcenallokation, wie wir sie für eine zivile Krisenmedizin festlegten, auch auf den militärischen Einsatz übertragbar sind, sollten die zur Verfügung stehenden Mittel nicht ausreichen, das Überleben aller zu sichern.

Im Falle eines militärischen Einsatzes reiht sich in die von uns festgelegte Liste gesetzter Ziele einer Krisenmedizin ein weiteres: Die Erfüllung des für den Einsatz spezifischen Auftrages. Hieraus resultiert das Prinzip "military oder mission first", welches bislang nur als Forderung von Seiten des Militärs beschrieben wurde. Es muss den allgemeinen ärztlichen und humanitären Prinzipien gegenübergestellt werden. Eine uneingeschränkte Vorrangstellung kann ihm jedoch für friedenserhaltende und friedensschaffende Einsätze nicht zukommen, weshalb "military first" nur als Mitberücksichtigung des Einsatzauftrages zu interpretieren ist. Die dezidierte Wertigkeit dieses Prinzips innerhalb einer Einsatzmedizin beleuchtet man zweckmäßigerweise durch die Betrachtung der nachgeordneten Allokationsprinzipien und ihrer Zuteilungskriterien.

Allokationsprinzipien unterteilen wir in solche, die auf eine Wertung der Bedürftigkeit verzichten können und andere, welche auf Kriterien basieren. Beide haben selbstverständlich weiterhin Bestand und Gültigkeit, doch dürfte in einigen Punkten eine Erweiterung hinzutreten, bisweilen sogar ein Bedeutungswandel. Für diejenigen Prinzipien, welche lediglich den Zugang zum Verteilungsverfahren regeln, möchte ich exemplarisch das Vertragsprinzip und das Risiko-Nutzen-Prinzip herausgreifen. Das Vertragsprinzip erfährt in Bezug auf den „Joint“- und „Combined“-Einsatz eine Erweiterung, so dass eigene und verbündete Truppen gleichgestellt werden. Dies ermöglicht ein Ressourcen-Sharing, ohne dass jeder der Vertragspartner beispielsweise eine Einsatzmedizin in vollem Umfang vorhalten müsste. Eine akteur-relative Differenzierung zwischen diesen Soldaten ist nicht mehr statthaft. Das Risiko-Nutzen-Prinzip bezogen wir bislang für zivile Katastrophen allein auf den §323c des StGB [Schnell 1990], welcher eine Hilfeleistungspflicht bei zumutbaren Umständen formuliert. Diese Verhältnismäßigkeit oder "risk-benefit-ratio" lässt sich jedoch nicht übertragen auf militärische Einsätze. Was hier als verhältnismäßig betrachtet wird, muss sich vielmehr an dem Risiko orientieren, welches auch die eigenen Truppen zu tra-

gen haben. Dieses erhöhte, jedoch zu akzeptierende Risiko für Leib und Leben unterscheidet den Sanitätsoffizier deutlich von seinen zivilen Kollegen.

Kriterienbasierte Allokationsprinzipien regeln die quantitative Allokation der Ressource. Zu ihnen zählen Gerechtigkeits- und effizienzorientierte Prinzipien wie das Prinzip der Praktikabilität. Als Kriterien sollten der Gesundheitszustand bzw. die jeweilige Überlebenschance, der Effekt einer Ressource im interpersonellen Vergleich wie das Alter der Patienten dienen. Alter und Vorerkrankungen dürften für militärische Einsätze als Kriterium eine eher untergeordnete Rolle spielen. Durch Auslandsverwendungsfähigkeitsuntersuchungen werden relevante Vorerkrankungen vermieden. Ebenso ist nicht von allzu großen Altersdifferenzen auszugehen, so dass Argumente eines bereits „gelebten Lebens“ oder aber das Alter als Abbild von Vorerkrankungen und damit geringerer Überlebenschance hier nicht greifen.

Ob auch die Zahl der zu Rettenden Kriterium einer militärischen Einsatzmedizin sein kann und worauf sich dies gründet, bleibt zu erörtern. Für die zivile Krisenmedizin bejahen wir die von Taurek [Taurek 2004] und Rakowski [Rakowski 2004] formulierte Frage: „Zählt die Anzahl (wenn man Leben rettet)?“ Als Begründung ließ sich jedoch weder eine Nutzenmaximierung noch ein hypothetischer ex ante Konsensus zu Gunsten einer Maximierungsregel anführen. In gleicher Weise trifft dies für den militärischen Einsatz zu. Von einem präexistenten Nichtwissen kann nicht ausgegangen werden. Risiken können oftmals bereits vor Beginn eines Einsatzes anhand der Dienstposten abgeschätzt werden. Insbesondere für Kampfhandlungen ist die Gefährdung unterschiedlicher Waffengattungen bekannt, so dass in der NATO ACE-Direktive 85-8 die Ausfallraten bei bestimmten Gefechtsarten und verschiedenen Truppenteilen definiert wurden. Ein ex ante Konsensus würde demnach nie zustande kommen, wüsste ein Teil der Betroffenen bereits im voraus, systematisch benachteiligt zu sein. Das Kriterium der „Überlebenszahl“ basiert vielmehr auf einer erwarteten und geforderten Akzeptanz der Vorrangstellung militärischer Ziele und damit eines „military first“. Es wird angenommen, dass jeder Soldat dieser dem Militär eigenen Prämisse bereits bei seiner Verpflichtung hypothetisch zustimmt. Die Entscheidung zur Maximierungsregel wird vom militärischen System zu dessen Nutzen vorgegeben. Der Utilitarismus erhält damit mehr und mehr von seiner ursprünglichen Bedeutung, einer Nutzenmaximierung für *alle*, und nicht nur für die Betroffenen, zurück. Das Kollektivwohl, welches entscheidend für die militärische Auftragserfüllung ist, rückt in den Vordergrund, weshalb ich von einer zumindest ansatzweisen Sozialethik für das Militär - entsprechend sozialistischer Gesellschaftssysteme - sprechen möchte.

In sozialistischen Gesellschaftsformen stand das Wohl der Gemeinschaft im Vordergrund, so daß das Interesse des einzelnen Patienten in den Hintergrund trat. Allgemeine Gesundheitsmaßnahmen und Gesundheitsvorsorge hatten Vorrang vor einer hochspezialisierten Individualtherapie. [Amelung 1992c, S. 91]

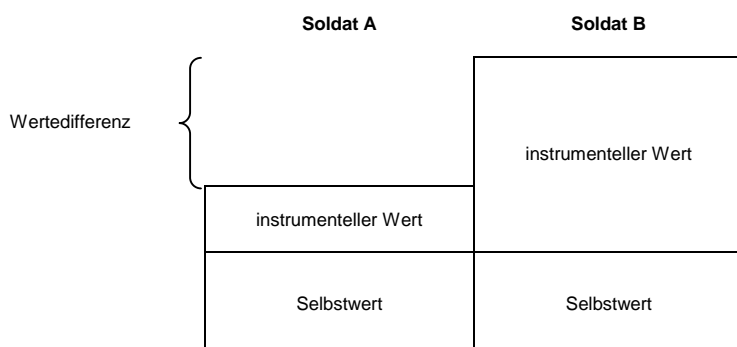
In ähnlicher Weise muss sich auch in militärischen Großkatastrophen oder Kampfeinsätzen die Sorge um den Einzelnen mehr oder weniger den militärischen Erfordernissen im Sinne des Gemeinwohls (d.h. des Soldatenkollektivs) unterordnen. Diese Sozialethik grenzt sich von einer humanistischen Individualethik ab, welche den einzelnen Menschen in den Mittelpunkt ihrer Betrachtung setzen würde.

Im Mittelpunkt der humanistischen Ethik steht der einzelne Mensch. Von ihm aus wird gedacht und von ihm her werden die menschlichen Verhältnisse gestaltet, nicht von einer umfassenden Ordnung, dem Staat, dem Volk, einem Stamm, einer Kirche oder einem Wirtschaftsbetrieb. [Amelung 1992c, S. 73]

Charakterisiert wird eine solche Sozialethik durch die Betrachtung einer Person nicht nur als Selbstzweck, sondern insbesondere im Hinblick auf ihre Funktionalität und ihren Nutzen für das Gesamte, wie es bereits in Kap. 5.2.3.5 (S. 92) dargestellt wurde. In Parallele zum "social worth" möchte ich vom "military worth" sprechen und diesen Wert erneut als mögliches Kriterium hinterfragen. Man könnte auch hier untergliedern in vergangene Verdienste, gegenwärtige militärische Funktionen und die Fähigkeit, in Zukunft Entscheidungen im Sinne der militärischen Auftragserfüllung treffen zu können. Möglicherweise scheint der Dienstgrad oder vielmehr die Dienstgradgruppe einer der Surrogatparameter hierfür zu sein. Hohe Dienstränge tragen den „Geist des Einsatzes“ und verfügen über Entscheidungskompetenz, während niedrige Dienstgrade häufig nur als Erfüllungsgehilfen fungieren. Auch könnte man argumentieren, niedere Dienstgrade ließen sich schneller rekrutieren und ausbilden und seien damit weniger schützenswert bzw. (militärisch) wertvoll.

Soldaten besitzen neben ihrem Selbstwert einen instrumentellen Wert, bedingt durch ihre Funktion. Sollte nun der Wert eines Soldaten als Kriterium für Allokationsentscheidungen dienen, so könnte folgendermaßen argumentiert werden: Der „Summenwert“ eines Menschen setzt sich aus dem Selbstwert der Person plus dem jeweiligen instrumentellen Wert zusammen (Abbildung 13). Da der Selbstwert für jeden Menschen als gleich anzusehen ist, ergeben sich hieraus keine Differenzen. Unterschiede würden nur durch den funktionalen Wert entstehen, der schließlich die Zuteilungsentscheidung bedingen würde.

Abb. 13: Selbstwert und instrumenteller Wert eines Soldaten



Dieses Argument wurde jedoch bereits an obiger Stelle entkräftet, da eine solche Sichtweise zwar mathematisch richtig sein mag, doch den Selbstwert eines Menschen vollständig aus der ethischen Überlegung „herauskürzt“. Dabei bedingt der Selbstwert des Menschen sein Subjektsein, während der instrumentelle Wert seine Entität als Objekt beschreibt. Beides kann nicht getrennt werden. Die ausschließliche Betrachtung der Funktionalität eines Menschen (oder hier rein funktionaler Differenzen) würde den Soldaten zu einem reinen Objekt degradieren. Der Sanitätsoffizier würde somit ausschließlich zum Verwalter der Ressource Mensch.

[W]as jemanden zu einem bestimmten Beruf qualifiziert, ist nicht seine Personwürde, sondern gewisse instrumentelle Fähigkeiten. Und bisweilen glaube man sogar, man dürfe aus Gründen des Gemeinwohls über das Hab und Gut, unter Umständen über das Leben eines Menschen wie über bloße Mittel zu einem vorrangigen Zweck verfügen. Es gibt also Formen des sittlich legitimen instrumentellen Gebrauches des Menschen, wenn die Anerkennung der freien Selbstbestimmung des anderen angesichts sittlicher Forderungen nicht ange-tastet wird. Die instrumentell-technische und sittlich-kategoriale Dimension der praktischen Frage darf nicht auseinandergerissen werden. [Irrgang 1995c, S. 92]

Der Mensch ist Objekt und Subjekt *zugleich*. Es ist jedoch festzustellen, dass mit zunehmender Brisanz der militärischen Lage ein Shift weg vom Subjekt hin zum Objekt entsteht - weg von der Person, hin zur Funktion für das Kollektiv. Im Extrem käme dies im Rahmen eines „totalen Krieges“ zum Tragen.⁷ Hier wird der Soldat ausschließlich militärischen Zielen und damit fremden Zwecken untergeordnet („verzweckt“).

Dieses verschiebbare Gleichgewicht zwischen Objekt- und Subjektsein widerspiegelt sich auch im Gesundheits- bzw. Krankheitsbegriff eines militärischen Einsatzes. Im Routinebe-

⁷ vgl. auch Kap. 5.1. Bedrohungen der Menschheit

trieb einer modernen Einsatzmedizin, welcher einer Versorgung im Heimatland entsprechen soll, scheinen die Begriffe „Gesundheit“ und „Krankheit“ kaum von denen einer zivilen Alltagsmedizin zu differieren. Einen Bedeutungswandel dürfte man dann verzeichnen, würde die militärische Auftragserfüllung beispielsweise aufgrund von limitierten Personalkapazitäten nur durch den Wiedereinsatz (RTD, return-to-duty) bereits Erkrankter oder Verletzter geleistet werden können. Während im Zivilen ein Individuum mit Eintritt einer Erkrankung sein Objektsein zu Gunsten eines ausschließlichen Subjektseins abgibt, was formal mit der Ausstellung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung und der damit verbundenen temporären Zurückstellung der instrumentellen Nutzbarkeit einhergeht, bleibt der Soldat in militärischen Krisensituationen noch solange in seiner Funktionalität, wie ein Wiedereinsetzen möglich ist. Die Wiedereinsetzbarkeit wird somit zum Schwellenwert im militärischen Krankheitsbegriff. Erst nach dessen Überschreiten steht es dem Patienten zu, ausschließlich als Subjekt betrachtet zu werden.

In früheren Kriegen schlug sich dies in den Allokationskriterien „Heilungschance vor Überlebenschance“ nieder. Eine zu geringe Wiederverwendung im Sinne einer „over-evacuation“ wurde dabei als „one of the cardinal sins of military medicine“ [Sidel 1997, S. 286] bezeichnet. Der Verlust eines Soldaten für das Militär vollzieht sich mit dem Verlust seines Objektseins. Eine verstärkte Dominanz des „military first“ verschiebt dabei diese Grenze zwischen Objekt und Subjekt in Richtung Funktionalität des Soldaten, was sich in einem Shift von Gerechtigkeitsprinzipien hin zum Utilitarismus niederschlägt. Die Akzeptanz eines ausschließlich utilitaristischen Vorgehens mag einen „totalen Krieg“ kennzeichnen, doch auch hier werden die Entscheidungsträger nach einem vermeintlichen militärischen Sieg die Verhältnismäßigkeit der Mittel rechtfertigen und sich für akzeptierte Ungerechtigkeiten verantworten müssen.

Kriterien bleiben daher immer im Hinblick auf gesetzte Ziele zu interpretieren. Die Wahl der Mittel und damit die Wertigkeit der Kriterien hängen von der Gewichtung des Zieles ab. Ob ein derartiges, stetes „Übergewicht“ des militärischen Auftrages für friedenserhaltende oder friedensschaffende Militäreinsätze zutrifft, bleibt zu bezweifeln.

8. Ethik einer Krisenmedizin

Wer an dieser Stelle ein umfassendes medizinethisches Konzept für Krisensituationen erwartet, wird enttäuscht werden. In den bisherigen Ausführungen wurden Zielsetzungen und Prinzipien aufgezeigt, die, wenn auch nicht widerspruchsfrei, eine krisenmedizinische Ethik gestalten. Dennoch, die angeführten Zielsetzungen können nur als Grenzen, die dargestellten Prinzipien lediglich als Möglichkeiten gesehen werden, deren Gewichtung im Nebeneinander noch vorgenommen werden muss. Es eröffnet sich daher ein Handlungsspielraum oder „moralischer Ermessensspielraum“ [Rössler 1991, S. 144], der durch ein ethischen Regelwerk nicht abgedeckt werden kann. Die Suche nach einem ethischen Totalsystem dürfte scheitern, da „die Grenzen der Ethik ... genau dort erreicht [sind], wo es um Entscheidungen im Einzelfall geht“ [Beckmann 1997, S. 59].

An ethical code cannot provide the answer to specific ethical problems. Rather than dictating particular actions a code should describe the ethical environment for the delivery of health care and reflect its character and general approach. ... it is in the nature of the work of professions that there remains individual responsibility for ethical practice. ... Ethical codes can give shape and structure to our moral environment and summarise our ethical position while leaving ethical responsibility with the individual practitioner. ... An ethical code can facilitate the discussion of ethical issues in difficult cases, But what it cannot do is provide the certain answers for the many ethical problems encountered in the course of medical practice. [Limentani 1998, S. 1458]

Einzelfallentscheidungen sind es, die den moralischen Ermessensspielraum prägen und von einer Ethik nicht vorgegeben werden können. Ethisch richtiges Handeln in Krisensituationen bedeutet daher eher, sich in einer Grauzone zurechtfinden als zwischen richtig und falsch urteilen zu können. Am deutlichsten kam dies bei der Beurteilung konkurrierender Ziele einer Militärmedizin zum Tragen. Aber auch die Forderung, Gerechtigkeitsprinzipien, effizienzorientierte Prinzipien und Praktikabilität gleichermaßen zu berücksichtigen, verlangt ein situatives Wägen und Urteilen. Es gibt keinen Goldstandard für die Allokation limitierter Ressourcen in Krisensituationen.

Man könnte einer Krisenmedizin, die allein auf Einzelfallentscheidungen basiert, den Vorwurf fehlender Realisierbarkeit machen. Entscheidungen müssen schnell gefällt werden, der Zeitdruck ist groß, jede Verzögerung würde nur unnötig Leben kosten. Doch wird gerade im Rahmen der Triage eine für den Patienten individuelle Entscheidung gefordert. Die Frage bleibt nur, ob diese Entscheidung allein auf medizinisch-fachlicher Expertise basieren sollte oder aber auch auf einer moralisch-ethischen Kompetenz. „Der Einzelfall

wird ... nicht nur durch den Patienten, sondern gleichermaßen auch durch den Arzt konstituiert. Hier hat seine subjektive Moralität großes Gewicht.“ [Rössler 1991, S. 143]

Mag man auch zugestehen, dass Routineentscheidungen möglicherweise für Leichtverletzte zutreffen, so gilt doch:

Im Grenzbereich zwischen Leben und Tod kann es keine verbindlichen Behandlungsschemata geben. Jeder Patient ist ein Einzelschicksal, dem wir in ärztlicher Eigenverantwortung entsprechen müssen. [Pfenninger et al. 1993, S. 5]

Den guten Arzt muss demnach eine Trias aus fachlicher Expertise, Tugend und moralisch-ethischer Kompetenz kennzeichnen, um eigenverantwortlich den Raum zwischen den durch die Ethik vorgegebenen Grenzen füllen zu können.

Die fachliche Expertise muss dabei nicht weiter ausgeführt werden. Behandlungsprinzipien einer Notfallmedizin gleichen denen einer Krisenmedizin und orientieren sich am Stand der Wissenschaft. Fortbildungen und Training müssen demnach allein aus fachlichen Gründen gefordert sein.

Daneben ist die innere Einstellung, der Charakter des Arztes von entscheidender Bedeutung, welcher insbesondere durch die Tugenden des einzelnen (mit-)gestaltet wird. Tugend (griechisch „ἀρετή“ oder lateinisch „virtus“) bedeutet in gewissem Sinne Tauglichkeit, eine innere Beschaffenheit und Fähigkeit zum sittlichen Verhalten, eine Grundhaltung oder griechisch ἔξις. Tugenden sind nur zu einem gewissen Teil angeboren, wesentlich aber erworben. Der Mensch kann durch persönliche Entscheidungen seine Tugenden wählen, so dass Otto F. Bollnow von Zügen eines selbstgeschaffenen Wesens des Menschen spricht.

Man kann nicht tugendhaft sein wollen. ... Der sittliche Wille richtet sich also immer auf das jeweilige Ziel; die Tugenden aber sind gewissermaßen das Sediment, das sich im wiederholten sittlichen Verhalten des Menschen ablagert, die ungewollt sich dabei ausbildende Form, oder in einem anderen Bild: der Pfad, der sich bildet, indem er begangen wird. [Bollnow 1958, S. 24]

Tugenden verkörpern oder personifizieren dabei Werte, Normen und Moralvorstellungen, denn

Werte, Normen, Moralvorstellungen verschwinden immer dort, wo sie keine personale Trägerschaft, kein persönliches Beleben mehr finden. Wo die beständige Handlung fehlt, eröffnet sich der Raum für andere Vorstellungen. [Dombrowsky 1988, S. 113]

Über den hier anzuführenden Tugendkatalog eines Krisen- oder Militärmediziners ließe sich trefflich streiten, doch möchte ich zumindest die klassischen, von Platon in seiner Πολιτεία formulierten Kardinaltugenden erwähnen. Sie lauten Weisheit (σοφία), Tapferkeit (ἀνδρεία), Selbstbeherrschung / Besonnenheit (σωφροσύνη) und Gerechtigkeit (δικαιοσύνη). Bei einigen Autoren wird zudem die Frömmigkeit (εὐσέβεια) genannt, welche jedoch für die Betrachtung einer krisenmedizinischen Ethik von eher untergeordneter Bedeutung sein dürfte, möglicherweise in der Betreuung Sterbender einen Stellenwert besitzen könnte. Die zentrale Rolle der Gerechtigkeit wurde ausführlich besprochen, doch sei betont, dass hier nicht eine gerechte Allokation gemeint ist, sondern eine eher gerechtigkeitliebende Einstellung des Zuteilers. Die weiteren Begriffe bedürfen einer Übersetzung aus der Antike in unsere Zeit. Σωφροσύνη stellt bei Platon das Fundament aller Tugenden dar und soll die Triebspähre unter die Leitung der Vernunft stellen. Für die Krisenmedizin müsste sie bedeuten, ein Nützlichkeitsdenken zum eigenen Vorteil einem Urteil zum Wohle des Patienten hinten anzustellen. Sie müsste demnach Einhalt gebieten beim Versuch, dem Nebennutzen Vorrang einzuräumen. Die Tapferkeit oder ἀνδρεία findet sich in mehreren Bereichen der Krisenmedizin. Sie bezieht sich nicht nur auf ein Nutzen-Risiko-Prinzip, sondern meint vielmehr auch die Zivilcourage „Nein“ sagen zu können - „Nein“ zu externer Manipulation und unangemessener Instrumentalisierung, ferner den Mut zu haben, an humanitären Zielen festzuhalten. Σοφία schließlich dürfte das kritische Bewusstsein zur Kompromissfindung mit Wägung von Zielen, Prinzipien und Kriterien sein, welches, wenn nötig, ein „zu akzeptierendes Unrecht“ in Kauf zu nehmen weiß. Σοφία meint aber auch ein Wissen darum, der (per se weder guten noch schlechten) Medizin eine ethische Zielsetzung geben zu können. Dabei scheint auch ein "virtue oriented approach to military ethics .. not only feasible but more attractive than traditional approaches such as the utilitarian and contractarian approaches" [Fleming 2001, S. 3].

So, it is not only desirable but, given the nature of contemporary military thinking, necessary for military education to focus on developing certain individual character traits and abilities in military personnel. Mechanical decision procedures and moral "to do / not to do" lists can no longer stand alone. Personnel must be provided with adequate resources to cope with the sorts of situations that they must face and the sorts of demands that will be put on them in today's military. These resources can best, if not only, be provided by adopting a virtue-ethical approach to military education. [Fleming 2001, S. 11]

Die Ausbildung solcher Tugenden geschieht jedoch nicht durch Antizipieren einer ethischen Abfassung oder Akzeptieren vorgegebener Zielsetzungen, Prinzipien und Kriterien. Allein die persönliche Umsetzung mit der leidvollen Erfahrung, nach Abwägen des Einzelfalls, Kompromisse eingehen zu müssen, führt zu einer praktisch-moralischen Kompe-

tenz. Sie entsteht durch Entscheiden, aber auch Fehlentscheiden, weshalb Einübung und Training unabdingbar sind. Den Hintergrund einer derartigen Entscheidung mag die Theorie liefern. Sie stellt Werte, Prinzipien und Normen in Zusammenhang und zeigt Grenzen wie Möglichkeiten auf. Sie führt zur ethisch-theoretischen Kompetenz, welche der praktisch-moralischen ergänzend hinzutritt.

Diese Kompetenz bestimmt die jeweilige Intention zur Entscheidung, welche zum Maßstab für die Güte des Ergebnisses wird. Daher möchte ich ausdrücklich einen intentionalistischen Konsequentialismus im Falle der Krisenmedizin favorisieren.

Das aber bedeutet, daß das individuelle moralische Urteil des verantwortlichen Arztes zur ausschlaggebenden Instanz wird. Nicht eine allgemein verbindliche Norm, die persönliche Gesinnung trifft am Ende die Entscheidung. [Rössler 1991, S. 143]

Zu oft muss Unrecht akzeptiert werden, um überhaupt eine Kompromisslösung erlangen zu können. Eine Ethik, die nur die Handlung (lat.: *actio*) oder das Outcome (gr.: *τέλος*) beurteilt, ist „blind“ für viele Aspekte und verfehlt das Wesentliche eines krisenmedizinischen Entscheidungsprozesses. Am Beispiel der Euthanasie lässt sich zeigen, dass weder ein aktionstheoretischer noch ein teleologischer Ansatz zwischen einer Sterbehilfe zu unterscheiden weiß, welche die Wahrung der Würde des Patienten intendiert oder aber lediglich eine Simplifizierung des Allokationsverfahrens beabsichtigt.

Ein Arzt, welcher in Krisensituationen bestehen will, muss demnach nicht nur fachliche, sondern neben der Ausbildung eines tugendhaften Charakters auch eine moralisch-ethische Kompetenz aufweisen. Diese befähigt zur Situationsreflexion, Folgenabschätzung und kompromissbereiten Entscheidung.

Moral competence must be as urgent as technical and tactical expertise on the battlefield and in every leadership dimension. [Platoni 1994, S. 169]

9. Zusammenfassung

Krisenmedizin gewinnt im Rahmen sich wandelnder Kriegsformen, terroristischer Übergriffe und der Möglichkeit des Einsatzes von Massenvernichtungswaffen erheblich an Bedeutung. Zivile Katastrophenmedizin und militärische Einsatzmedizin stehen daher vor deutlich höheren Herausforderungen. Die vorliegende Arbeit versucht die Konzeption einer krisenmedizinischen Ethik unter Berücksichtigung dreier bereichsspezifischer Problemfelder: die Allokation lebenswichtiger, jedoch begrenzt verfügbarer Ressourcen, die Instrumentalisierung einer Medizin im Dienste des Militärs sowie die Doppelloyaltät des Sanitätsoffiziers.

Unter Beachtung der Werte und Wünsche aller Beteiligten werden Zielsetzungen formuliert. Sie stellen die Grundlage eines dreistufig hierarchischen Prinzipienkonstrukts aus allgemeinen ärztlichen / humanitären Prinzipien, Allokations- i.e. Organisationsprinzipien und Behandlungsprinzipien dar. Die entwickelte Systematik fasst die in der Literatur meist unübersichtlich dargestellten Handlungsgrundsätze zusammen und ergänzt diese bisweilen. Allokationsprinzipien werden einer Differenzierung unterzogen und gliedern sich in Prinzipien, welche ausschließlich den Zugang zum Zuteilungsverfahren festlegen, und solche, die die Verteilung der Ressource regeln. Letztere basieren auf Kriterien. Die Relevanz möglicher Kriterien wird kritisch analysiert. Dabei kann allein dem Alter neben der Überlebenswahrscheinlichkeit ein Stellenwert eingeräumt werden, während Beurteilungen von Patienten basierend auf deren "social worth" strikt abzulehnen sind.

Die Ressourcenzuteilung im Rahmen von Krisensituationen muss unter Berücksichtigung dreier Handlungsgrundsätze erfolgen: Gerechtigkeits- und Effizienzprinzipien zusammen mit einem neu formulierten Praktikabilitätsprinzips. Ein zur Regel oder Norm zusammenfassender Goldstandard ist dabei nicht zu erreichen. Vielmehr muss eine Kompromisslösung auf der Basis einer situativen Prinzipienengewichtung angestrebt werden, weshalb oft ein nicht intendiertes, jedoch „zu akzeptierendes Unrecht“ in Kauf genommen werden muss. Die Beurteilung einer Krisenmedizin wird daher nur im Sinne eines intentionalistischen Konsequentialismus erfolgen können.

Triage versucht einen Ausweg aus diesem Gewichtungsdilemma. Sie kategorisiert Patienten in vier Schweregrade, wobei einer Gruppe die Prognose „Hoffnungslosigkeit“ zugeschrieben wird. Hierdurch werden zwei Bereiche unterschiedlicher Prinzipienengewichtung definiert. Gerechtigkeitsprinzipien wird der Vorzug bei Patienten mit höherer Überlebenswahrscheinlichkeit eingeräumt. Bei Patienten mit niedriger Überlebenswahrscheinlichkeit dominieren effizienzorientierte Prinzipien. Für diese kann unter bestimmten Konditionen eine Euthanasie akzeptiert werden, sofern die Gruppe der als „hoffnungslos“ klassifizierten Patienten einer noch weiteren Differenzierung unterzogen wird.

Krisenmedizin unter dem Diktat des Militärs ist darüber hinaus einer weiteren Problematik ausgesetzt: Die Konkurrenz medizinischer und militärischer Ziele. "Military first" versus "patient first" oder „Mars gegen Asklepios“ scheinen das Spannungsfeld am deutlichsten zu beschreiben. Eine für das Militär instrumentalisierte Medizin verliert ihrer Eigenständigkeit, indem sie sich fremden Imperativen unterordnen muss. Doch weder absolute Eigenständigkeit der Medizin im Einsatz noch vollständige Instrumentalisierung im Sinne des Militärs scheinen zu erstrebenswerten Vorteilen zu führen. Der Sanitätsoffizier personifiziert hierbei den Konflikt zweier Systeme und Ethiken. Ihm kommt die Aufgabe einer temporär unterschiedlichen Gewichtung medizinischer und militärischer Zielsetzungen zu, die auf institutionaler Ebene nicht geleistet werden kann. Die Dominanz militärischer Interessen führt hierbei zu einer Verschiebung weg von der individualethischen hin zu einer eher sozialetischen Position. Sie betrachtet den Patient vorwiegend in seiner Funktionalität als Objekt, während Individualmedizin den Menschen ausschließlich als Subjekt sieht. Gerechtigkeitsprinzipien weichen zunehmend effizienzorientierten Prinzipien, was sich in einem vom Zivilen differenten Gesundheits- bzw. Krankheitsbegriff widerspiegelt.

Zusammenfassend ist für Krisensituationen eine umfassende Medizinethik nicht zu leisten. Eine Ethik wird nur Grenzen und Möglichkeiten aufzeigen können, ohne jedoch den Handlungsspielraum für Einzelfallentscheidungen exakt vorgeben zu können. Ziele und Prinzipien konkurrieren bisweilen, so dass vom einzelnen eine Gewichtung vorgenommen werden muss. Gerechtigkeit, Nützlichkeit und Praktikabilität scheinen dabei gleichermaßen verwirklicht werden zu wollen, was stets Kompromisslösungen erfordert. Die Fähigkeit, sich in dieser Grauzone ethischen Handelns zurechtfinden zu können, erfordert neben medizinisch-fachlicher Expertise eine tugendhafte innere Haltung sowie eine moralisch-ethische Kompetenz und Mündigkeit. Dieser Kompetenz möchte ich größtes Gewicht beimessen. Sie ist die Fähigkeit, ethischen Dilemmata mit situativ unterschiedlicher Kompromissbereitschaft entgegen zu können.

10. Literaturverzeichnis

- Adams, H.-A.: Terrorismus und Medizin: Versorgung nach Einsatz von ABC-Kampfmitteln. In: Dt Ärztebl 101 (2004), S. B703-B706
- Alles, T.; Osterkamp, W.: Die materielle Ausstattung des Sanitätsdienstes im Einsatz. In: Wehrmedizin und Wehrpharmazie 24 (2000), Heft 1, S. 46-54
- Allgöwer, M.: Allgemeine und spezielle Chirurgie, Springer, Berlin 1982, 4. Auflage
- Altes Testament, Genesis 7,21
<http://www.bibel-online.net/buch/01.1-mose/7.html#7,21>
- Amelung, E.: Vorwort. In: Amelung, E. (Hrsg.): Ethisches Denken in der Medizin. Ein Lehrbuch. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo, Hong Kong, Barcelona, Budapest 1992, S. V-IX (a)
- Amelung, E.: Die drei Ebenen medizinethischer Probleme. Die kulturelle Ebene. In: Amelung, E. (Hrsg.): Ethisches Denken in der Medizin. Ein Lehrbuch. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo, Hong Kong, Barcelona, Budapest 1992, S. 45-53 (b)
- Amelung, E.: Christliche und humanistische Ethik. In: Amelung, E. (Hrsg.): Ethisches Denken in der Medizin. Ein Lehrbuch. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo, Hong Kong, Barcelona, Budapest 1992, S. 71-91 (c)
- Appel, H.L.: Medicine and war. In: NEJM 327 (1992), S. 1096
- Ärzte ohne Grenzen: Fünf Mitarbeiter von Ärzte ohne Grenzen getötet, 02.06.2004
<http://www.aerzte-ohne-grenzen.at/site/global/report.html?id=5742>
- Ärzttekammer Niedersachsen: Wegweiser Medizinische Katastrophenhilfe: Schwerpunkt ärztlicher Hilfe bei Großunfällen und zivilen Katastrophen. Handbuch für den Katastrophenschutz. Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Hannover 1982
- Augst, P.: Triage bei Verbrennungsverletzungen. In: Mayer J. (Hrsg.): Katastrophenmedizin oder die Lehre vom ethisch bitteren Handeln. Jungjohann, Neckarsulm, München 1987, S. 55-70
- Bader, H.: Katastrophenmedizin. In: Bader, H.: Kurzes Lehrbuch der Ethik in der Medizin. 2005
http://www.baderbuch.de/ethik/IV__Leben_erhalten/B_Lebenskrisen/8_Katastrophen/8_katastrophen.html
- Baumeier, W.: Katastrophen: Großes Erstaunen. In: Dt Ärztebl 100 (2003), S. B2031-B2032 [Zum Beitrag: Sefrin, P.; Weidringer, J.W.; Weiss, W.: Sichtungskategorien und deren Dokumentation. In: Dt Ärztebl 100 (2003), S. B1711-B1712]

- Beckmann, J.P.: Zur Frage der ethischen Legitimation von Handeln und Unterlassen angesichts des Todes. In: Mohr, M.; Kettler, D. (Hrsg.): Ethik in der Notfallmedizin. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, Barcelona, Budapest, Hong Kong, London, Mailand, Paris, Santa Clara, Singapur, Tokio 1997, S. 57-67
- Beleites, E.: Bundesärztekammer: Grundsätze zur Sterbebegleitung neu gefasst. In: Dt Ärztebl 101 (2004), S. B1075
- Benatar, S.R.: Medical ethics in times of war and insurrection: Rights and duties, J Med Humanit 14 (1993), S. 137-147
- Billroth, T.: Aus den Kriegs-Lazarethen in Weissenburg und Mannheim 1970. IV. Mannheim, 17. September. Noch einmal die Johanniter und die Hilfsvereine. - Krieg und Darwinismus. - „Lass mir a Ruh!“. Verlag von August Hirschwald, Berlin 1872, S. 16-20
- Bleker, J.: Einleitung. Medizin im Dienst des Krieges - Krieg im Dienst der Medizin. Zur Frage der Kontinuität des ärztlichen Auftrages und ärztlicher Werthaltungen im Angesicht des Krieges. In: Bleker, J.; Schmiedebach, H.-P. (Hrsg.): Medizin und Krieg - Vom Dilemma der Heilberufe 1865-1985. Fischer Taschenbuch Verlag GmbH, Frankfurt am Main 1987, S. 13-25 (a)
- Bleker, J.: Vor und nach Hiroshima - Kontinuität oder Veränderung? Vom „Sortiergeschäft im Großen“ zur „Triage“. Das Problem der Krankensichtung im Krieg. In: Bleker, J.; Schmiedebach, H.-P. (Hrsg.): Medizin und Krieg - Vom Dilemma der Heilberufe 1865-1985. Fischer Taschenbuch Verlag GmbH, Frankfurt am Main 1987, S. 211-231 (b)
- Bleker, J.: Vor und nach Hiroshima - Kontinuität oder Veränderung? Die Diskussion über Medizin und Krieg in der Bundesrepublik nach 1945. Ein Überblick. In: Bleker, J.; Schmiedebach, H.-P. (Hrsg.): Medizin und Krieg - Vom Dilemma der Heilberufe 1865-1985. Fischer Taschenbuch Verlag GmbH, Frankfurt am Main 1987, S. 232-255 (c)
- Böckle, F.: Ethik ärztlichen Handelns in der Katastrophe. In: Z Allg Med 59 (1983), S. 851-855
- Bollnow, O.F.: Wesen und Wandel der Tugenden. Verlag Ullstein GmbH, Frankfurt am Main, Berlin, Wien 1958
- Bonk, G.; Bruns, F.; Charrier, A.; Löwenthal, S.: Rettungsaktionen bei Zivilkatastrophen. In: Mayer J. (Hrsg.): Katastrophenmedizin oder die Lehre vom ethisch bitteren Handeln. Jungjohann, Neckarsulm, München 1987, S. 126-131
- Borden Institute: Textbooks of military medicine. Washington
<http://das.cs.amedd.army.mil/textbook.htm>

- Brock, L.; Elliesen, T.: Humanitäre Intervention. Zur Problematik militärischer Eingriffe in innerstaatliche Konflikte. In: Hein, W. (Hrsg.): Umbruch in der Weltgesellschaft. Auf dem Wege zu einer „Neuen Weltordnung“? Deutsches Übersee-Institut, Hamburg 1994, S. 383-420
- Bruns, F.: Vorwort. In: Mayer J. (Hrsg.): Katastrophenmedizin oder die Lehre vom ethisch bitteren Handeln. Jungjohann, Neckarsulm, München 1987, S. 1-2
- Bulletin of medical ethics (no author listed): Doctors and the rules of war - the Geneva Conventions. In: Bull Med Ethics 65 (1991), S. 19-22
- Bundesärztekammer: Beschlussprotokoll des 105. Dt. Ärztetages vom 28.-31. Mai 2002 in Rostock: Kriegsgefahr und Katastrophenmedizin
http://www.bundesaerztekammer.de/30/Aerztetag/105_DAET/03Beschluss/Top6/Ethik/07.html
- Bundesminister der Verteidigung: Zentrale Dienstvorschrift - Die dringliche Kriegschirurgie (ZDv 49/50), Bonn 1961
- Bundesminister der Verteidigung: Zentrale Dienstvorschrift - Humanitäres Völkerrecht in bewaffneten Konflikten (ZDv 15/2), Bonn 1992
- Bundesministerium der Verteidigung - Führungsstab der Streitkräfte I 3 (Hrsg.): Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland. Roco-Druck GmbH, Wolfenbüttel 1991
- Busse, H.: Soldaten ohne Waffen - Das Sanitätskorps in Krieg und Frieden. Kurt-Vowinckel-Verlag, Berg am See 1990
- Calabresi, G.; Bobbitt, P.: Reine Allokationsverfahren. In: Lübke, W. (Hrsg.): Tödliche Entscheidung - Allokation von Leben und Tod in Zwangslagen. mentis, Paderborn 2004, S. 55-74
- Carnegie, D.: Grundregeln für den Umgang mit Menschen. Man muß den Fisch mit einem Köder locken, der ihm schmeckt. In: Carnegie, D. (Hrsg.): Wie man Freunde gewinnt. Scherz Verlag, Bern, München, Wien 2002, S. 60-78
- Clade, H.: 106. Deutscher Ärztetag, TOP V: Tätigkeitsbericht - Gesundheits- und Berufspolitik. Katastrophenschutz, Klinikfinanzierung, Gebührenordnung. In: Dt Ärztebl 100 (2003), S. B1244-B1246
- Clausen, L.: The rise of catastrophes. In: Frey R.; Safar P. (Hrsg.): Disaster Medicine. Springer, Berlin, Heidelberg, New York 1980, S.19-21
- Daase, C.: Der Krieg ist ein Chamäleon. Zum Formenwandel politischer Gewalt im 21. Jahrhundert. In: Forum Locom 4 (2002), S. 6
- Daerr, E.: Wesen und Aufgabe der Wehrmedizin. In: Klotz, A. (Hrsg.): Jahrbuch der Wehrmedizin des Sanitätswesens der Bundeswehr. Folge 1. Wehr und Wissen Verlagsgesellschaft mbH, Darmstadt 1967, S. 12-13
- Daerr, E.: Katastrophenmedizin. In: Notfallmedizin 9 (1977), S. 420-427
- Dolev, E.: Ethical issues in military medicine. In: Isr J Med Sci 32 (1996), S.785-788.

- Dombrowsky, W.R.: Katastrophenabläufe. Eine Phasendarstellung in soziologisch-praktischer Absicht. In: Messerschmidt, O.; Weithaler, K.L. (Hrsg.): Vorträge zum Partnerschaftstreffen „Psychobiologie extremer Belastungssituationen“. Bd. 8. Deutsche und Österreichische Gesellschaft für Wehrmedizin und Wehrpharmazie, München, Innsbruck 1988, S. 105-118
- Eastman, A.B.; West, J.G.: Trauma. Field triage. Appleton & Lang, Norwalk / Connecticut, San Mateo / California 1991
- Eberle, H.: Triage. In: Lanz, R.; Rossetti, M. (Hrsg.): Katastrophenmedizin. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart 1980, S. 29-33
- Eigler, G.: Platon Werke. Bd. 4. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt 1990, 2. Auflage
- Ekkernkamp, A.; Matthes, G.: Chirurgische Maßnahmen im Katastrophenfall bei Patienten mit Kombinationstraumen / Versorgungsstrategien bei polytraumatisierten Patienten. In: Bundesministerium des Inneren (Hrsg.): Katastrophenmedizin - Leitfaden für die ärztliche Versorgung im Katastrophenfall. Offizin Hildenburghausen GmbH, Berlin 2002, 2. Auflage, S. 79-89
- Engelhardt, D.v.: Ethik in der Notfallmedizin. Angermühler Gespräche Medizin-Ethik-Recht, Bd. 15
<http://www.klinik-angermuehle.de/klinik/a-index.htm>
- Engelhardt, D.v.: Zur Begründung ethischer Prinzipien in der Notfallmedizin. In: Mohr, M.; Kettler, D. (Hrsg.): Ethik in der Notfallmedizin. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, Barcelona, Budapest, Hong Kong, London, Mailand, Paris, Santa Clara, Singapur, Tokio 1997, S. 19-30
- Fink, S.L.: Physician groups and the war in Kosovo: Ethics, neutrality, and interventionism. In: JAMA 283 (2000), S. 1200
- Fischer-Homberg, E.: Im Dienst der Vaterländischen Sache - Deutsche Medizin im Ersten Weltkrieg. Der Erste Weltkrieg und die Krise der ärztlichen Ethik. In: Bleker, J.; Schmiedebach, H.-P. (Hrsg.): Medizin und Krieg - Vom Dilemma der Heilberufe 1865-1985. Fischer Taschenbuch Verlag GmbH, Frankfurt am Main 1987, S. 122-132
- Flashar, H.: Aristoteles Nikomachische Ethik. Akademie Verlag GmbH, Berlin 1991, 9. Auflage
- Fleming, D.: The virtues of the military: Does virtue ethics have a place in military thinking? 2001 Berkeley - Stanford Conference
<http://www-philosophy.stanford.edu/papers/Fleming.pdf>
- Frykberg, E.R.; Tepas, J.J.: Terrorist bombings. Lessons learned from Belfast to Beirut. In: Ann Surg 208 (1988), S. 569-576.

- Gahl, K.: Beziehung zwischen Arzt und Patient. In: Kahlke, W.; Reiter-Theil, S. (Hrsg.): Ethik in der Medizin. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart 1995, S. 23-33
- Gatzemeier, M.: Arbeitsverweigerung aus Gewissensgründen. Philosophische Überlegungen zum „Neusser Ärztefall“. In: W & F Wissenschaft und Frieden 3 (1989)
<http://www.uni-muenster.de/PeaCon/wuf/wf-89/8930501m.htm>
- Gerngroß, H.: Einsatzchirurgie: Definition und Spektrum. In: Wehrmedizin und Wehrpharmazie 25 (2001), Heft 3, S. 30-35
- Goldschmidt, O.: Historische Betrachtung zur Qualitätssicherung und Ethik medizinischer Behandlung
http://www.medizin-ethik.ch/publik/historische_betrachtungen.htm
- Goltermann, R.: Triage als zentrales Merkmal der Katastrophenmedizin. In: Mayer J. (Hrsg.): Katastrophenmedizin oder die Lehre vom ethisch bitteren Handeln. Jungjohann, Neckarsulm, München 1987, S. 8-54
- Graff, B.: Globalisierung der Unsicherheit. In: Süddeutsche Zeitung (online), 11.09.2001
<http://www.sueddeutsche.de/kultur/artikel/143/9134/print.html>
- Green, L.: War law and the medical profession. In: Bourne, C.B. (Hrsg.): Canadian Yearbook of International Law. Vol. 17. University of British Columbia Press, Georgetown ON 1979, S. 159-205
- Groeschel, K.: Die Bundeswehrlazarette - Zentren praktischer Wehrmedizin. In: Klotz, A. (Hrsg.): Jahrbuch der Wehrmedizin des Sanitätswesens der Bundeswehr. Folge 1. Wehr und Wissen Verlagsgesellschaft mbH, Darmstadt 1967, S. 43-49
- Grundhewer, H.: Institutionalisierung und Funktionalisierung der Humanität im Krieg am Ende des 19. Jahrhunderts. Von der freiwilligen Kriegsrankenpflege bis zur Einbindung des Roten Kreuzes in das Heeressanitätswesen. In: Bleker, J.; Schmiedebach, H.-P. (Hrsg.): Medizin und Krieg - Vom Dilemma der Heilberufe 1865-1985. Fischer Taschenbuch Verlag GmbH, Frankfurt am Main 1987, S. 29-44
- Gunn, M.J.; McCoubrey, H.: Medical ethics and the law of armed conflict. In: Journal of Armed Conflict Law 3 (1998), S. 133-161
- Häfner, B.: 40 Jahre im Dienst der Menschlichkeit. In: Wehrmedizin und Wehrpharmazie 24 (2000), Heft 1, S. 24-28
- Harris, J.: Einleitung zur deutschen Ausgabe. In: Wolf, U. (Hrsg.): Der Wert des Lebens. Eine Einführung in die medizinische Ethik. Akademie Verlag GmbH, Berlin 1995, S. 30-32 (a)
- Harris, J.: Wesen, menschliche Wesen und Personen. Was meinen wir mit „Wert“? In: Wolf, U. (Hrsg.): Der Wert des Lebens. Eine Einführung in die medizinische Ethik. Akademie Verlag GmbH, Berlin 1995, S. 33-60 (b)

- Harris, J.: Müssen Ärzte ihren Patienten helfen? In: Wolf, U. (Hrsg.): Der Wert des Lebens. Eine Einführung in die medizinische Ethik. Akademie Verlag GmbH, Berlin 1995, S. 86-105 (c)
- Harris, J.: Töten: eine Form der Fürsorge? In: Wolf, U. (Hrsg.): Der Wert des Lebens. Eine Einführung in die medizinische Ethik. Akademie Verlag GmbH, Berlin 1995, S. 106-133 (d)
- Harris, J.: Der Wert des Lebens. In: Wolf, U. (Hrsg.): Der Wert des Lebens. Eine Einführung in die medizinische Ethik. Akademie Verlag GmbH, Berlin 1995, S. 134-164 (e)
- Harris, J.: Achtung der Person II. In: Wolf, U. (Hrsg.): Der Wert des Lebens. Eine Einführung in die medizinische Ethik. Akademie Verlag GmbH, Berlin 1995, S. 295-324 (f)
- Hartwig, S.: Hoffnung für Opfer. In: loyal - Magazin für Sicherheitspolitik (2002) Heft 5, S. 32-33
- Hastedt, H.: Gerechtigkeit. In: Hastedt, H.; Martens, E. (Hrsg.): Ethik - Ein Grundkurs. Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH, Reinbek bei Hamburg 1994, S. 198-214
- Havard, J.; Haslegrave, M.; Huggard, R.: Medical ethics and human rights. Guiding principles (Commonwealth Medical Association). In: J Int Bioethique 6 (1995), S. 250-254
- Hawley, A.: A form of human intercourse? In: Mil Med 162 (1997), S. 597-600
- Heberer, G.: Katastrophenmedizin im Einklang mit humanitären ärztlichen Grundsätzen. In: Fortschr Med 43 (1983), S. 1951-1952
- Hobbes, T.: Leviathan. Suhrkamp, Frankfurt am Main 1992, 5. Auflage
- Hofferbert, M.: Rechtliche Aspekte der Katastrophenmedizin. In: Mayer J. (Hrsg.): Katastrophenmedizin oder die Lehre vom ethisch bitteren Handeln. Jungjohann, Neckarsulm, München 1987, S. 137-160
- Hoffmann, R.: Der neue Sanitätsdienst - Einsatzkonzept und Struktur. Vortrag auf dem Fortbildungslehrgang für Sanitätsoffiziere, Dresden 13.12.2001
- Homer: Odyssee. Übers. von H. Voß, Goldmann Verlag, München 1980
- Homer: Ilias. Übers. von H. Voß, Goldmann Verlag, München 1989, 3. Auflage
- Howe, E.G.: Ethical issues regarding mixed agency of military physicians. In: Soc Sci Med 23 (1986), S. 803-815
- Howe, E.G.: Ethical aspects of military physicians treating patients with HIV/part one: The duty to warn. In: Mil Med 153 (1988), S. 7-11 (a)
- Howe, E.G.: Ethical aspects of military physicians treating patients with HIV/part two: The duty to take initiative. In: Mil Med 153 (1988), S. 72-76 (b)

- Hubenstorf, M.: Institutionalisierung und Funktionalisierung der Humanität im Krieg am Ende des 19. Jahrhunderts. Von der Medizinischen Reform zum „Leibregiment des Hauses Hohenzollern“ - Ärzte, Krieg und Frieden im Jahre 1870/71. In: Bleker, J.; Schmiedebach, H.-P. (Hrsg.): Medizin und Krieg - Vom Dilemma der Heilberufe 1865-1985. Fischer Taschenbuch Verlag GmbH, Frankfurt am Main 1987, S. 45-89
- Illhardt, F.J.; Piechowiak, H.: Mittelverteilung. In: Kahlke, W.; Reiter-Theil, S. (Hrsg.): Ethik in der Medizin. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart 1995, S. 126-133
- Irrgang, B.: Einleitung: Das traditionelle Standesethos und die Verwissenschaftlichung und Technologisierung der Medizin. In: Irrgang, B. (Hrsg.): Grundriß der medizinischen Ethik. Ernst Reinhardt Verlag, München, Basel 1995, S. 11-26 (a)
- Irrgang, B.: Medizinische Ethik als problemorientierte professionelle Ethik. In: Irrgang, B. (Hrsg.): Grundriß der medizinischen Ethik. Ernst Reinhardt Verlag, München, Basel 1995, S. 27-62 (b)
- Irrgang, B.: Ärztliche Fürsorge oder Selbstbestimmungsrecht des Patienten: Grundsätze, Regeln und Kriterien medizinischer Ethik. In: Irrgang, B. (Hrsg.): Grundriß der medizinischen Ethik. Ernst Reinhardt Verlag, München, Basel 1995, S. 63-97 (c)
- Jachertz, N.: Ärzte gegen Atomkrieg - Die Gefahr ist nicht gebannt. In: Dt Ärztebl 99 (2002), S. B1115-B1116
- Jachertz, N.: 106. Deutscher Ärztetag: Schritt für Schritt. Entschlüsseungen zum Tagesordnungspunkt III. Palliativmedizinische Versorgung in Deutschland. Dt Ärztebl 100 (2003), S. B1262-B1263
- Kahlke, W.; Reiter-Theil, S.: Lernziele für die Auseinandersetzung mit ethischen Problemen. In: Kahlke, W.; Reiter-Theil, S. (Hrsg.): Ethik in der Medizin. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart 1995, S. 17-22
- Kant, I.: Grundlegung zur Metaphysik der Sitten. In: Weischedel, W. (Hrsg.): Werke in zehn Bänden. Bd. 6. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt 1983, S. 7-102
- Katastrophenschutzgesetz des Landes Brandenburg (BbgKatSG) vom 11. Oktober 1996, in der Fassung vom 28.06.1999 (GVBl. I 1996 S. 278, GVBl. I 1999 S. 258). In: Arbeitsgemeinschaft in Brandenburg tätiger Notärzte e.V.:
http://www.copyworxx.de/agbrn/index.php?agbrn=17&law_id=14
- Kautz, H.: Im Katastrophen-Fall gibt's keine Rücksicht auf das Fachgebiet. In: Ärzte Zeitung (online), 28.09.2001
<http://www.aerztezeitung.de/docs/2001/09/28/174a0301.asp>
- Kirchhoff, R.: Elementarhilfe im Katastrophenfall. In: Kirchhoff, R.; Linde, H.-J. (Hrsg.): Reaktorunfälle und nukleare Katastrophen. Ärztliche Versorgung Strahlengeschädigter. Perimed, Erlangen 1984, 2. Auflage, S. 115-122 (a)

- Kirchhoff, R.: Katastrophenarten. In: Kirchhoff, R. (Hrsg.): Triage im Katastrophenfall - Ärztliche Sofortmaßnahmen im Katastrophengebiet. Perimed, Erlangen 1984, S. 11-17 (b)
- Kirchhoff, R.: Katastrophenhilfe. In: Kirchhoff, R. (Hrsg.): Triage im Katastrophenfall - Ärztliche Sofortmaßnahmen im Katastrophengebiet. Perimed, Erlangen 1984, S. 18-29 (c)
- Klinkhammer, G.: TOP III: Palliativmedizinische Versorgung in Deutschland. Eine Alternative zur aktiven Euthanasie. In: Dt Ärztebl 100 (2003), S. B1235-B1237
- Knust, F.: Philosophie der Biologie. Altruismus - Nur eine Strategie von Egoisten? Humboldt Universität zu Berlin 1998
<http://user.cs.tu-berlin.de/~flocki/ernst/Altruismus-GenEgoismus.html>
- Kornwachs, K.: Analytische Ethik. Blockseminar im Humboldt-Zentrum für Geisteswissenschaften der Universität Ulm vom 28.02.-01.03.2000 (a)
- Kornwachs, K.: Das Prinzip der Bedingungserhaltung: Eine ethische Studie. Lit Verlag, Münster 2000 (b)
- Kraus, M.R.; Wilms, K.: Verteilungsgerechtigkeit in der Medizin vor dem Hintergrund beschränkter Mittel. In: Groß, D. (Hrsg.): Zwischen Theorie und Praxis: Traditionelle und aktuelle Fragen zur Ethik in der Medizin. Königshausen & Neumann, Würzburg 2000, S. 115-125
- Lang, U.F.: Oktoberfest-Triage-Evaluationsstudie 1998 (OTES '98). Dissertation, Medizinischen Fakultät, Ludwig-Maximilians-Universität zu München (2002)
http://edoc.ub.uni-muenchen.de/archive/00000363/01/Lang_Ursula.pdf
- Langhorst, M.: Verletzensammelstelle. Notfall- & Rettungsmedizin 2 (1999), S. 353-358
- Lanz, R.: Chirurgische Taktik und Technik beim Massenansturm - Triage im Krankenhaus. In: Langenbecks Arch Chir 349 (1979), S. 225-227
- Larenz, K.: Bürgerliches Gesetzbuch. Deutscher Taschenbuch Verlag, München 1990, 31. Auflage
- Lautenegger, A.F.: Katastrophenmedizin im Zivilschutz: Grundbegriffe und Aufgaben. In: Notfallmedizin 3 (1977), S. 273-277
- Lim, M.K.: War and the medical profession. In: Ann Acad Med Singapore 26 (1997), S. 1-2
- Limentani, A.E.: An ethical code for everybody in health care. In: BMJ 316 (1998), S. 1458-1460
- Livingston, G.: Serving two masters: The ethical dilemmas that military medical students want to avoid - but can't. In: The Washington Post, 22.12.1996, C3
- Llewellyn, C.H.: Triage in austere environments and echeloned medical systems. In: World J Surg 16 (1992), S. 904-909

- Lock, P.: Gibt es ökonomische Strukturen, die Gewalt und Terror hervorbringen? Thesen für die Tagung "Zivile Konfliktbearbeitung im Schatten des Terrors" der Evangelischen Akademie Loccum, 25.09.2002
<http://www.peter-lock.de/frame.php?datei=/txt/loccumt.html>
- Lübbe, W.: Einleitung. In: Lübbe, W. (Hrsg.): Tödliche Entscheidung - Allokation von Leben und Tod in Zwangslagen. mentis, Paderborn 2004, S. 7-26
- Manz, H.G.v.: Das Verständnis von Ethik. In: Amelung, E. (Hrsg.): Ethisches Denken in der Medizin. Ein Lehrbuch. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo, Hong Kong, Barcelona, Budapest 1992, S. 55-124 (a)
- Manz, H.G.v.: Ethische Kodizes. In: Amelung, E. (Hrsg.): Ethisches Denken in der Medizin. Ein Lehrbuch. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo, Hong Kong, Barcelona, Budapest 1992, S. 209-231 (b)
- Matthies, V.: Was ist das Neue an den neuen Kriegen? Einige Anmerkungen zu der Debatte über neuartige Aspekte gegenwärtiger Gewaltkonflikte. 2003 (a)
als Manuskript des Autors vorliegend
publiziert in: epd-Entwicklungspolitik 8/9 (2003), S. 21-27
- Matthies, V.: Zwischen Krieg und Frieden: Militär in Friedensmissionen, 2003 (b)
nicht publiziertes Manuskript
- McCrary, B.F.: Ethical concerns in the practice of military aviation medicine. In: Aviat Space Environ Med 63 (1992), S. 1109-1111
- Meddings, D.R.: Civilians and war: A review and historical overview of the involvement of non-combatant populations in conflict situations. Med Confl Surviv 1 (2001), S. 6-16
- Menge, H.: Menge-Güthling Langenscheidts Großwörterbuch Griechisch-Deutsch. Langenscheidt, Berlin, München, Wien, Zürich 1987, 26. Auflage
- Merten, M.: Klinische Ethikberatung. Das letzte Wort hat der Arzt. In: Dt Ärztebl 100 (2003); S. B151
- Moniac, R.: Die neue Art des Krieges. In: loyal - Magazin für Sicherheitspolitik (2001) Heft 10, S. 4-5
- Moskop, J.C.: A moral analysis of military medicine. In: Mil Med 163 (1998), S. 76-79
- Müller, T.: Nicht nur Milzbrand ist eine Gefahr - für Biowaffen eignen sich fast 50 unterschiedliche Erreger. In: Ärzte Zeitung (online), 16.10.2001 (a)
http://aerztezeitung.de/docs/2001/10/16/185a0201.asp?cat=/medizin/katastrophe_nmedizin
- Müller, T.: Biowaffen: Kaum Schutz vor dem "dreckigen Dutzend" In: Ärzte Zeitung (online), 31.10.2001 (b)
<http://www.aerztezeitung.de/docs/2001/10/31/196a1201.asp>

- Neff, G.: Importance of psychology of triage. In: Frey, R.; Safar, P. (Hrsg.): Disaster Medicine. Springer, Berlin, Heidelberg, New York 1980, S. 177-181
- Neuneck, G.: Vollklimatisierte „Robo-Soldiers“ - High-Tech-Einsatz in der Kriegsführung. In: W & F Wissenschaft und Frieden (1994) Heft 3
<http://www.uni-muenster.de/PeaCon/wuf/wf-94/9430501m.htm>
- Nietzsch, J.: Risikoproblematik moderner Waffensysteme - Modellfall SDI. In: W & F Wissenschaft und Frieden (1987) Heft 3
<http://www.uni-muenster.de/PeaCon/wuf/wf-87/8730600m.htm>
- Noichl, F.: Medizin und die begrenzten Ressourcen. Ethische Überlegungen zum Problem der Rationierung im Gesundheitswesen. In: SaThZ 5 (2001), S. 167-180
- Nolte, R.: Ethikausschuss im Deutschen Ärztinnenbund. Legalisierung aktiver Sterbehilfe auch in Deutschland? In: Dt Ärztebl 101 (2004), S. B340
- Parfit, D.: Rechenschwache Ethik. In: Lübbe, W. (Hrsg.): Tödliche Entscheidung - Allokation von Leben und Tod in Zwangslagen. mentis, Paderborn 2004, S. 144-157
- Paris, P.M.; Stewart, R.D.; Pelton, G.H.; Porter, G.; Sanzo, A.: Triage success in disasters: Dynamic victim-tracking cards. In: Am J Emerg Med 3 (1985), S. 323-326
- Patzig, G.; Schöne-Seifert, B.: Theoretische Grundlagen und Systematik der Ethik in der Medizin. In: Kahlke, W.; Reiter-Theil, S. (Hrsg.): Ethik in der Medizin. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart 1995, S. 1-9
- Peintinger, M.: Ethische Grundfragen in der Medizin I - Ethische Kodizes. 1998
<http://homepage.univie.ac.at/michael.peintinger/literatur/ethkodiz.pdf>
- Pellegrino, E.D.: Societal duty and moral complicity: The physician's dilemma of divided loyalty. In: Int J Law Psychiatry 16 (1993), S. 371-391
- Pfenninger, E.; Himmelseher, S.: Grenzen der Notfallmedizin. In: Anästh Intensivmed 34 (1993), S. 1-6
- Pieper, J.: Über die Gerechtigkeit. Kösel, München 1954, 2. Auflage
- Platoni, K.T.: The quest for ethical leadership in military medicine. In: Mil Med 159 (1994), S. 169-171
- Ploetz, A.: Grundlinien einer Rassen-Hygiene. I. Theil: Die Tüchtigkeit unsrer Rasse und der Schutz der Schwachen. Ein Versuch über Rassenhygiene und ihr Verhältnis zu den humanen Idealen, besonders zum Socialismus. Fischer, Berlin 1895
- Popper, S.E.: Ethics in human experimentations: Examples in aeromedical research. In: Mil Med 160 (1995), S. 12-15
- Puffendorf, S.v.: Über die Pflicht des Menschen und des Bürgers nach dem Gesetz der Natur. In: Lübbe, W. (Hrsg.): Tödliche Entscheidung - Allokation von Leben und Tod in Zwangslagen. mentis, Paderborn 2004, S. 29-34
- Rabbata, S.: Sterbebegleitung. Euthanasie bleibt tabu. In: Dt Ärztebl 101 (2004), S. B1151

- Rakowski, E.: Zählt die Anzahl, wenn man Leben rettet? In: Lübke, W. (Hrsg.): Tödliche Entscheidung - Allokation von Leben und Tod in Zwangslagen. mentis, Paderborn 2004, S. 158-169
- Rebentisch, E.: Sichtung - eine zwingende ärztliche Aufgabe beim Massenanfall. In: Dt Ärztebl 83 (1986), S. B387-B390
- Rebentisch, E.: Ethik und Recht der Katastrophenmedizin. In: Bundesministerium des Inneren (Hrsg.): Katastrophenmedizin - Leitfaden für die ärztliche Versorgung im Katastrophenfall. Offizin Hildenburghausen GmbH, Berlin 2002, 2. Auflage, S. 13-24
- Rebscher, H.: Ethische Probleme aus dem institutionell-organisatorischen Bereich „Gesundheitswesen“. In: Amelung, E. (Hrsg.): Ethisches Denken in der Medizin. Ein Lehrbuch. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo, Hong Kong, Barcelona, Budapest 1992, S. 125-134
- Rehfeld, P.: Lateinforum. Göttingen 2003
<http://www.lateinforum.de/thesauru/WdAntike/H/homohomi.htm>
- Reifferscheid, M.: Lehrbuch der Chirurgie. Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1983
- Révész, L.; Pommer, H.-J.: Der Arzt im Sowjetreich. Parnassus, Bern 1965
- Röscheisen-Hellkamp, B.: Die Verborgenheit des Unzerstörbaren. Ein anthropologischer Versuch über Krankheit und Gesundheit. Dissertation, Fakultät für Philosophie, Universität Stuttgart (2000)
- Rosenkötter, L.: Triage und Psychiatrie. In: Mayer J. (Hrsg.): Katastrophenmedizin oder die Lehre vom ethisch bitteren Handeln. Jungjohann, Neckarsulm, München 1987, S. 132-136
- Rossetti, M.: Katastrophenmedizin. Besonderheiten und Schwerpunkte der ärztlichen Tätigkeit. In: Lanz, R.; Rossetti, M. (Hrsg.): Katastrophenmedizin. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart 1980, S. 23-28
- Rössler, D.: Moral und Ethik in der Intensivmedizin. In: Intensivmed 28 (1991), S. 141-144
- Ruppert, M.; Widmann, H.J.; Schneider, K.; Schmidbauer, S.; Reith, M.W.; Lackner, C.K.; Schweiberer, L.: Oktoberfest-Triage-Evaluationsstudie 1997 (OTES '97). Prospektive Studie zur Sichtungsqualität von Notfallpatienten unter katastrophenmedizinischen Gesichtspunkten. In: Notfall & Rettungsmedizin 5 (1998), S. 268-278
- Rutherford, W.H.: Let us get rid of the triage officer. In: Frey, R.; Safar, P. (Hrsg.): Disaster Medicine. Springer, Berlin, Heidelberg, New York 1980, S. 282-285
- Sass, H.-M.: Ethische Expertise und Güterabwägung. In: Sass, H.-M.; Viefhues, H. (Hrsg.): Güterabwägung in der Medizin. Ethische und ärztliche Probleme. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo, Hong Kong, Barcelona, Budapest 1991, S. 116-136

- Schapowal, A.G.; Baer, H.U.: Medical ethics in peace and in the armed conflict. In: *Mil Med* 167 (2002), S. 26-31
http://findarticles.com/p/articles/mi_qa3912/is_200208/ai_n9130780/print
- Scharping, R.: Grußwort. In: *Wehrmedizin und Wehrpharmazie* 28 (2001), Heft 4, S. 8
- Schieferstein, E.: Warum nehmen die Krankheiten zu, obwohl die Medizin immer besser wird? In: *W & F Wissenschaft und Frieden* (1987), Heft 4
<http://www.uni-muenster.de/PeaCon/wuf/wf-87/8741300m.htm>
- Schmidt, H.: Humanitäre Intervention - Zur ethischen Problematik eines neuen Typs militärischer Einmischung. In: *W & F Wissenschaft und Frieden* (1995), Heft 4
<http://www.uni-muenster.de/PeaCon/wuf/wf-95/9540501m.htm>
- Schmidt, V.H.: Veralltäglicung der Triage. *Zeitschrift für Soziologie* 25 (1996), S. 419-437
- Schmidt, V.H.: Veralltäglicung der Triage. In: Lübke, W. (Hrsg.): *Tödliche Entscheidung - Allokation von Leben und Tod in Zwangslagen*. mentis, Paderborn 2004, S. 77-103
- Schmiedebach, H.-P.: Am Vorabend des Totalen Krieges. Der Arzt als Gesundheitsoffizier - eine systematische Militarisierung der Medizin von 1933 bis zum Zweiten Weltkrieg. In: Bleker, J.; Schmiedebach, H.-P. (Hrsg.): *Medizin und Krieg - Vom Dilemma der Heilberufe 1865-1985*. Fischer Taschenbuch Verlag GmbH, Frankfurt am Main 1987, S. 191-208
- Schnack, D.: Bomben auf Bagdad - Bilder von Tod, Leid und Zerstörung. In: *Ärzte Zeitung* (online), 05.03.2003
<http://www.aerztezeitung.de/docs/2003/03/05/042a1501.asp?cat=/medizin/katastrophenmedizin>
- Schnell, K.H.: *Disziplinarrecht, Strafrecht, Beschwerderecht der Bundeswehr*. Walhalla u. Praetoria Verlag, Regensburg 1990, 12. Auflage
- Schöne-Seifert, B.: Was sind ‚gerechte‘ Verteilungskriterien? In: Mohr, J.; Schubert, C. (Hrsg.): *Ethik der Gesundheitsökonomie*. Springer, Berlin, Heidelberg, New York 1992, S. 34-44
- Schopenhauer, A.: Die beiden Grundprobleme der Ethik. Behandelt in zwei Akademischen Preisschriften. In: Löhneysen Frhr. W.v.: *Sämtliche Werke*, Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt 1974, S. 481-815
- Seeger, W.; Althoff, A.: Katastrophen - eine Herausforderung. In: *Dt Ärztebl* 99 (2002), S. B2480
- Sefrin, P.: Vorwort. In: Sefrin, P. (Hrsg.): *Grenzsituationen im Rettungsdienst - Reanimation und Tod*. Klinische und Experimentelle Notfallmedizin 10. W. Zuckschwerdt Verlag, München, Bern, Wien, San Francisco 1990, S. VII-IX
- Sefrin, P.: *Handbuch für den Leitenden Notarzt. Sichtung bei Massenanfall*. Ecomed, Landsberg/Lech 1991

- Sefrin, P.; Weidinger, J.W.; Weiss, W.: Sichtungskategorien und deren Dokumentation.
In: Dt Ärztebl 100 (2003), S. B1711-B1712
- Sidel, V.W.: Medicine and war. In: NEJM 327 (1992), S. 1097
- Sidel, V.W.: The roles and ethics of health professional in war. In: Levy, S.L.; Sidel, V.W. (Hrsg.): War and public health. Oxford University Press, Oxford 1997, S. 281-292
- Solana, J.: Die EU-Sicherheitsstrategie - Auswirkungen für die Rolle Europas in einer sich ändernden Welt. Rede im Rahmen des "Dialog Europa" der Otto-Wolff-Stiftung, Berlin 12.11.2003
http://www.iep-berlin.de/mittagsgespraech/mig-2003/mig-03-solana_rede.htm
- Sondermann, G.: Über das Wesen des Arztsoldaten. In: Der Deutsche Militärarzt, 2 (1937), S. 13-19
- Steffan, A.: Alles nur Routine? Interview mit dem Inspekteur des Sanitätsdienstes GOSA Dr. Karl Demmer. In: Y. Magazin der Bundeswehr (2002), Heft 2, S. 28-35
- Stehle, R.: Überlegungen zur Triage bei Großunfällen. In: Notfallmedizin 18 (1992), S. 384-387
- Steinhoff, W.: Triage bei Polytraumata. In: Mayer J. (Hrsg.): Katastrophenmedizin oder die Lehre vom ethisch bitteren Handeln. Jungjohann, Neckarsulm, München 1987, S. 71-80
- Störig, H.J.: Was sollen wir tun? In: Störig, H.J.: Kleine Weltgeschichte der Philosophie. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, Berlin, Köln 1993, 16. Auflage, S. 704-725
- Stratmann, D.: Logbuch der Notfallmedizin. Großschadensereignisse im präklinischen Bereich. Springer, Berlin, Heidelberg 1996
- SZ: Nato-Treffen in Brüssel - „Kriege konventioneller Art gibt es nicht mehr“. In: Süddeutsche Zeitung (online), 12.06.2003
<http://www.sueddeutsche.de/ausland/artikel/800/12788/>
- Taurek, J.M.: Zählt die Anzahl? In: Lübke, W. (Hrsg.): Tödliche Entscheidung - Allokation von Leben und Tod in Zwangslagen. mentis, Paderborn 2004, S. 124-143
- USU Department of Psychiatry: Ethical, legal, and social aspects of medical care. Session III: Military medicine. 08.09.1998
<http://cim.usuhs.mil/genetics/>
- Vastyan, E.A.: Warriors in white: Some questions about the nature and mission of military medicine. Excerpts from Texas reports on biology and medicine 32 (1994), S. 327-342
- Voeltz, P.: Massenansturm von Verletzten. In: Notfallmedizin 11 (1985), S. 1016-1027
- Vollmar, L.C.: Development of the laws of war as they pertain to medical units and their personnel. In: Mil Med 157 (1992), S. 231-236

- Wachsmuth, W.; Rebentisch, E.; Wedel, K.-W.; Röttgen, P.; Felkl, K.: Kriegschirurgie. In: Rebentisch, E. (Hrsg.): Wehrmedizin - Ein kurzes Handbuch mit Beiträgen zur Katastrophenmedizin. Urban & Schwarzenberg, München, Wien, Baltimore 1980, S. 309-387
- Waldrop, R.D.; Harper, D.E.; Mandry, C.: Prospective assessment of triage in an urban emergency department. In: South Med J 90 (1997), S. 1208-1212
- Weidringer, J.W.: Aspekte zur Katastrophenmedizin und Definition ihrer Inhalte und Aufgaben. In: Bundesministerium des Inneren (Hrsg.): Katastrophenmedizin - Leitfaden für die ärztliche Versorgung im Katastrophenfall. Offizin Hildenburghausen GmbH, Berlin 2002, 2. Auflage, S. 25-28
- Whitman, J.P.: Reclaiming the medical profession: The military profession as a model. In: Professional Ethics 4 (1995), S. 3-22
- Widmer-Schlumpf, E.: Faire Mittelverteilung im Gesundheitswesen
http://www.medizin-ethik.ch/publik/faire_mittelverteilung.htm
- Wietersheim, H.v.: Betreuung in der Triagegruppe 4. SEG - Magazin für Schnell-Einsatz-Gruppen 2 (1995), S.170-173
- Wilke, B.; Schneider P.; Schreiber W.: Das weltweite Kriegsgeschehen seit 1945 - Statistisch-empirischer Überblick. In: W & F Wissenschaft und Frieden (1997), Heft 3
<http://www.uni-muenster.de/PeaCon/wuf/wf-97/9730202m.htm>
- Witkowski, P.-K.: Brauchen wir ein neues Bild des Sanitätsoffiziers? Vortrag auf dem 32. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Wehrmedizin und Wehrpharmazie e.V. (VdSO) in Celle, 24.-27.10.2001
als Vortragsmanuskript des Autors vorliegend
- Witzke, H.-J.; Schmidt, H.-D.: Interview mit dem Inspekteur des Sanitätsdienstes, Admiral-oberstabsarzt Dr. Karsten Ocker. In: Wehrmedizin und Wehrpharmazie 27 (2003), Heft 4, S. 9-12
- Wolff, H.-P.: Ethische Güterabwägung in der klinischen Medizin. In: Sass, H.-M.; Viefhues, H. (Hrsg.): Güterabwägung in der Medizin. Ethische und ärztliche Probleme. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo, Hong Kong, Barcelona, Budapest 1991, S. 108-115
- Zoglauer, T.: Die Methode des Überlegungsgleichgewichts in der moralischen Urteilsbildung. In: Mittelstraß, J. (Hrsg.): Die Zukunft des Wissens. 18. Deutscher Kongress für Philosophie, Konstanz 1999, Workshop-Beiträge, Universitätsverlag, Konstanz 1999, S. 977-984
- Zoglauer, T.: Neue Gene - neue Menschen? Die Verlockung eugenischer Anthropotechnik. In: Universitas 54 (1999), S. 1058-1068
- Zoglauer, T.: Frieden durch Recht oder Frieden durch Stärke? Kant und Hobbes im Spiegel der aktuellen politischen Debatte. Vortrag BTU Cottbus, 21.05.2003

11. Danksagung

Mein herzlichster Dank gilt Herrn Prof. Dr. phil. habil. Klaus Kornwachs, Ordinarius für Technikphilosophie der Brandenburgischen Technischen Universität Cottbus. Bereits 1995 begeisterte mich Prof. Kornwachs mit seiner „Einführung in die Ethik“ am Humboldt-Studienzentrum in Ulm und motivierte mich nicht nur zu eingehenderer Auseinandersetzung mit der praktischen Philosophie, sondern auch dazu, das Ulmer Philosophikum zu absolvieren. Unter seiner Anleitung verfasste ich meine Zulassungsarbeit - ihm verdanke ich, die Möglichkeit zur philosophischen Promotion erst erhalten zu haben. Für die Überlassung des Themas, das Vertrauen, den Umfang der Arbeit weitestgehend selbst festlegen zu dürfen, wie auch für die Möglichkeit meine Gedanken und Entwürfe in Vorlesungen und Vorträgen darstellen zu dürfen, danke ich ihm sehr. Seiner ausgezeichneten Betreuung, seinem stets offenen Ohr wie auch vielen guten Hinweisen gilt mein besonderer Dank.

Bedanken möchte ich mich auch bei Marion Gray-Bonke und Nadine Borgard, welche unzählige handschriftliche Literaturexzerpte - sei es in Deutsch oder Englisch - digitalisierten und somit die Grundlage für eine computergestützte Literaturverwaltung ermöglichten. Durch ihre Sorgfalt und Akribie war ein exakter Rückgriff auf viele Zitate und Literaturverweise erst möglich.

Innigsten Dank möchte ich meiner Ehefrau Katy aussprechen, die sich auf charmante Art um mich sorgt. Ihrer unermüdlichen Unterstützung und Geduld ist es zu verdanken, dass die vorliegende Dissertation trotz meiner klinischen wie wissenschaftlichen Tätigkeit verfasst und fertiggestellt werden konnte. Ihr Beitrag kann nicht genug Beachtung finden.

Zutiefst danke ich schließlich meinen Eltern, die mir eine humanistische Schulausbildung zukommen ließen und damit den Grundstein für eine weitere philosophische Auseinandersetzung legten. Sie ermöglichten mir mein Studium und standen jederzeit mit Rat und Tat zur Seite. Ihre Sorge um mich schätze ich sehr. Vielen herzlichen Dank.

12. Lebenslauf

Am 26. Januar 1972 wurde ich, Thomas Bschiepfer, als erster Sohn der Eheleute Josef und Rosemarie Bschiepfer (geb. Schneider) in Augsburg geboren.

Meine Grundschulzeit absolvierte ich in der Konradin-Volksschule Kaufbeuren (1978 - 1980) sowie in der Volksschule Leipheim (1980 - 1982). 1982 trat ich in den neusprachlichen Zweig des Dossenberger-Gymnasiums in Günzburg ein und wechselte 1986 auf das humanistische Gymnasium bei St. Stephan in Augsburg. Hier legte ich 1991 meine Reifeprüfung in den Fächern Griechisch, Biologie, Wirtschafts- und Rechtslehre sowie Mathematik ab und erhielt die Absolvata mit der Gesamtnote 1,2.

Zum 01. Juli 1991 verpflichtete ich mich für 16 Jahre als Soldat auf Zeit und begann meinen Dienst als Sanitätsoffizieranwärter an der Sanitätsschule der Luftwaffe in Giebelstadt. Den sich anschließenden Fahnenjunkerlehrgang wie Offizierlehrgang absolvierte ich jeweils als Jahrgangsbester.

Es folgte das Studium der Humanmedizin an der Universität in Ulm, welches ich zum Wintersemester 1992 begann. Die Ärztliche Vorprüfung (1994) wie die Ärztliche Prüfung (1999) bestand ich jeweils mit der Note 1,66. Am 29. Oktober 2000 erhielt ich meine Approbation als Arzt, 2004 die Zusatzbezeichnung Naturheilverfahren und 2006 die Zusatzbezeichnung Notfallmedizin.

Am 14. November 2002 wurde mir durch die medizinische Fakultät der Universität Ulm der akademische Grad „Doktor der Medizin“ mit dem Gesamturteil „summa cum laude“ verliehen. Der Titel der Dissertation lautet: „Das experimentelle stumpfe Nierentrauma - Biomechanik, Traumaverhalten und bildgebende Diagnostik“. Für die Präsentation dieser Forschungsergebnisse wurde ich bereits 2001 in Genf mit dem „Second Prize Oral Presentation“ der European Association of Urology sowie in München vom Bayerischen Innenminister Dr. Günther Beckstein mit dem Joseph-Ströbl-Förderpreis 2001 ausgezeichnet. 2004 erhielt ich den Poster-Preis der Vereinigung der Mitteldeutschen Urologen e.V.

Das AiP wie die erste Zeit als Assistenzarzt leistete ich auf der chirurgischen, urologischen und anästhesiologischen Abteilung des Bundeswehrkrankenhauses Ulm ab. Zum 01. Oktober 2001 wurde ich zum DDO/DtA NATO E-3A Verband Air Base Geilenkirchen als Fliegerarzt der internationalen Medical Squadron versetzt. Für die Teilnahme am Auslandseinsatz im Rahmen der NATO-Operation „Eagle Assist“ zur Kontrolle und Überwachung des US-amerikanischen Luftraums nach den Ereignissen des 11. September

2001 wurde mir die "Article 5 NATO Medal" sowie die „Einsatzmedaille der Bundeswehr“ überreicht. Ferner war ich im Rahmen des Irakkrieges 2003 an der in der Türkei durchgeführten "Operation Display Deterrence" beteiligt, welche zum Ziel hatte, mit Verteidigungsauftrag den türkischen Luftraum zu sichern.

Am 15. Dezember 2004 trat ich die Stelle eines wissenschaftlichen Assistenten (C1) der Justus-Liebig-Universität Gießen in der Klinik und Poliklinik für Urologie und Kinderurologie an. Schwerpunkt der wissenschaftlichen Tätigkeit ist das Krankheitsbild der "Overactive Bladder". Diesbezüglich erfolgte 2006 ein Studienaufenthalt im Department of Clinical and Experimental Pharmacology der Universität Lund / Schweden. 2005 bis 2006 absolvierte ich das Studienprogramm „Klinische Evaluation“ und erhielt den Förderpreis des Koordinierungszentrums Klinischer Studien des Fachbereich Medizin der Philipps-Universität Marburg.

1994 begann ich an der Universität Ulm das Begleitstudium der Philosophie und bestritt nach Verfassen meiner Zulassungsarbeit mit dem Thema „Tugendethik - das Problem der sogenannten Sekundärtugenden“ das Ulmer Philosophikum mit der Note „sehr gut“. Nach Abschluss meines Humanmedizinstudiums immatrikulierte ich mich 1999 als externer Promotionsstudent an der Universität Cottbus. Vorträge zum hier dargestellten Thema krisenmedizinischer Dilemmata wurden sowohl im Rahmen von Ringvorlesungen, Forschungskolloquien als auch Seminaren gehalten.