

Ethik und Militär

Ausgabe 2015/1

Kontroversen der
Militäretik &
Sicherheitskultur

Den Gegner retten? Militärärzte und Sanitäter unter Beschuss

Hilfe für Verwundete – eine zentrale Pflicht der Menschlichkeit

Dr. Paul Bouvier

Medizin als Waffe – die Ethik von *Winning Hearts and Minds*-Einsätzen

Dr. Sheena M. Eagan Chamberlin

Militärärzte und Sanitäter im Konflikt mit dem Kriegsvölkerrecht

Oberstleutnant d. R. Cord von Einem

Kameraden zuerst? Militärische vor medizinischer Notwendigkeit

Prof. Dr. Michael L. Gross

Ethische Spannungen im Einsatz – Erfahrungen von kanadischen Militärärzten

Dr. Bryn Williams-Jones, Sonya de Laat, Dr. Matthew Hunt, Christiane Rochon, Ali Okhowat, Dr. Lisa Schwartz, Jill Horning

Es geht noch besser! Medizin und die Debatte um *Human Enhancement* bei Soldaten

Dr. Bernhard Koch

Von Rollenkonflikten und Verpflichtungen – Militärärzte sind Ärzte

Dr. Daniel Messelken

Respekt und Distanz – Ärzte ohne Grenzen und das Militär

Dr. Ulrike von Pilar, Birthe Redepenning

Special: Helfer in Gefahr – neue Herausforderungen in bewaffneten Konflikten

***Healthcare in Danger* – wie aus Helfern Opfer werden**

Babak Ali Naraghi

Neue Werte für Sanitäter? Medizinische Ethik in militärischen Kontexten

Generaloberstabsarzt Dr. Ingo Patschke

Erster deutscher Militärpfarrer im Ebola-Gebiet – wer hilft den Helfenden?

Andreas-Christian Tübler im Interview mit Gertrud Maria Vaske

Die Gefahr der „schiefen Ebene“ – Sanitätspersonal zwischen Medizinethik und militärischem Auftrag

Oberfeldarzt Prof. Dr. Ralf Vollmuth

Editorial

Zahlreiche Begegnungen mit Militärärzten und Sanitätern von Hamburg bis Mazar-i-Sharif machten mir deutlich, wie drängend ethische Fragen in der Militärmedizin sind. Das ernsthafte Ringen um Orientierung in einer Zeit, in der sich die Einsatzszenarien und das Aufgabenprofil der Sanität stark verändern, waren der Grund, medizinische Ethik in militärischen Kontexten zu einem Schwerpunktthema zu machen.

Schilderungen aus konkreten Einsatzsituationen illustrieren, dass die Regeln des humanitären Völkerrechts oft nicht problemlos in die Praxis umzusetzen sind. Wen behandle ich angesichts knapper Ressourcen zuerst, die eigenen verwundeten Kameraden, die Zivilisten des Einsatzlandes oder den Gegner?

Nach den Genfer Konventionen von 1949 sind alle am Konflikt beteiligten Parteien verpflichtet, dass Kranke und Verletzte „mit Menschlichkeit behandelt und gepflegt werden, ohne jede Benachteiligung aus Gründen des Geschlechts, der Rasse, der Staatsangehörigkeit, der Religion, der politischen Meinung oder aus irgendeinem ähnlichen Grunde.“ Militärärzte haben eine Doppelrolle zwischen zwei Professionen – Arzt und Offizier –, von der jede ihrem eigenen „*Code of Conduct*“ unterliegt: Welchem Code sollen Militärärzte gerade folgen, dem Ethos ihrer zivilen ärztlichen Kollegen oder dem des militärischen Bezugssystems? Sollen sie ihre Urteile und Entscheidungen allein auf die Prinzipien einer medizinischen Ethik gründen oder gibt es eine spezifische Ethik, die beiden beruflichen Lebens- und Erfahrungswelten Rechnung trägt?

Die medizinische Ethik ist im hippokratischen Eid verwurzelt und die nach wie vor prominentesten Prinzipien der Medizinethik gehen auf die Ethiker Tom I. Beauchamp und James F. Childress zurück. Diese lauten: Respekt vor der Patientenautonomie, das Prinzip, dem Patienten nicht zu schaden, das Patientenwohl und Gerechtigkeit. Daneben gibt es in der Militäréthik zwei zentrale Regeln, die auch im Völkerrecht verankert sind: das Prinzip der Unterscheidung zwischen Kombattanten und Zivilisten und das Prinzip der Proportionalität des Gewaltmitteleinsatzes.

Die Brisanz der Themen und die Notwendigkeit eines internationalen Austauschs wurden auch auf dem Symposium deutlich, das das zebis im vergangenen Jahr in der Katholischen Akademie in München zu Militärmedizinethik veranstaltete. Über 50 Ärzte, Sanitäter, Militärseelsorger und Offiziere diskutierten mit Experten und in Arbeitsgruppen anhand konkreter Einsatzszenarien Verhaltenskodizes, ethische und völkerrechtliche Fragen.

„Den Gegner retten? Militärärzte unter Beschuss“ – die dritte Ausgabe des E-Journals bringt unterschiedliche Professionen und Zugänge, Expertise und Erfahrungen zusammen. Praktiker und Wissenschaftler, Sanitätspersonal und zivile Helfer vertiefen die medizinische, militärische, völkerrechtliche und ethische Debatte.

So wird in den Beiträgen die Diskussion über die „militärische Notwendigkeit“ und die unparteiische medizinische Versorgung in bewaffneten Konflikten durch konträre ethische Positionen abgebildet. Das aktuelle Thema des *Human Enhancement* bei Soldaten, der menschlichen Optimierung, wird

aufgegriffen und die grundsätzliche Frage nach den Möglichkeiten und Grenzen der Zusammenarbeit zwischen zivilen und militärischen Helfern in Konflikt- und Katastropheneinsätzen gestellt.

Mein Dank gilt all denen, die mit dieser Ausgabe unseres E-Journals die wichtige internationale Debatte über medizinethische Fragen in militärischen Kontexten voranbringen. Dafür danke ich den Autoren, den Herausgebern und nicht zuletzt dem Redaktionsteam.



A handwritten signature in black ink, reading "A. Bock". The signature is written in a cursive, flowing style.

Dr. Veronika Bock
Direktorin des zebis

Hilfe für Verwundete – eine zentrale Pflicht der Menschlichkeit

von Dr. Paul Bouvier

Ein grundlegendes, oft vernachlässigtes Problem

In Zeiten von Krieg und bewaffneten Konflikten sind alle Seiten verpflichtet, kampfunfähig gewordene Verwundete und Kranke sowohl bei den eigenen Truppen als auch in den gegnerischen Reihen ohne Unterschied zu retten und zu versorgen. Diese Verpflichtung ist ein zentraler Grundsatz des humanitären Völkerrechts.

Seit einigen Jahren schenken sowohl die Philosophie als auch die Rechts- und Politikwissenschaften dem Umgang mit Feinden beachtliche Aufmerksamkeit – insbesondere angesichts globaler Bedrohungen und des Terrorismus. Bislang galt das Interesse vor allem dem Folterverbot und der Suche nach Antworten auf den Terrorismus; die Versorgung kranker oder verwundeter Gegner blieb bislang weitgehend unbeachtet, so als handele es sich um eine eher zweitrangige Angelegenheit. Möglicherweise erscheint diese Aufgabe als so selbstverständlich und allgemein akzeptiert, dass sie keiner gesonderten Erwähnung bedürfte. Oder vielleicht hofft man, die Erfüllung dieser Pflicht ergäbe sich ganz von selbst durch das Verbot der Anwendung extremer Gewalt und Folter. Diese Annahmen greifen jedoch zu kurz. Die Pflicht, Kranke und Verwundete zu retten und zu versorgen, ist keinesfalls zweitrangig. Sie ist sogar zentraler Bestandteil des humanitären Völkerrechts. Zwar wurde dessen Geltung jüngst in verschiedenen Publikationen über medizinethische Fragen in Konflikten in Frage gestellt. Doch die unparteiische Versorgung verwundeter Gegner könnte durchaus

ein wesentlicher Schritt zur Achtung der Menschenwürde und zur Verhinderung extremer Übergriffe und Gewalt sein.

In diesem kurzen Artikel¹ werden einige ethische Aspekte dieser Verpflichtung erörtert. Ausgehend von der Pflicht, einer Person in Gefahr Hilfe zu leisten, befasst der Artikel sich mit der Versorgung verwundeter Kombattanten und Gegner und versucht, Antworten auf einige ethische Fragestellungen in diesem Zusammenhang zu geben.

Die Pflicht, einem Menschen in Gefahr zu helfen

Sind wir überhaupt moralisch verpflichtet, einem Menschen in Gefahr zu helfen? Oder ist die Hilfeleistung nur eine Nettigkeit, eine Geste für Menschen, die einfach gern anderen Menschen helfen? Für den Philosophen des chinesischen Altertums Mengzi (372 – 289 v. Chr.) oder für Rousseau in der europäischen Neuzeit war die Antwort klar: Einem Menschen in Gefahr Hilfe zu leisten, bedeutet schlicht und einfach, menschlich zu sein. Mit jemandem, der sich in einer Notlage befindet, Mitgefühl zu haben, erschien diesen Autoren als vollkommen natürliche und universell gültige Handlung, die gleichsam den Ursprung jeglicher Moral darstellte. Für Rousseau wie auch für Mengzi ist das Helfen die erste moralische Pflicht, aus der sich weitere Pflichten ableiten.

Andere Philosophen sahen dies jedoch auch als problematisch an. Erstens, weil diese Pflicht auf Mitgefühl und Emotionen basiert. Immanuel Kant (1785) war der Auffassung, dass die Moralphilosophie auf der Vernunft

aufbauen müsse und aus der Pflicht ein universelles ethisches Gesetz erwachsen solle. Wenn jedoch die Ethik zu einer radikalen Pflicht wird, ist altruistisches Handeln unmöglich; es sei denn, es ließe sich verallgemeinern und würde zu einem universellen Gesetz.

Eine zweite Problematik besteht darin, dass sich der Hilfeleistende Gefahren, Mühen und Ausgaben aussetzt, die als über die Verpflichtung hinausgehend empfunden werden können. Dies ist auch die Position von Beauchamp und Childress in ihrer Schrift „Principles of biomedical ethics“ (Prinzipien der biomedizinischen Ethik, 1979), in der sie einen Ansatz entwickeln, der auf vier Grundprinzipien beruht: Selbstbestimmungsrecht, Patientenwohl, Schadensvermeidung und Gerechtigkeit. Während sich ihr Hauptaugenmerk auf die Achtung der Selbstbestimmung des Patienten und des professionellen Helfers richtet, bleibt die Frage der Hilfeleistung für Menschen in Gefahr weitgehend unbeachtet. Nach Auffassung dieser Autoren ist ein Arzt nur dann moralisch verpflichtet, an einem Unfallort einzugreifen, „wenn das damit verbundene Risiko gering ist und sein Eingreifen nur eine geringe Auswirkung auf sein eigenes Leben hat“. „Ein Arzt ist nicht verpflichtet, ein ‚barmherziger Samariter‘ zu sein, er braucht nur ein ‚angemessen guter Samariter‘ (*Minimally Decent Samaritan*) zu sein.“

Zu ähnlichen Schlussfolgerungen gelangt der liberale Moralphilosoph Ruwen Ogien (2007), der einen abgestuften Begriff des „Samaritertums“ einführt. Dessen Grundlage ist die Höhe des Risikos, das für den Helfer besteht. Diese „Mindestethik“ erkennt nur eine eingeschränkte Verpflichtung zur Hilfeleistung an. Die Verpflichtung ist zunächst durch das für den Passanten oder den Rettungssanitäter bestehende Risiko und darüber hinaus auch durch die Aufforderung oder Meinung des Hilfebedürftigen selbst begrenzt. Man ist verpflichtet, Hilfe zu leisten, aber auch, die eigene

Sicherheit und Gesundheit zu schützen sowie die Selbstbestimmung der gefährdeten Person zu achten und diese nicht gegen ihren Willen zu retten.

Vom Nutzen, Leben zu retten

Utilitaristische Ansätze weisen meist auf andere Problemstellungen hin. Die Rettung von Menschen in Gefahr ist kostspielig und kann begrenzte Ressourcen von anderen Aktivitäten abziehen, die einen größeren Nutzen hätten. McKee und Richardson (2003) definieren die *Rule of Rescue* (Rettungsregel) als den moralischen Imperativ, „den Menschen verspüren, eine identifizierbare Person vor einem vermeidbaren Tod zu retten“. Die Verfasser führen an, dass die Rettungshandlung im Widerspruch zur Kosten-Nutzen-Rechnung steht und unter Hinweis auf soziale Ungerechtigkeit und das öffentliche Wohl kritisiert werden kann. Die Rettung hat jedoch einen sozialen Wert: Sie ist die Antwort auf eine Reaktion des „Entsetzens und Schreckens“ und Ausdruck der Wertschätzung in einer Gesellschaft zu leben, die auf Beziehungen gegenseitiger Achtung beruht. Eine Kosten-Nutzen-Rechnung sollte insofern das Bestreben, anderen Menschen in Gefahr Hilfe zu leisten, mit einbeziehen.

Peter Singer (1993) bringt den Aspekt der Nähe mit ein. Er erkennt die moralische Pflicht an, ein Kind zu retten, das vor unseren Augen zu ertrinken droht. Doch trügen wir eine genauso große Verantwortung, weiter entfernt befindlichen Menschen in Not zu helfen, z.B. durch einen Beitrag zu humanitärer Hilfe. Diese Situationen unterscheiden sich jedoch aufgrund der Beziehung zwischen dem Helfer und den potenziell zu rettenden Personen, so Scott James (2007). Im Fall eines ertrinkenden Kindes handelt es sich um einen bestimmten Menschen, der auf den Retter angewiesen ist und dessen Überleben einzig und allein von diesem Retter abhängt. In einer solchen Bezie-

hung der „eindeutigen Abhängigkeit“ bestehe eine klare Pflicht zu handeln.

Kurz gesagt: Die Pflicht, einen Menschen in Gefahr zu retten, ist in den Kulturen, Traditionen, Gesellschaften und Religionen rund um den Erdball tief verwurzelt. Sie gilt a priori, ohne Einschränkung und ohne Unterschied. Gleichzeitig wird sie durch andere Überlegungen wie den Schutz der eigenen Sicherheit und des eigenen Lebens, die Achtung der Würde und Selbstbestimmung der gefährdeten Person, den bestmöglichen Einsatz begrenzter Ressourcen unter Berücksichtigung anderer Hilfebedürftiger sowie die Erfordernis wirksamen und kompetenten Handelns beeinflusst. In dieser Hinsicht sind Personen, die eine besondere Funktion oder Verantwortung innehaben oder über besondere Handlungsmittel verfügen, wie Rettungssanitäter, Ärzte oder Mitarbeiter von Hilfsorganisationen, noch zwingender zum Handeln verpflichtet. Sie sind zusätzlich verantwortlich für den Erhalt ihrer beruflichen Kompetenzen und Fähigkeiten. Als Mensch bin ich somit verpflichtet, persönlich zu handeln, wenn ich mich in einer Situation befinde, in der die Würde oder das Leben eines anderen Menschen von meinem eigenen Handeln abhängt und ich die Möglichkeit habe zu handeln.

Die Versorgung verwundeter Kombattanten

Schon in der Antike waren bei den Streitkräften auch Ärzte tätig, doch ihre Rolle war zumeist nicht klar definiert, und alle Kräfte waren im Wesentlichen auf die Kampftätigkeit ausgerichtet. Verwundete Soldaten wurden auf dem Schlachtfeld zurückgelassen, und einen verwundeten Soldaten hinter die Frontlinie zu transportieren, wurde als eine Flucht vor dem Feind betrachtet. Als Napoleons Militärchirurgen Larrey und Percy (um 1797) eine Art „fliegendes Lazarett“ erfanden, begannen Ärzte, auch mitten auf dem Gefechtsfeld Hilfe zu leisten. Entsprechend ihrem Verständnis

medizinischer Ethik versorgten sie die Verwundeten ohne Unterschied, eigene Landsleute und Feinde gleichermaßen. Sie stellten die Regel der unparteiischen Sichtung (Triage) von Kriegsopfern auf und verteidigten zudem die Unabhängigkeit der medizinischen Versorgung. Die unparteiische und effektive Versorgung der Kombattanten brachte ihnen weithin Anerkennung und Bewunderung ein, sodass der Herzog von Wellington in Waterloo das Kanonenfeuer von den Ambulanzen weg lenkte, um Larrey Zeit zu geben, die Verwundeten zu bergen. Aufgrund ihres Einsatzes im Gefechtsfeld schufen diese beiden Ärzte die ethischen Grundlagen für die Militärmedizin und für humanitäre Hilfseinsätze in Kriegssituationen: Menschlichkeit, Unparteilichkeit, Neutralität (Unantastbarkeit) und funktionale Unabhängigkeit des medizinischen Personals sowie der medizinischen Versorgungseinrichtungen.

Nach der Schlacht von Solferino am 24. Juni 1859 organisierte Henry Dunant die Hilfseinsätze für verwundete Soldaten. Er startete später einen dringenden Aufruf zur Gründung von Hilfsvereinigungen, die in Friedenszeiten organisiert werden sollten. Dies führte zur Gründung des Internationalen Komitees vom Roten Kreuz im Jahr 1863 und zum ersten „Abkommen zur Verbesserung des Loses der Verwundeten der Streitkräfte im Felde“ von 1864, das die Krieg führenden Armeen verpflichtete, allen verwundeten Kombattanten unparteiische Hilfe zu leisten. Krankenhäuser, Sanitätsfahrzeuge und das mit dem Transport und der Versorgung der Verwundeten betraute Personal sollten als neutral anerkannt, geschützt und respektiert werden. Seit über 150 Jahren ist somit die Rettung und Versorgung kampfunfähiger Verwundeter und Kranker eine vorrangige und im Humanitären Völkerrecht verankerte Verpflichtung.

Infragestellung der Versorgung verwundeter Kombattanten

Einige Autoren stellen diese Verpflichtung in Frage und bestreiten den Geltungsbereich bzw. die Anwendbarkeit dieser Verpflichtung. Es folgt ein kurzer Überblick über die Fragen, die Michel Gross in seinem Buch zur Bioethik im Krieg (2006) sowie in verschiedenen Artikeln aufwirft. Zunächst stellt Gross fest, es sei „Ziel der Militärmedizin, die Verwundeten zu retten, die in den Kampf zurückkehren können“. Diese Aussage führt ihn zur kritischen Erörterung einiger grundlegender ethischer und humanitärer Grundsätze. Zunächst zieht er die Fürsorgepflicht des Staates gegenüber Kriegsveteranen und verwundeten Kombattanten in Zweifel. Schwer verwundete Soldaten hätten lediglich das Recht auf medizinische Versorgung, wie es jedem anderen Kranken oder Verletzten auch zukomme. Eine Militärorganisation müsse als medizinische Mindestversorgung für schwer verwundete Soldaten lediglich eine Palliativversorgung gewährleisten. Hinsichtlich der Unparteilichkeit schlägt er vor, dass besondere medizinische Anstrengungen und fachärztliche Versorgung nur denjenigen verwundeten Soldaten zugutekommen solle, die in den Kampf zurückkehren könnten. Schwer verwundete oder erkrankte Soldaten sollten eine qualitativ niedrigere medizinische Versorgung oder lediglich eine palliative Behandlung erhalten. Verwundete und gefechtsunfähige Gegner in Gefangenschaft sollten einen niedrigeren Standard der Versorgung oder Palliativbehandlung erhalten.

Gross ist zudem der Auffassung, Ärzte seien grundsätzlich nicht neutral, sondern der Seite zur Loyalität verpflichtet, auf der sie kämpften. Diese Auffassung macht den Weg frei für folgenreiche Veränderungen in der ethischen Praxis, wie etwa hinsichtlich der Beteiligung medizinischen Personals an Verhören mit fragwürdigen Methoden. Doch weiterhin gilt: Ärzte und Pflegekräfte sind ihren Patienten

unter allen Umständen und in vollem Umfang zu medizinischer Loyalität verpflichtet.² Zwar haben sie als Mitarbeiter der Organisationen, für die sie tätig sind, ebenfalls Pflichten zu befolgen. Diese Verpflichtungen dürfen jedoch weder ihre medizinischen Entscheidungen noch die Patientenversorgung beeinträchtigen. Jede Nichteinhaltung ihrer Pflichten gegenüber den Patienten, insbesondere jeder Bruch der ärztlichen Schweigepflicht, hat katastrophale Auswirkungen auf die medizinische Praxis. Ein solcher Verstoß zerstört das Vertrauen und die Beziehung zwischen Arzt und Patient und ebnet den Weg für die Ausbeutung und den Missbrauch des Patienten. Die ärztliche Schweigepflicht muss stets und unter allen Umständen in vollem Umfang gewahrt bleiben.

Die funktionale Unabhängigkeit der Ärzte von Behörden und Institutionen ist daher auch eine wesentliche Voraussetzung für die militärmedizinische Versorgung von Truppen und Inhaftierten. Militärärzte und Pflegekräfte sind insbesondere im Hinblick auf ihre Sicherheit, Logistik und Stationierung auf die Militärbehörden angewiesen. Doch in der Versorgungspraxis muss ihre Unabhängigkeit stets gewährleistet sein.

Zur Frage der Versorgung verwundeter Gegner zitiert Gross aus Umfragen, die mit Sanitätern und Ärzten durchgeführt wurden. Einige geben an, sie würden eher zunächst den eigenen Kameraden helfen und dann erst verwundete Gegner versorgen. Gross zufolge ist „die bevorzugte Versorgung von Familienmitgliedern und Freunden eine fundamentale moralische Verpflichtung“, und er akzeptiert, dass Sanitäter in der Truppe „aufgrund von Freundschaften und Zusammengehörigkeitsgefühl“ Prioritäten setzten. Doch im Krankenhaus, abseits des Gefechtsfeldes, bestehe die Pflicht zur unparteiischen Versorgung der Patienten.

Dieser Ansatz vermischt unterschiedliche Beziehungen, Rollen und Pflichten. Das Konzept der Versorgungsethik bedeutet nicht, dass Familienmitglieder und Freunde vorgezogen werden dürften. Im Gegenteil geht es darum, zwischen professionellem Helfer und Patienten eine „angemessene Distanz“ herzustellen.³ So sollte ein Arzt nach den Grundsätzen der medizinischen Ethik Familienmitglieder zur medizinischen Versorgung an andere Kollegen überweisen, gerade weil die starke emotionale Bindung sein klinisches Urteil beeinflussen könnte.

In Krisen und bewaffneten Auseinandersetzungen kommt es zu starken emotionalen Spannungen in allen Bereichen. Dies gilt auch für die medizinischen Dienste, wenn es beispielsweise um die Versorgung mutmaßlicher Straftäter oder Terrorverdächtiger geht. Gefühle und Empfindungen müssen bewältigt werden und können keinesfalls rechtfertigen, dass die eigenen Landsleute gegenüber verwundeten Gegnern bevorzugt versorgt werden. Die ethisch richtige Antwort ist hier nicht der Verzicht auf eine unparteiische Hilfeleistung, sondern vielmehr die organisatorische Stärkung der Militärmedizin zur Sicherstellung ihrer funktionalen Unabhängigkeit sowie die Förderung der medizinethischen Ausbildung.

Die von Gross gezogenen Schlüsse leiten sich größtenteils aus der Vorstellung ab, die Militärmedizin folge strategischen Zielen. Diese Annahme öffnet einem Angriff auf die Grundprinzipien der Medizinethik und des humanitären Völkerrechts Tür und Tor. Gross nimmt letztendlich in Kauf, dass Ärzte ihre Schweigepflicht brechen und sich an Verhören oder Folter beteiligen könnten, falls solche Handlungen im nationalen Interesse lägen. So extrem diese Positionen erscheinen mögen, beruhen sie doch auf der Vorstellung, die Militärmedizin trage zur Erreichung strategischer Ziele bei. Doch Notfallrettung und medizinische Versorgung sind unter keinen Umstän-

den strategischen oder politischen Interessen unterzuordnen.

Annäherung an eine ethische Antwort

Ein ethikorientierter Ansatz in der Versorgung kranker oder verwundeter Gegner bedeutet die Anerkennung klarer ethischer Verpflichtungen. Gleichzeitig wird auch die Problematik widersprüchlicher Emotionen sowie ethischer Spannungen und Herausforderungen sichtbar, die sowohl im Kampfgebiet als auch in der praktischen medizinischen Versorgung auftreten können. Um diesen zu begegnen, schlagen wir vor, stets die folgenden ethischen Grundsätze zugrunde zu legen.

Humanität

Die Versorgung und Hilfeleistung gegenüber Menschen in Gefahr ist ein ethischer Imperativ. Diese Verpflichtung hängt nicht von strategischen oder politischen Erwägungen ab.

Unparteilichkeit

Die Notfallrettung und Versorgung von Menschen in Gefahr muss nach medizinischen Gesichtspunkten erfolgen, unabhängig von der Nationalität der Patienten, ihrer Zugehörigkeit zu einer Konfliktpartei oder sonstiger Unterscheidungsmerkmale.

Achtung und Schutz der Würde, der Gesundheit und des Lebens

Menschen, die in gegnerische Hände fallen, befinden sich in einer Situation extremer Abhängigkeit und Verwundbarkeit. Behörden, Rettungskräfte und Gesundheitsdienste sind verpflichtet sicherzustellen, dass die Rettungs- und Versorgungsmaßnahmen keine Gelegenheiten für Missbrauch bieten.

Neutralität der medizinischen Versorgung

Rettungsmaßnahmen und medizinische Versorgung unterliegen keinerlei strategischem Ziel. Nur unter dieser Voraussetzung kann eine diskriminierungsfreie Versorgung von Verwundeten und Kranken erfolgen sowie die medizi-

nische Versorgung von allen Konfliktparteien und -mächten geachtet und geschützt werden.

Einsatz für den Patienten

Der zwischen medizinischem Personal und Patient bestehende Betreuungspakt stellt ein zentrales Element der medizinischen Ethik dar. Er beruht auf dem Grundsatz von Vertrauen und Vertraulichkeit und auf dem professionellen Einsatz für eine kompetente und effektive Versorgung der Patienten.

Unabhängigkeit des medizinischen Personals

Um unparteiisch handeln und sich in vollem Umfang für die Gesundheit und Würde des Patienten einsetzen zu können, muss das medizinische Personal in der medizinischen Versorgung und allen diesbezüglichen Entscheidungen von politischen und militärischen Kräften funktional unabhängig sein. Die Gesundheitsversorgung muss in der Praxis von jeglicher strategischen, politischen oder geheimdienstlichen Zielsetzung unbeeinflusst bleiben. Diese Autonomie muss sich in der Organisation der Versorgung und in den hierarchischen Strukturen widerspiegeln und eine klare Trennung zwischen militärmedizinischen Diensten und Einsatzkommando beinhalten.

Verhältnis zwischen medizinischem Personal und Patient

Das vertrauensvolle, persönliche Verhältnis stellt ein wichtiges Element der Patientenversorgung dar. Dabei sind Probleme zu vermeiden, die sich aus der affektiven und emotionalen Nähe ergeben können. Eine „angemessene Distanz“ ist wie in jedem anderen Pflegeverhältnis einzuhalten. Dies kann in Situationen, in denen Gegner als unmenschlich oder entmenschlicht wahrgenommen werden, große Herausforderungen mit sich bringen. Menschlichkeit muss integraler Bestandteil der Versorgung sein.

Achtung des Lebens und der Sicherheit der professionellen Helfer

Die Rettung und Notversorgung kann Sicherheitsrisiken und Gefahren für Leib und Leben

mit sich bringen. Dies gilt insbesondere in bewaffneten Konflikten. Die bei diesen Einsätzen bestehenden Risiken müssen erkannt, abgewogen und entschärft werden. Ethik verlangt keine Aufopferung, sondern vielmehr geht es im Sinne verantwortungsvollen Handelns um Fürsorge, Großzügigkeit sowie Akzeptanz bestimmter Risiken im Rahmen von Rettungs- und Versorgungsmaßnahmen.

Gleichberechtigter Zugang zu medizinischer Versorgung

Verwundete, Kranke und Inhaftierte, die in den Einflussbereich der gegnerischen Konfliktpartei geraten, haben entsprechend ihrem medizinischen Zustand mindestens das Recht auf das der allgemeinen Bevölkerung zukommende Versorgungsniveau des betreffenden Landes oder Gebiets.

Unabhängigkeit der Justiz

Die unparteiische Versorgung sowie die Wahrung der medizinischen Neutralität, der Unabhängigkeit und einer angemessenen Distanz in der Behandlung der Patienten sind in Situationen extremer Gewalt dadurch zu gewährleisten, dass die Justiz ihre unabhängige Rolle beibehält. Nur so können Rettungskräfte und medizinisches Personal sich vollständig ihren Patienten widmen.

In Situationen extremer Gewalt, die oft mit einem Verlust an Menschlichkeit einhergehen, kann es äußerst schwierig sein, eine angemessene Arzt-Patient-Beziehung herzustellen. So kann ein Konflikt zwischen der Verpflichtung zur Hilfe und Versorgung in Kampfgebieten einerseits und der Gewährleistung der Sicherheit der Helfer andererseits bestehen oder zwischen der Bereitstellung einer guten medizinischen Versorgung und der begrenzten Verfügbarkeit von Ressourcen. Darüber hinaus kann das medizinische Personal in komplexe Zwangslagen geraten, etwa gegenüber der Justiz, wenn es um die Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht oder die Weitergabe von

Informationen über begangene oder geplante Verbrechen geht.

Um diesen Situationen adäquat begegnen zu können, ist ein Ansatz der praktischen Ethik zwingend notwendig. Derartige ethische Fragen lassen sich nicht lösen, indem man einen Teil des Dilemmas ausblendet oder ein einfaches Schema anwendet. Das Ziel der Anwendung der „praktischen Vernunft“ oder der „Klugheit“ („*practical wisdom*“) muss sein, praktische Leitlinien zu entwickeln, die der Menschlichkeit als ethischem Grundsatz am besten zur Geltung verhelfen.⁴ Entscheidungen in ethisch schwierigen Situationen zu treffen, setzt einen Deliberationsprozess und eine Diskussion in einer multidisziplinären Gruppe voraus.

Dem Feind zu helfen, ist zentraler Bestandteil der Ethik

Die Hilfeleistung für Menschen in Gefahr appelliert an grundlegende Emotionen der Menschlichkeit, an Mitleid und Mitgefühl. Eine Situation extremer Bedrohung und Gewalt miterleben, führt zu einer Reaktion des Schreckens und Entsetzens. Wer nicht handelt oder keine Hilfe leistet, empfindet Scham, fühlt sich erniedrigt, gedemütigt und des Menschseins unwürdig. Scham- und Schuldgefühle entstehen, wenn Menschen sich der Passivität und Ohnmacht hingeben oder untätig zusehen, wenn anderen Gewalt angetan wird. Sie fühlen sich unmenschlich. Wer trotz aller Hindernisse Hilfe und unabhängige Unterstützung leistet, nimmt das eigene Menschsein wahr. In seinem Buch „Humanity“ untersucht Glover, in welchen Situationen Menschen sich anderen gegenüber unmenschlich verhalten und wie dies zu einer Entmenschlichung führt. Er führt als Beispiel für Menschlichkeit das Handeln eines Arztes an, der unter äußerst schwierigen Bedingungen in Srebrenica tätig war. Nach dem Krieg erklärte der Arzt, besonders stolz sei er darauf gewesen, dass „in Gefangenschaft

geratene serbische Soldaten im Krankenhaus Seite an Seite mit den bosnischen Soldaten lagen“.⁵

Bei ihren humanitären Einsätzen in Kriegssituationen und bewaffneten Auseinandersetzungen erleben die Mitarbeiter des IKRK (Internationales Komitee vom Roten Kreuz) häufig solche Beispiele von Menschlichkeit. Das IKRK unternimmt zahlreiche Anstrengungen, um dieses Verhalten zu fördern. In Kampfgebieten und belagerten Städten, Flüchtlings- und Inhaftierungslagern erleben IKRK-Vertreter aber auch zahlreiche Beispiele von Missbrauch und extremer Gewalt. Sie kennen daher die schrecklichen Konsequenzen, die eine Vernachlässigung von ethischen Pflichten nach sich zieht, nur allzu gut aus eigener Erfahrung. Die Folgen sind katastrophal, verbreiten sich rasend schnell und hinterlassen dauerhaft Spuren. Das Verbot von Folter und unmenschlicher und herabwürdigender Behandlung gilt absolut; im Namen der Menschlichkeit und in Anerkennung der Menschlichkeit eines jeden Einzelnen. Dieses Verbot stellt an sich noch keine Definition von Menschlichkeit dar, aber es setzt absolute Grenzen, jenseits derer dem Menschen seine Menschlichkeit genommen wird.

Verwundete und Kranke im Krieg zu versorgen und ihnen zu helfen, unabhängig davon, welcher Konfliktpartei sie angehören, Freund und Feind zugleich, ist eine paradigmatische Situation gelebter Menschlichkeit.

1 Dieser Text bezieht sich auf den Artikel Bouvier, P. (2013): The Duty to Provide Care to the Wounded or Sick Enemy, Kap. in: Baer, H. & Messelken, D. (Hrsg.): Tagungsband des 2. ICMM Workshops über Militärische Medizinethik Bern/Zürich. Die in diesem Artikel zum Ausdruck gebrachte Meinung des Verfassers entspricht nicht notwendigerweise der Sichtweise des IKRK.

2 Annas, G. (2008): Military Medical Ethics – Physician First, Last, Always. N. Engl. J. Med. 359, S. 1087-1090.

- 3 Ricœur, P. (2001): Autonomie et vulnérabilité, in: Ricœur, P.: *Le Juste* 2, Paris, S. 104 / Ricœur, P. (2007): Autonomy and vulnerability, in: *Reflections on the Just*, Chicago, S. 271.
- 4 Ricœur, P. (1990): *Soi-même comme un autre*, Paris, S. 312.
- 5 Glover, J. (2001): *Humanity: a moral history of the twentieth century*, London, S. 152.



Dr. Paul Bouvier ist Berater für Gesundheits- und Ethik-Fragen der humanitären Hilfe beim Internationalen Komitee vom Roten Kreuz (IKRK) und Dozent für öffentliche Gesundheit am Institut für Weltgesundheit an der Universität Genf. Als Facharzt für Pädiatrie und Experte für öffentliches Gesundheitswesen arbeitete er sowohl in Afrika im Bereich Mutter-Kind-Gesundheit als auch in der Schweiz in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen und in der Sozialpädiatrie. Er war als medizinischer Delegierter des IKRK im Rahmen von Hilfsmaßnahmen und Gefangenbesuchen in verschiedenen Konfliktgebieten im Einsatz. Seit 2007 ist er Leitender Medizinischer Berater des IKRK für gesundheitliche und ethische Fragen humanitärer Maßnahmen zur Unterstützung und zum Schutz von Opfern in bewaffneten Konflikten. Seit 2012 koordiniert er in 12 Ländern Schulungskurse für humanitäre Einsatzkräfte zu Themen des öffentlichen Gesundheitswesens und zu ethischen Fragen der humanitären Nothilfe.

Dr. Paul Bouvier ist Berater für Gesundheits- und Ethik-Fragen der humanitären Hilfe beim Internationalen Komitee vom Roten Kreuz (IKRK) und Dozent für öffentliche Gesundheit am Institut für Weltgesundheit an der Universität Genf. Als Facharzt für Pädiatrie und Experte für öffentliches Gesundheitswesen arbeitete er sowohl in Afrika im Bereich Mutter-Kind-Gesundheit als auch in der Schweiz in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen und in der Sozialpädiatrie. Er war als medizinischer Delegierter des IKRK im Rahmen von Hilfsmaßnahmen und Gefangenbesuchen in verschiedenen Konfliktgebieten im Einsatz. Seit 2007 ist er Leitender Medizinischer Berater des IKRK für gesundheitliche und ethische Fragen humanitärer Maßnahmen zur Unterstützung und zum Schutz von Opfern in bewaffneten Konflikten. Seit 2012 koordiniert er in 12 Ländern Schulungskurse für humanitäre Einsatzkräfte zu Themen des öffentlichen Gesundheitswesens und zu ethischen Fragen der humanitären Nothilfe.

Medizin als Waffe – die Ethik von *Winning Hearts and Minds*-Einsätzen

von Dr. Sheena M. Eagan Chamberlin

Seit Jahrzehnten wird die Militärmedizin formell als strategisches Instrument eingesetzt und dabei manchmal auch als „nichttödliche Waffe“ bezeichnet, die auf die *hearts and minds* – die „Herzen und Köpfe“ der Bevölkerung – abzielt. Diese Einsätze erfolgen häufig im Kontext größerer Programme, die unter dem Schlagwort humanitäre Hilfe oder Engagement für die Zivilgesellschaft laufen. Mittlerweile stellen medizinisch ausgerichtete humanitäre Hilfsmissionen eine wichtige Komponente bei den aktuellen Einsätzen der Streitkräfte rund um den Erdball dar. Im Gegensatz zu ihren zivilen Gegenstücken (wie Ärzte ohne Grenzen, das Internationale Rote Kreuz und der Rote Halbmond) sind Sinn und Zweck dieser Militärprogramme nicht rein medizinischer Natur. Vielmehr ist bei humanitären Hilfeinsätzen der Streitkräfte die medizinische Versorgung ganz klar an bestimmte strategische Ziele geknüpft. Solche Einsätze werden innerhalb des US-amerikanischen Verteidigungsministeriums zunehmend befürwortet und allmählich auch von den Streitkräften anderer Staaten angewandt. Diese Praxis wird bisher kaum hinterfragt oder kritisch beleuchtet.

Der vorliegende Aufsatz beleuchtet mithilfe verschiedener Quellen und Forschungsansätze die ethische Problematik dieser Einsätze. Zu den genannten Quellen gehören Archive, Primärquellen (offizielle Berichte, Doktrinen und veröffentlichte persönliche Berichte), Sekundärquellen sowie eine Reihe mündlicher Erzählungen, die von der Autorin zusammengetragen wurden. Das Thema Ethik wird hierbei deskriptiv verstanden: Auf die Erfassung und Analyse ethischer Probleme und morali-

scher Dilemmata bei medizinischen Hilfeinsätzen folgen konkrete Lösungsvorschläge. Der Schwerpunkt liegt hierbei auf den moralischen Gegebenheiten und der ethischen Komplexität der Einsätze, wie sie von den Teilnehmern erlebt werden. Ziel ist die empfundene Verbesserung in der Wahrnehmung der Militärärzte. Größere normative Fragen dahingehend, ob es moralisch zulässig ist, die Medizin für politische Zwecke zu instrumentalisieren bzw. die Medizin ganz allgemein zu instrumentalisieren, würden den Rahmen dieses Aufsatzes sprengen und sollten in einer separaten Untersuchung behandelt werden.

Die Geschichte der medizinischen Hilfeinsätze für Zivilisten

Seit den Anfängen einer formell organisierten Armeemedizin in den USA versorgen militärmedizinische Fachkräfte auch die zivile Bevölkerung. Die in diesem Aufsatz genannten Einsatzarten sind schon seit längerer Zeit unter einer Vielzahl von Bezeichnungen bekannt, die sich nach dem jeweiligen Programm, dem historischen Zeitraum, der jeweiligen Armee oder dem Aktionsbereich richten. Grundsätzlich jedoch weisen alle diese Einsätze unabhängig von ihren jeweiligen Zielen und Bezeichnungen grundlegende Gemeinsamkeiten auf: Im Rahmen eines offiziellen militärischen Einsatzes oder Programms werden uniformierte militärmedizinische Fachkräfte für die medizinische Versorgung einer bestimmten Zivilbevölkerung eingesetzt. In diesem Zusammenhang wird im Folgenden für eine bessere Übersichtlichkeit der Begriff „medizinische Versorgung von Zivilisten“ als Oberbegriff

verwendet, wie dies auch in meinen anderen Arbeiten der Fall ist.¹

Der Begriff umfasst sämtliche Programme, die der obigen Beschreibung entsprechen – unabhängig davon, ob diese formeller, informeller oder spontaner Natur sind, und ungeachtet ihrer offiziellen Bezeichnung. Darüber hinaus wird durch die Vermeidung des Begriffes „humanitär“ eine mögliche Verwechslung mit anderen Programmen ausgeschlossen, die nichtmilitärischer, ziviler Art sind und von Nichtregierungsorganisationen durchgeführt werden.

Die ersten offiziellen Einsätze zur medizinischen Versorgung von Zivilisten erfolgten im Rahmen des groß angelegten und weitreichenden *Medical Civic Action Program* (MEDCAP, Aktionsprogramm zur medizinischen Versorgung von Zivilisten). Dieses Programm begann im Vietnamkrieg, in dessen Verlauf militärmedizinische Fachkräfte über 40 Millionen Zivilisten vor Ort im Rahmen von MEDCAP-Einsätzen untersuchten und behandelten. 1968 wurden circa 188.440 Zivilisten pro Monat ambulant von MEDCAP-Fachkräften versorgt. Diese Zahl erhöhte sich im Jahr 1970 auf 225.000 ambulant behandelte Zivilisten pro Monat. Zur Zeit des Vietnamkriegs erhielt die vietnamesische Zivilbevölkerung nur äußerst begrenzten Zugang zu medizinischer Versorgung, da das Arzt-Patienten-Verhältnis lediglich 1 zu 93.000 betrug.²

Das US-Militär wiederum verfügte über die Mittel, um einer Bevölkerung mit mangelndem Zugang zu Gesundheitsleistungen eine medizinische Versorgung zu bieten, und war sich dabei des großen strategischen Werts dieses Angebots durchaus bewusst. Die medizinische Versorgung war entsprechend durch und durch strategisch motiviert. Das wichtigste Ziel der MEDCAP-Einsätze lautete, „der Regierung ... ein gutes Ansehen in den Augen der Menschen“ zu verschaffen, wobei die Verbesserung

der Patienten- bzw. der öffentlichen Gesundheit nur als sekundäres Ziel und Nebeneffekt betrachtet wurde.

Zu den weiteren strategischen Ansätzen des MEDCAP gehörten umfangreiche psychologische Operationen (PSYOP) sowie die Einbeziehung nachrichtendienstlicher Aufklärungsaktionen.²

Nach dem Vietnamkrieg wurde das MEDCAP angesichts der Vielzahl behandelter Patienten und der mutmaßlich großen Zahl gewonnener *hearts and minds* als großer Erfolg gefeiert. Es wurde ausgeweitet und wird seitdem rund um den Erdball durchgeführt: in Mittel- und Südamerika, Afrika, Ost- und Westeuropa, Asien und im Nahen Osten. Seit dem scheinbaren Erfolg im Vietnamkrieg befürworten nun Autoren von Publikationen der Streitkräfte, Befehlshaber und Studenten an Militärakademien den zunehmenden Einsatz der Medizin zum Erreichen militärischer Ziele, darunter eine verstärkte Durchführung von Programmen zur medizinischen Versorgung von Zivilisten. Der Einsatz von MEDCAP-Operationen als militärisches Mittel, mit denen strategische Ziele ohne Einsatz von Gewalt erreicht werden können, erscheint vielen Angehörigen der Streitkräfte sehr verlockend. An den Militärakademien und in den verbundenen Kreisen ist im Zusammenhang mit der Bedeutung der medizinischen Versorgung von Zivilisten oft die Rede von den *non-lethal weapons*, den „nichttödlichen Waffen“. Befehlshaber sehen eine mögliche Verwendung dieser Waffen insbesondere in zukünftigen und gegenwärtigen *low-intensity conflicts* (LIC, Konflikte mit niedriger Intensität), *military operations other than war* (MOOTW, Militäreinsätze unterhalb der Kriegsschwelle) und bei unkonventioneller Kriegführung.

Politik und Praxis haben sich ebenfalls dieser Sichtweise angeschlossen. So liegt inzwischen der Schwerpunkt der Sicherheitspolitik auf

Stabilisierungsoperationen, bei denen Maßnahmen zur Stärkung der Zivilgesellschaft und humanitäre Hilfe im Vordergrund stehen. Anweisung 3000.05 des US-Verteidigungsministeriums besagt entsprechend, dass es sich bei *military stability operations* (MSOs) um „grundlegende Einsätze der Streitkräfte der Vereinigten Staaten“ handelt, die „die gleiche Priorität wie Kampfeinsätze erfahren sollen ...“. Auch die Internationale Schutztruppe in Afghanistan (ISAF) hob die Bedeutung von MEDCAP-artigen Programmen als eine wichtige Einsatzform bei den Missionen der Gegenwart hervor. Gleichzeitig setzen zunehmend viele Armeen auf dieses Konzept und instrumentalisieren die Medizin, um das militärische Ziel zu erreichen, die Bevölkerung vor Ort für sich zu gewinnen. Interessanterweise unterscheiden sich die aktuellen Programme zur medizinischen Versorgung von Zivilisten nicht von dem ursprünglichen Modell, das in Vietnam angewandt wurde. Auch wenn sich Technik und Schauplatz geändert haben – die Programme selbst sind gleich geblieben. Die leitende Doktrin, die strategischen Ziele und Prioritäten sind unverändert.

Bei aller Unterstützung dieser Programme aus den Reihen der Politik und dem Beifall und der Rechtfertigung vonseiten der Befehlshaber gibt es auch kritische Stimmen. So brachten Philosophen, Ethiker, Zivilärzte und auch die Teilnehmer selbst ihre Missbilligung und Unzufriedenheit zum Ausdruck. Trotz der vielen berichteten negativen Erfahrungen der Teilnehmer wurde die Ausweitung der Programme kaum hinterfragt oder von einer kritischen Analyse begleitet. Stattdessen wurden die ethischen Bedenken und Kritikpunkte mehr oder weniger komplett übergangen.

Im Folgenden sollen die ethischen Probleme untersucht werden, die im Zusammenhang mit Programmen zur medizinischen Versorgung von Zivilisten auftreten. Die ethische Analyse stützt sich dabei auf historische For-

schungsarbeiten (Doktrinen, Berichte, Sekundärquellen) sowie auf mündlich übermittelte historische Daten, um so die moralische Realität dieser Einsätze zu erforschen. Die Berichte der Militärärzte gewähren einen Einblick aus erster Hand in die Einsätze zur medizinischen Versorgung von Zivilisten und die speziellen ethischen Konfliktsituationen, vor die sie die Beteiligten stellen.

Die Erfahrung der Militärärzte: mündliche Berichte

Ein Großteil der zu diesen Programmen vorhandenen Primärquellen besteht aus Militärberichten. Leider geben diese Dokumente keine Auskunft zu den ethischen Dilemmata, die Gegenstand dieses Aufsatzes sind. Aus diesem Grund werden mündlich übermittelte historische Daten verwendet und als Grundlage für die in diesem Aufsatz gezogenen Schlussfolgerungen herangezogen. Die aus den mündlichen Berichten gewonnenen Daten wurden im Rahmen teilweise schematisierter Interviews erhoben, die die Autorin unter Einhaltung eines von der zuständigen Ethikkommission genehmigten Forschungsprotokolls führte.

Die Auswahl der Teilnehmer für die Interviews erfolgte notwendigerweise zielgerichtet. Für die vorliegende Forschungsarbeit wurden Veteranen, Pensionäre und im Dienst stehende Ärzte befragt, die im Rahmen militärischer Missionen an Programmen zur medizinischen Versorgung von Zivilisten teilnahmen. Alle Teilnehmer waren Militärärzte, wobei Rang, Alter und abgeleistete Jahre in den Streitkräften stark variierten. Ebenso breit gefächert war das Spektrum an Programmen zur medizinischen Versorgung von Zivilisten, an denen die Befragten teilgenommen hatten: Dieses reichte von MEDCAPs in Vietnam, Kuwait, Irak und Afghanistan bis zu *Medical Readiness Training Exercises* (MEDRETEs, Schulungsübungen zur medizinischen Bereitschaft) in Honduras und

Bolivien, darunter auch spontane und informelle Hilfseinsätze für Zivilisten. Der Zeitraum dieser Einsätze reichte von 1960 bis 2012. Aus Datenschutzgründen wurden sämtliche Aussagen der Studienteilnehmer von Anfang an anonymisiert.

Bei entsprechender Einwilligung wurden die Interviews aufgezeichnet, transkribiert, verschlüsselt und ggf. im Zusammenhang mit vorliegenden Notizen aus dem Einsatz analysiert. Es erfolgte sowohl eine Einzelfall- als auch eine fallübergreifende Analyse in Übereinstimmung mit der von Glaser und Straus entwickelten Methode des permanenten Vergleichs. Mit diesem Vorgehen konnten die Antworten der Teilnehmer gruppiert und gleichzeitig die verschiedenen Perspektiven zu zentralen Themen, ethischen Problemen und empfundenen Dilemmata analysiert werden. So wurde ein systematischer Vergleich wichtiger Themen möglich, die sich aus der Recherche in Archiven, Primärquellen, Sekundärquellen und mündlich übermittelten historischen Daten ergaben. Schließlich brachten die Interviews mündliche Erzählungen und Berichte von Militärärzten ans Licht, die bis zu diesem Zeitpunkt nie erzählt worden waren und wertvollen Einblick in die moralischen Realitäten dieser Einsätze und die ethischen Dilemmata der direkt Beteiligten boten.

Ethische Probleme

Bei ihren Einsätzen zur medizinischen Versorgung von Zivilisten fühlten sich die befragten Militärärzte grundsätzlich durch die Umstände, Beschränkungen und ihr Arbeitsumfeld behindert. Das ethische Problem einer unterdurchschnittlichen medizinischen Versorgung wurde im Zusammenhang mit diesen Einsätzen häufig thematisiert. Bei Einsätzen zur medizinischen Versorgung von Zivilisten bestehen viele Beschränkungen. So werden die Einsatzorte im Vorfeld unter dem Gesichtspunkt der Sicherheit und des strategischen Wertes fest-

gelegt. In Vietnam zum Beispiel wurden kleine Dörfer aufgrund ihrer politischen Bedeutung und nicht aufgrund der medizinischen Bedürfnisse der Bevölkerung ausgewählt – ein Vorgehen, das noch heute sowohl bei MEDCAP- als auch bei MEDRETE-Einsätzen angewandt wird. Medikamente und Ausrüstung sind bei Einsätzen oft begrenzt und die Zeit ist stets knapp bemessen. Die Medikamente werden dabei aus dem medizinischen Lagerbestand innerhalb der militärischen Versorgungskette bezogen und sind damit üblicherweise nur für Erwachsene geeignet – trotz des Umstandes, dass viele der Patienten Kinder sind, in der Vergangenheit wie in der Gegenwart. Die zur Diagnostik benötigte Ausrüstung ist unzureichend oder nicht vorhanden. Daneben stehen den Ärzten häufig keine Übersetzer oder Dolmetscher zur Verfügung, sodass es zu großen Problemen aufgrund der Sprachbarriere kommt. Versorgung über einen längeren Zeitraum zum Beispiel von chronischen Erkrankungen oder Nachbehandlungen können nicht durchgeführt werden, da die Ärzte bei den Einsätzen nur für einen Tag an einem bestimmten Ort sind. Das bedeutet, dass sie häufig nicht viel mehr tun können, als Gesundheitsprobleme zu erkennen und Vitaminpräparate oder Schmerzmittel wie Ibuprofen oder Aspirin zu verschreiben. Darüber hinaus berichteten Militärärzte davon, dass die Patientenzahl aufgrund von Auflagen des Einsatzlands oder Vorgaben des Militärs begrenzt worden sei. Die häufig altruistisch motivierten Militärärzte berichten auch davon, wie sie von den Zwängen des Einsatzes, den medizinischen Einsatzregeln und Versorgungsengpässen behindert wurden.

Bei dieser Kritik geht es nicht nur um die Schwachpunkte, die mit der Arbeit in einem mobilen Krankenhaus, in einem Entwicklungsland oder einem Konfliktgebiet an sich zu tun haben. Schließlich handelt es sich um Erfahrungen, die auch zivile Organisationen wie

Ärzte ohne Grenzen machen. Das Problem ist tief gehender und seine Ursache liegt in der Ausgestaltung der Programme zur medizinischen Versorgung von Zivilisten selbst. Die Frustration angesichts der als unterdurchschnittlich wahrgenommenen medizinischen Versorgung ist dabei Ausdruck eines komplexen programmatischen und ethischen Problems: Medizinische Anliegen haben im Rahmen militärischer Einsätze keine Priorität. Im Gegensatz zu zivilen Hilfseinsätzen, bei denen Ärzte möglicherweise frustriert sind, weil sie angesichts begrenzter Mittel und umgebungsbedingter Zwänge nicht richtig helfen können, rühren die Unzufriedenheit und negative Bewertung hinsichtlich der Programme durch die Militärärzte daher, dass strategische Ziele vor medizinische Ziele gestellt werden. Militärärzte bewerten häufig als moralisch fragwürdig, dass diese Programme ihre Rolle als Soldaten und insbesondere als „Beschwichtigungsmittel“ betonen – Stichwort „*winning hearts and minds*“ – und dabei die medizinischen Ziele vernachlässigt werden. Die Befragten sind sich der Priorisierung der militärischen Ziele wohl bewusst und beschreiben die Programme als „von medizinisch geringem Wert“, aber „großartiges Propagandamittel“.³

Der Fall des US-Armeearztes Dr. Howard Levy gelangte zu Berühmtheit: Der Militärarzt weigerte sich, die Sanitäter der Spezialeinheit Green Berets in Vietnam in Dermatologie zu unterweisen. Mit den dermatologischen Kenntnissen sollten die Sanitäter die strategischen Ziele des MEDCAP erreichen. Levy sah dies als eine „Prostitution der Medizin für politische und militärische Zwecke“ an. Während des Gerichtsverfahrens erklärte ein amerikanischer Wehrdisziplinaranwalt die Motive hinter dem MEDCAP lapidar wie folgt:

„Wir wollten die Medizin als Mittel der Annäherung an den Feind und zur Durchsetzung unseres Willens verwenden ... Der eine große Ansatzpunkt ist dabei der Arzt, da die Leute dort kaum Ärzte und ausgebildete medizinische Fachkräfte haben; also wird ein Arzt nach

vorne geschickt, um das Vertrauen dieser Leute zu gewinnen, indem er sie behandelt...“⁴

Levy lehnte diese Instrumentalisierung der Medizin ab und war zutiefst darüber besorgt, dass die Gesundheit der Patienten kein Hauptanliegen der Mission darstellte. Der Fall Levy und weitere Berichte illustrieren die Sichtweise und moralische Argumentation der Militärärzte. Diese merken in mündlichen Erzählungen, Briefen und persönlichen Schilderungen an, dass die Militärmedizin für die genannten Ziele eingesetzt und in einigen Fällen auch missbraucht wurde. Ablehnung und Unzufriedenheit zeigen sie hinsichtlich der Fälle, in denen sie den Einsatz der Militärmedizin als Ausnutzung beschreiben. Der wichtigste Grund, die genannten Programme und die Instrumentalisierung der Medizin für politische Zwecke abzulehnen, liegt in der erwarteten Auswirkung von Missbrauch und Ausnutzung medizinischer Versorgung auf die Patienten. Dem Unterschied zwischen der Instrumentalisierung der Medizin einerseits und ihrer Ausnutzung andererseits messen die Befragten eine hohe moralische Relevanz und Wichtigkeit bei.

Während des Vietnamkriegs waren die MEDCAP-Operationen eng mit psychologischen Operationen (PSYOP) verknüpft: Die MEDCAP-Einsätze wurden von einer Beschwichtigungspropaganda begleitet, zu der speziell konzipierte Kuverts mit Medikamenten, Lautsprecheransagen, Geschenke und T-Shirts mit eindeutigen Botschaften gehörten.¹ Im Rahmen dieser Einsätze wurde die Medizin als Mittel zur Informationsbeschaffung instrumentalisiert oder sogar missbraucht. So nutzten Befehlshaber das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patienten, um an taktische Informationen heranzukommen. Gegenüber den strategischen Zielen der Beschwichtigung der Zivilbevölkerung oder Informationsbeschaffung trat die Medizin in den Hintergrund.¹ Militärärzte berichteten, dass die Priorisierung der Infor-

mationsbeschaffung deutlich das Vertrauen beschädigte, das die Patienten dem Gesundheitsteam entgegenbrachten, und den gesamten MEDCAP-Einsatz überschattete: „Wenn man die ärztliche Tätigkeit dafür verwendet, Informationen [zu beschaffen], verspielt man damit das Vertrauen der Bevölkerung, die man behandelt.“ Dieses Zusammenspiel der Prioritäten und politischen Vorgaben trug dazu bei, dass die Militärärzte keine angemessene medizinische Versorgung leisten konnten, und war darüber hinaus mit dafür verantwortlich, dass die Militärärzte die Medizin als ausgenutzt wahrnahmen. Da die Ziele strategischer Natur waren, war die Verbesserung der medizinischen Versorgung nicht die treibende Kraft, sondern lediglich eine Nebenerscheinung der umgesetzten Ziele.

Militärärzte reagieren unterschiedlich auf ihre negativen Erfahrungen aus den genannten Einsätzen. Stabsärzte werden häufig „sanft gedrängt“, teilzunehmen oder (wenn auch weniger häufig) Einsätze zu organisieren. Anfangs nehmen viele sogar gerne teil, da sie eine klassische humanitäre Hilfsaktion, frei von militärischen Überlegungen, erwarten. Sobald die Realität des Einsatzes deutlich wird, geraten viele in die oben beschriebenen ethischen Konfliktsituationen und kämpfen mit der Instrumentalisierung und Ausnutzung der Medizin, mit der Unmöglichkeit einer angemessenen Patientenversorgung, mit der unterdurchschnittlichen Qualität der Versorgung und mit ihrer moralisch schwierigen Rolle als ärztlich tätige Soldaten. Ihr mangelndes Wissen um die Realität dieser Einsätze rührt aus mehreren Umständen: Militärärzte erhalten häufig nur begrenzt Informationen zu Einsatz, Einsatzort oder der Situation der Bevölkerung vor Ort und bekommen im Vorfeld eines Einsatzes oft keine entsprechende Einweisung. Zudem sind sie auch nur selten an der Planung im Vorfeld beteiligt.

Besonders aufschlussreich ist der Trend, dass einige Studienteilnehmer die Programme ethisch und medizinisch als dermaßen problematisch bewerteten und derartig bestürzt waren, dass sie ihre Teilnahme verweigerten. Die Einzelberichte über solche Vorkommnisse häufen sich – entweder sprechen sich die betreffenden Ärzte ganz offiziell dagegen aus oder aber verweigern ihre Teilnahme inoffiziell, indem sie sich geschickt ihrer Abordnung entziehen. Diese Weigerung verdeutlicht die moralischen Realitäten und tatsächlichen ethischen Konflikte der an solchen Einsätzen beteiligten medizinischen Fachkräfte. Darüber hinaus verweist die Heftigkeit der Reaktionen auf einen Änderungsbedarf, sollte diese Art Einsätze fortgesetzt werden.

Aus schriftlichen Erzählungen, mündlichen Berichten und einer kürzlich vom *Center for Disaster and Humanitarian Assistance Medicine* (CDHAM) durchgeführten Studie geht hervor, dass Ärzte aus altruistischen Gründen an diesen Programmen teilnehmen. Laut der CDHAM-Studie gab nahezu die Hälfte aller befragten Ärzte an, humanitäre Einsätze seien ein wesentlicher Grund für ihre Entscheidung zum Eintritt in die Streitkräfte gewesen:

„Viele Bewerber für die USUHS [Uniformed Services University of the Health Sciences, eine für den Sanitätsdienst ausbildende staatliche Universität für Gesundheitswissenschaften] ... äußerten sich positiv mit Blick auf mögliche Einsätze im Ausland ... humanitäre Einsätze sind einer der entscheidenden Gründe für ihre Bewerbung an der USUHS und für die Verfolgung einer Laufbahn als Militärarzt.“⁴⁵

Die Umfrageergebnisse geben einen wertvollen Einblick in die Motivation von Militärärzten, die an Einsätzen zur medizinischen Versorgung von Zivilisten teilnehmen. Ihre Identität als Militärarzt ist dabei zumindest teilweise von diesem humanitären Antrieb geprägt – medizinische Versorgung zu leisten in einer Form, die ihres Erachtens als Zivilarzt nicht geleistet werden kann. Aus der gleichen CDHAM-Studie geht auch hervor, dass humanitäre Hilfein-

sätze für 60 Prozent der Befragten wesentlich für ihre Entscheidung zum Verbleib in den Streitkräften waren.⁵ Die Bedeutung dieser Ergebnisse für die Streitkräfte ist also erheblich. Die Programme spielen eine zentrale Rolle für die Bindung und Rekrutierung und stellen einen wesentlichen Faktor bei der Karriereplanung der Militärärzte dar. Angesichts der großen militärischen Bedeutung der Programme verdienen die Erfahrungen der Militärärzte im Rahmen dieser Einsätze mehr Beachtung: Für sie waren die Programme zur medizinischen Versorgung von Zivilisten bislang eine gut gemeinte, aber fehlgeleitete und letztendlich frustrierende Erfahrung. Sie erwarteten einen humanitären Einsatz mit wohlthätiger medizinischer Versorgung, erlebten aber die Realität einer militärischen Operation, bei der medizinische Ziele nur eine nachrangige Rolle spielten.

Erfolgreiche Programme und alternative Lösungen

Es ist wichtig zu betonen, dass Militärärzte nicht mit jeder Variante dieser Art Einsätze Probleme haben. So gibt es erfolgreiche Programme zur medizinischen Versorgung von Zivilisten, bei denen ethische Bedenken und moralische Dilemmata für die Teilnehmer nicht so groß sind. Das MEDRETE-Programm zum Beispiel, eine schulungsorientierte Nachfolgevariante des MEDCAP, erfährt deutlich weniger Kritik. Da hier medizinische Ausbildung ein primäres Ziel ist, spielen hier medizinische Ziele eine tragendere Rolle. Ärzte, die sowohl an MEDCAP- als auch an MEDRETE-Einsätzen teilgenommen haben, berichten, dass die medizinische Versorgung bei letzteren weitaus sinnvoller durchgeführt wurde. Darüber hinaus gibt es auch erfolgreiche Varianten des MEDCAP, die weiterentwickelt und fortgesetzt werden sollten. Bei diesen erfolgreichen Beispielen stehen wieder die medizinischen Ziele im Mittelpunkt – eine Ausnutzung der Medizin wird vermieden, stattdessen werden sowohl die medizinischen als

auch die militärischen Ziele erreicht. Internisten haben etwa entzündete Gelenke und Abszesse behandelt, Chirurgen waren bei der Behebung von Lippen-Gaumen-Spalten und bei Amputationen medizinisch (und auch im Hinblick auf die jeweiligen strategischen Ziele psychologischer Einsätze) erfolgreich. Kinderärzte verzeichneten große Erfolge mit Entwurmungsmaßnahmen und Zahnärzte konnten die Mundgesundheit mithilfe von Zahnextraktionen deutlich verbessern. Auch Augenoptiker erzielten spürbaren Erfolg über die Verteilung von Sehhilfen. Bei anderen Einsätzen standen die öffentliche Gesundheit und Präventionsmaßnahmen wie Impfungen und medizinische Bildung in der jeweiligen Landessprache im Mittelpunkt. Obwohl medizinische Eingriffe in diesem Rahmen nur begrenzt durchgeführt werden können, haben die Ärzte doch Wege gefunden, um therapeutisch etwas zu bewirken. Hierbei ist hervorzuheben, dass es bei diesen Einsätzen um Versorgungsleistungen ging, die in kurzer Zeit umgesetzt werden können und gleichzeitig einen nachhaltigen positiven Nutzen für die Gesundheit haben.

Im Gegensatz zu Einsätzen, bei denen strategische Ziele Vorrang hatten und die medizinische Ziele ignorierten, wurden die oben aufgeführten Einsätze durch medizinische Fachkräfte geplant und organisiert. In der Vergangenheit wurden MEDCAP-Einsätze aufgrund ihres überwiegend militärischen (oder strategischen) Zwecks von Befehlshabern und Offizieren ohne medizinischen Hintergrund konzipiert, wobei strategische Ziele klar im Vordergrund standen. Empfohlen wird jedoch, medizinisches Personal in die Planung und Organisation einzubeziehen – denn die einzigen erfolgreichen Programme wurden von Stabsärzten aktiv geplant und berücksichtigten militärische und medizinische Ziele gleichermaßen. Werden Programme auf diese Weise geplant, nehmen die Teilnehmer häufig eine bessere medizinische Versorgung für die

Bevölkerung vor Ort wahr. Schulungen für die Ärzte, Möglichkeiten, als Ärzteteam zusammenzuwachsen, und eine insgesamt bessere Erfahrung für alle Beteiligten, mit weniger schwerwiegenden ethischen Dilemmata, sind die positive Folge. Mit der frühzeitigen Einbindung von Ärzten in die Planungsphase könnten die Prioritäten dieser Programme neu gesetzt und dabei die medizinischen Ziele stärker berücksichtigt werden. Durch die Neuausrichtung der Prioritäten können viele der in diesem Aufsatz besprochenen ethischen Probleme angegangen und die Ausnutzung der Medizin und eine unterdurchschnittliche medizinische Versorgung vermieden werden. Gleichzeitig kann damit auch das Ausmaß der Frustration der teilnehmenden Militärärzte im Einsatz verringert werden.

Trotz des zunehmenden Literaturbestandes zum Thema Militärmedizinethik stellen die ethischen Probleme und moralischen Zwickmühlen in Einsätzen zur medizinischen Versorgung von Zivilisten nach wie vor ein vernachlässigtes Studienfeld dar. Die negativen moralischen Erfahrungen und ethischen Dilemmata der Beteiligten bleiben weiterhin oft ungehört, während sich die Reichweite der beschriebenen Missionen erweitert und diese verstärkt militärmedizinische Einsätze beinhalten, ohne dass es zu einer Änderung in Struktur oder Leitbild käme. Darüber hinaus wurde aus den Berichten der Militärärzte kaum je eine Lehre gezogen.

Es ist bemerkenswert, dass Diskussionen, Leitbilder und Schulungen zum Thema der medizinischen Versorgung von Zivilisten fehlen. Der Mangel an Reflexion, Bildung und einer echten Debatte trägt zur weiteren Verunsicherung in ethischen Fragen bei. Militärärzte sind auf die beschriebene Instrumentalisierung der Medizin nur schlecht vorbereitet und nicht in dem heiklen Balanceakt zwischen ihrer Rolle als Arzt und ihrer Rolle als Soldat geübt. Deshalb müssen Militärärzte und Ethiker einen Beitrag zur

Entwicklung eines Leitbilds und zur Erstellung von Schulungsunterlagen leisten. Schließlich fehlen der betreffenden Gruppe auch Trainingsprogramme, in denen sie lernen können, mit ihrer komplexen Rolle umzugehen.

Im Zusammenhang mit den hier besprochenen Programmen und Einsätzen kommen viele moralisch und ethisch komplexe Situationen zum Tragen. Militärärzte sollen als Vertreter einer Doktrin agieren, deren Ziele sich nicht in erster Linie an medizinischer Versorgung orientieren. Inadäquate medizinische Hilfe, die strategischen Zielen untergeordnet ist, sorgt häufig für ethische Dilemmata. Dies stellt grundlegende Überzeugungen der medizinischen Berufsethik vor große Herausforderungen.

Die Frustration, wieder einmal nur Vitamine, Aspirin und Ibuprofen verteilt haben zu dürfen, zeigt sich deutlich in den Bewältigungsmechanismen, mit denen die Militärärzte versuchen, ihre Anspannung abzubauen. Dies wird zum Beispiel folgendermaßen ausgedrückt: „Das Einzige, was wir heute hier den Leuten mitgegeben haben, sind ein paar Magengeschwüre durch überdosiertes Ibuprofen.“ Die moralische Beunruhigung der Studienteilnehmer bezieht sich kaum auf den Einsatz der Medizin als strategisches Instrument oder „nichttödliche Waffe“. Vielmehr wehren die Ärzte sich dagegen, dass strategische Gesichtspunkte über alle anderen Erwägungen gestellt werden und damit die Medizin ausgenutzt wird. Hier ist ein Ausgleich erforderlich. Deutlich wird diese Realität an dem Umstand, dass die Ärzte ihre Erfahrungen bei solchen Einsätzen immer dann als lohnenswert, positiv und unproblematisch sehen, wenn medizinische Ziele in den Mittelpunkt gestellt werden und medizinischer Nutzen erreicht wird. Geraten die Militärärzte jedoch in eine moralische Zwickmühle, weil sie eine medizinische Versorgung leisten sollen, die ihrer Meinung nach grob unzureichend ist, fühlen sie sich oftmals zwischen ihren Rollen hin- und hergerissen.

Nur selten befassen sich die Streitkräfte gegenwärtig mit diesen Fragen, und nur eine Armee beginnt zurzeit, ihren medizinischen Fachkräften entsprechende Schulungen und Möglichkeiten zur moralischen Reflexion über die Problematik von *Winning Hearts and Minds*-Einsätzen zu bieten. Dabei sind die Analyse und Diskussion der moralischen Komplexität dieser Programme unabdingbar. Mehr Trainings, Fortbildungen und Leitlinien sind hierzu erforderlich. Im Idealfall sollten diese Trainings und Fortbildungen sowohl von militärmedizinischen Fachkräften als auch von ihren medizinisch nicht geschulten Befehlshabern besucht werden, damit ethische Spannungen abgebaut und medizinische Hilfe angemessen eingesetzt werden kann, ohne missbraucht zu werden.



Dr. Sheena M. Eagan Chamberlin promovierte am Institut für Medizinische Geisteswissenschaften der Medizinischen Fakultät der University of Texas. Zuvor schloss sie den Masterstudiengang Öffentliches Gesundheitswesen (Master of Public Health) an der Uni-

formed Services University ab. Ihre Forschungs- und Lehrtätigkeit umfasst die Themen militärmedizinische Ethik, Medizinphilosophie, Ethik des öffentlichen Gesundheitswesens, Medizingeschichte und die medizinische Geisteswissenschaften. Auf Konferenzen in Nordamerika, Europa und Asien hält sie wissenschaftliche Fachvorträge über Medizinethik, Militärmedizin und Militärgeschichte. Gegenwärtig ist Chamberlin Lehrbeauftragte der Philosophischen Fakultät der University of Maryland und unterrichtet Soldaten im aktiven Dienst und deren Angehörige in Ethikfragen.

- 1 Eagan Chamberlin, S. (2014): The Warrior in a White Coat: Moral Dilemmas, the Physician-Soldier & the Problem of Dual Loyalty, *Medical Corps International Forum* Band 4, S. 4–7; Eagan Chamberlin, S. (2013): The Complicated Life of a Physician-soldier: medical readiness training exercises & the problem of dual-loyalties, *Journal of Biomedical Sciences and Engineering* 6, S. 8–18; Eagan Chamberlin, S. (2013): Using Medicine to ‘Win Hearts and Minds’ – Medical Civilian Assistance Programs, Propaganda & Psychological Operations in the U.S. Military, Lisboa, [<http://hdl.handle.net/10362/10758>, abgerufen am 21. Mai 2015].
- 2 Gilbert, D. & Greenberg, J. (1967): Vietnam: Preventive Medicine Orientation, *Military Medicine* 132, S. 769–790.
- 3 Wilensky, R. (2004): Military Medicine to Win Hearts and Minds: Aid to Civilians in the Vietnam War, Lubbock/TX.
- 4 Veatch, R. (1977): Soldier, Physician and Moral Man, in: *Case Studies in Medical Ethics*, Cambridge.
- 5 Driftmeyer, J. & Llewellyn C. (2002): Humanitarian Service: Recruitment & Retention Effects among Uniformed Services Medical Personnel, in: *Measures of Effectiveness* (Bethesda, MD: Center for Disaster and Humanitarian Assistance Medicine).

Militärärzte und Sanitäter im Konflikt mit dem Kriegsvölkerrecht

von Oberstleutnant d. R. Cord von Einem

Das Selbstverständnis von militärmedizinischem Sanitätspersonal scheint bedenkliche Entwicklungen anzunehmen. Meine Beobachtungen aus Weiterbildungsprogrammen zum Kriegsvölkerrecht (KVR) und militärmedizinischer Ethik zeigen, dass teilnehmende Militärärzte und Sanitäter häufig mit juristischen Unklarheiten und ethischen Bedenken bei ihren Einsätzen und ihrer Ausbildung zu kämpfen haben. In diesem Artikel werde ich daher die Rechte und Pflichten von Militärärzten und Sanitätern im Kriegsvölkerrecht herausarbeiten und auf juristische Probleme im Einsatz hinweisen.

Die geschilderten Beobachtungen in diesem Artikel entstammen Aus- und Weiterbildungsveranstaltungen sowie Konferenzen und Besprechungen unter Beteiligung des ICMM Center of Reference for Education on IHL and Ethics (International Committee of Military Medicine, ICMM; International Humanitarian Law, IHL), deren Teilnehmer sich in größten Teilen aus militärmedizinischem Personal aller Dienstgradgruppen und Spezialisierungen zusammensetzen. Die Veranstaltungen wurden in Europa, Afrika und unter anderem dem Nahen, Mittleren und Fernen Osten durchgeführt. In Hinsicht auf die Beobachtungen macht es dabei keinen Unterschied, ob die Teilnehmer aus unterschiedlich entwickelten Ländern oder Bildungssystemen kommen oder welchen kulturellen Hintergrund sie haben. Auch ist für dieses Bild sehr häufig ohne Belang, seit wann der Teilnehmer im Dienst ist und aus welcher Dienstgradgruppe er stammt.

Der Konflikt im Selbstverständnis der militärischen Sanitätskräfte wird vermehrt deutlich. Im Vergleich zu den Sanitätern, die in ihrer Rolle einen strikt humanitären Charakter sehen, gibt es immer mehr Betroffene, die beispielsweise

- überzeugt aktiv an Kampfhandlungen teilnehmen oder dazu bereit sind,
- es als ihre Pflicht als Soldaten ansehen, bevorzugt für ihr eigenes militärisches Personal da zu sein
- oder es als legitim ansehen, im Bedarfsfall Gefangene auch härteren Verhörmethoden auszusetzen und als Mediziner lediglich das Überleben des Verhörten zu sichern.

Diese Erfahrungen und der Diskurs innerhalb der Sanitätskräfte in den Ausbildungsveranstaltungen führen zu der grundsätzlichen Überlegung, wie zweckdienlich die Art und Weise ist, mit welcher heute Kriegsvölkerrecht im Sanitätswesen gelehrt wird und das Wissen hierzu präsent gehalten wird. Lassen sich die bedenklichen Entwicklungen aus rechtlicher Sicht in Selbstverständnis und Einsatz von militärischen Sanitätskräften in heutigen Konfliktszenarien auf ein Defizit zurückführen?

Denn eines steht fest: Allein die Genfer Konventionen mit ihren Protokollen bergen eine Menge Regeln, die insbesondere für militärmedizinisches Personal von erheblicher Bedeutung sind.

In der Bundeswehr kennen wir problematische Ansichtsweisen nicht zuletzt durch Afghanistan, aber auch durch den NATO-Lessons-Learned Prozess. Die Einsatzrealität und die Art und

Weise, wie sanitätsdienstliche Unterstützung in Afghanistan teilweise gehandhabt wurde, verursachte eine besondere emotionale Nähe zwischen kämpfender Truppe und Sanität. So brachten es zum Beispiel die Teilnahme an Patrouillen und der Wachdienst in Forward Operation Bases (FOBs) mit sich, dass Forderungen nach schwereren Waffen, Gefechtsausbildung und dem Abtarnen der Schutzzeichen aufkamen. Es änderte sich die Bereitschaft zur Selbstverteidigung hin zur Bereitschaft zum Kampf, um den Kameraden nicht „im Stich“ lassen zu müssen.

Wer ist Kombattant und wer nicht? Das Beispiel Afghanistan

„Der Gegner hat die Regeln auf dem Gefechtsfeld verändert“ – ein Argument, das auch von Sanitätspersonal benutzt wird, um das eigene Verhalten im Einsatz zu legitimieren. Diese Begründung ist für den Ausbilder wie für die Planung von Übungen und Einsatz in Bezug auf Sanitätskräfte herausfordernd, denn die referenzierten Konflikte mit ihren Konfliktparteien müssten zunächst einmal dem Kriegsvölkerrecht unterliegen, um rechtlich das Thema aufnehmen zu können.

Die Problematik wird deutlich am Beispiel Afghanistan: Während die für den ISAF-Einsatz (International Security Assistance Force, ISAF) Truppen stellenden Nationen sich einseitig auf die Einhaltung der humanitären Standards des Kriegsvölkerrechts verpflichteten, stellte die menschenverachtende Verhaltensweise der Aufständischen nach Auffassung vieler Teilnehmer der Veranstaltungen und aller Dienstgradgruppen anscheinend neue Anforderungen an die Definition von Kombattanten.

So waren Frontlinien und gegnerische Gruppen in Afghanistan kaum zu definieren und zahlreiche Akteure mit undurchsichtigen Interessen profitierten von andauernden gewaltvollen Auseinandersetzungen. Die irregulären Kämpfer der Aufständischen ignorierten das

Humanitäre Völkerrecht und nutzten perfide Kriegsmittel. Zudem bewegten sie sich in dynamischen kleinen Gruppen ohne Uniform kaum erkennbar inmitten der afghanischen Zivilbevölkerung. Nicht nur kämpfende Truppe, sondern auch militärische und zivile Sanitätskräfte wurden offensichtlich wiederholt durch diese Aufständischen attackiert.

Um die Definition von Kombattanten rechtlich anzupassen oder zu verändern, muss es sich allerdings bei den durch die Konfliktbeteiligten eingesetzten Kräften überhaupt um Kombattanten im Sinne des Kriegsvölkerrechts handeln bzw. gehandelt haben.

Die Rechtsstellung eines Kombattanten, also den Kombattantenstatus, sieht das Humanitäre Völkerrecht jedoch nur für den internationalen bewaffneten Konflikt vor. Kombattant ist dabei, wer berechtigt ist, unmittelbar an Feindseligkeiten teilzunehmen (Zusatzprotokoll I zu den Genfer Abkommen, Art. 43 Abs. 2). Im Rahmen des Humanitären Völkerrechts dürfen nur Kombattanten auch außerhalb der Grenzen der Selbstverteidigung auf der Grundlage des Kriegsvölkerrechts Schädigungshandlungen vornehmen. Da es sich in Afghanistan jedoch um einen nichtinternationalen Konflikt handelt, gibt es keinen völkerrechtlichen Kombattantenstatus in diesem Konflikt.

Anders wäre es, wenn der Kampf der Aufständischen sich in diesem nichtinternationalen bewaffneten Konflikt gegen Kolonialherrschaft und fremde Besetzung oder gegen ein rassistisches Regime in Ausübung ihres Rechts auf Selbstbestimmung (Zusatzprotokoll I zu den Genfer Abkommen, Art. 1 Abs. 4) richten würde, wodurch ihnen ein Kombattantenstatus bei Einhaltung gewisser Mindeststandards zugeschrieben werden müsste. Die Aufständischen müssten dann aber auch Streitkräfte haben, die einem internen Disziplinarsystem unterliegen, das unter anderem die Einhaltung der Regeln des in bewaffneten Konflikten angewend-

baren Völkerrechts gewährleistet (Zusatzprotokoll I zu den Genfer Abkommen, Art. 43 Abs. 1). Dies ist aber nicht der Fall.

Man muss die Aufständischen in Afghanistan daher als Terroristen oder Kriminelle werten, die nationales afghanisches Recht verletzen. Gelegentlich werden sie als „unrechtmäßige, illegale, ungesetzliche oder rechtswidrige Kombattanten“ bezeichnet. Eine solche völkerrechtliche Sonderkategorie ist aber weder für den internationalen bewaffneten Konflikt noch für den nichtinternationalen bewaffneten Konflikt anerkannt und auch nicht erforderlich.

Die rechtliche Klassifizierung als Kombattanten steht im Beispiel Afghanistan den Aufständischen also nicht zu. Wäre es anders, könnte man sie auch nicht für ihre Angriffe bestrafen, denn Kombattanten dürfen für ihre bloße Teilnahme an Feindseligkeiten (Zusatzprotokoll I zu den Genfer Abkommen, Art. 43 Abs. 2) nicht bestraft werden, während Zivilpersonen, wie es auch Kriminelle und Terroristen sind, gerade auf nationalem rechtlichen Niveau, bei unmittelbarer Teilnahme an Feindseligkeiten mit strafrechtlicher Verfolgung für ihre Teilnahmehandlungen rechnen müssen.

Die im Rahmen von ISAF eingesetzten Soldaten waren gleichfalls keine Kombattanten, auch wenn sie sich – aufgrund der Selbstverpflichtung ihrer Nationen – bei Anwendung von Gewalt während des ISAF-Einsatzes an die Prinzipien des Kriegsvölkerrechts halten mussten. Sie unterstützten lediglich die nationalen afghanischen Sicherheitskräfte bei der Aufstandsbekämpfung.

Selbst die Soldaten der ANA (Afghanische Nationalarmee) und die Angehörigen der ANP (Afghanische Nationalpolizei) waren und sind im Übrigen keine Kombattanten. Die Soldaten der ANA sind aber die legitime militärische Macht des Staates, die Aufständische zulässigerweise mit dem Einsatz militärischer Mittel bekämpft.

Die Forderung nach einer neuen Definition von Kombattanten auf der Grundlage des Beispiels Afghanistan ist also fachlich nicht korrekt. Bei der Frage nach Anpassung oder Änderung dieser Definition nach Kriegsvölkerrecht muss stets hinterfragt werden:

- Ist das Kriegsvölkerrecht auf den zugrunde liegenden Konflikt überhaupt anwendbar?
- Und wenn ja, für welche Art von Konflikt ist es anwendbar: internationale oder nichtinternationale Konflikte?

Ein schmaler Grat zwischen Hilfeleistung und Strafbarkeit?

Für das sanitätsdienstliche Personal können Unklarheiten in den Definitionen nach Kriegsvölkerrecht schwerwiegende Auswirkungen haben; so sehr, dass sich das handelnde Personal bei Fehlverhalten unter Umständen unterhalb der Schwelle eines Kriegsverbrechens der Gefahr einer strafrechtlichen Verfolgung aussetzt.

In den letzten Jahren entwickelte sich gerade unter Sanitätskräften führender Militärnationen die Überzeugung, dass es Sanitätern gestattet sein müsse, schwerere Waffen auch offensiv einzusetzen, um z. B. den Zugang zu Verwundeten und deren Bergung erzwingen zu können, bis hin zu der Forderung, in kritischen Gefechtssituationen Kampftruppen z. B. durch Feuer zu unterstützen. Ausgelöst wurde dies durch immer wiederkehrende Berichte von Übergriffen durch Konfliktparteien, insbesondere von offenbar gezielten Angriffen, eben auch auf militärmedizinisches Personal und dessen Einrichtungen.

Die Berechtigung, unmittelbar an Feindseligkeiten teilzunehmen, wird auch als Kombattantenprivileg bezeichnet. Die Angehörigen der Streitkräfte einer am Konflikt beteiligten Partei sind Kombattanten und sind dazu berechtigt, unmittelbar an Feindseligkeiten teilzunehmen, während das Sanitäts- und Seelsorgepersonal

davon ausgenommen ist (Zusatzprotokoll I zu den Genfer Abkommen, Art. 43 Abs. 2). Den Personen mit Kombattantenstatus ist also im bewaffneten Konflikt die Bekämpfung rechtmäßiger militärischer Ziele gestattet. Dies bedeutet die Befugnis zur Verletzung oder Tötung von gegnerischen Kombattanten oder Personen, die ohne Berechtigung unmittelbar an Feindseligkeiten teilnehmen (Zusatzprotokoll I zu den Genfer Abkommen, Art. 51 Abs. 3), sowie zur Beschädigung, Neutralisierung oder Zerstörung von Objekten, die als militärisches Ziel einzuordnen sind (Zusatzprotokoll I zu den Genfer Abkommen, Art. 52 Abs. 2 Satz 2).

Während Kombattanten also für ihre bloße Teilnahme an Feindseligkeiten gemäß ihrer Kombattantenimmunität (Zusatzprotokoll I zu den Genfer Abkommen, Art. 43 Abs. 2) nicht bestraft werden dürfen, müssen andere Personen, also auch militärisches Sanitätspersonal, bei unmittelbarer Teilnahme an Feindseligkeiten mit strafrechtlicher Verfolgung für ihre Teilnahmehandlungen wie z. B. Totschlag, Körperverletzung oder Sachbeschädigung etc. rechnen. Zudem verlieren Sanitätseinrichtungen oder bewegliche Einheiten des Sanitätsdienstes ihren Schutz durch das Kriegsvölkerrecht, wenn sie außerhalb ihrer humanitären Bestimmung dazu verwendet werden, die Truppe des Gegners anzugreifen oder auf sonstige Weise zu schädigen. Sobald sie in den Kampf eingegriffen haben können sie mit rechtlicher Deckung zum legitimen militärischen Ziel werden.

Auch die Forderung, militärische Sanitäter müssten sich im Zweifelsfall gewaltsam den Zugang zu den Verwundeten verschaffen können und deren Bergung durchsetzen, muss am Kriegsvölkerrecht abprallen. Geregelt ist, dass, wann immer es die Umstände gestatten, Feuerpausen oder andere örtliche Abmachungen vereinbart werden, um die Suche nach den auf dem Schlachtfeld gebliebenen Verwundeten, Kranken und Gefallenen sowie ihre Identifizierung, ihre Sammlung, ihre Ber-

gung, ihren Austausch und ihren Abtransport zu ermöglichen. Dies mag schwer zu ertragen sein, findet seinen Ursprung aber im selben Interesse, das auch gegebenenfalls Kollateralschäden legitimiert, nämlich das Interesse der Nationen an einer gewichteten Betrachtung von militärischer Notwendigkeit und humanitärem Schutz. Dem Gegner (aber auch den eigenen Kräften) ist es insofern erlaubt, trotz des Umherliegens von Verwundeten auf dem Gefechtsfeld weiterzukämpfen.

Die Grenzen der Selbstverteidigung

Wenn der Dienstherr doch aber Waffen auch an Sanitäter ausgibt, wofür sind dann diese Waffen? Jedenfalls nicht zur Schädigung des Gegners, um z. B. einen taktischen Vorteil – wie Unterdrückung von Feindfeuer auf eine Patrouille – zu gewinnen oder um einen Gegner von legitimen Handlungen wie z. B. Bekämpfung gegnerischer Kräfte abzuhalten. Sie dienen der Selbstverteidigung gegen unrechtmäßige Übergriffe auf Patienten, Personal und Material durch Personen, gleich ob militärischer oder ziviler Zugehörigkeit. Die Grenzen der Selbstverteidigung sind an dieser Stelle ein interessantes, viel diskutiertes und über den hier betrachteten Themenbereich hinaus brisantes Thema, das aber nur den wenigsten militärmedizinischen Teilnehmern in ihrer Ausbildung zumindest in Grundzügen vermittelt wurde.

Wie werden die Waffen also richtig eingesetzt? Wie gesehen, sind die Angehörigen des Sanitätsdienstes nicht zur unmittelbaren Teilnahme an Feindseligkeiten berechtigt, aber das Tragen und der Einsatz von Waffen zur Verteidigung der eigenen Person und von Patienten sowie von Material gegen völkerrechtswidrige Angriffe sind gemäß dem Recht auf Selbstverteidigung zulässig.

Doch bietet das Kriegsvölkerrecht nur selten beachtete oder genutzte Auswege für den Fall an, dass eine Konfliktpartei medizinisches Per-

sonal schwer bewaffnen und auch an Kampfhandlungen teilnehmen lassen will. Allerdings wird diese Maßnahme mit gleichzeitig entstehenden Nachteilen „erkauft“, warum sie wohl auch nur extrem selten genutzt wird.

Das Kriegsvölkerrecht zwingt die Nationen nämlich nicht automatisch dazu, jemanden nur aufgrund seiner medizinischen Ausbildung zu einem Sanitäter zu machen. Sanitäter sind zwar nach Kriegsvölkerrecht geschützt, aber eben nicht mit dem Kombattantenprivileg ausgestattet. Entfällt dieser Verwaltungsakt der Beauftragung mit ausschließlich medizinischen Aufgaben sowie die dazugehörige Kennzeichnung mit dem internationalen Schutzzeichen und damit die Beanspruchung des vorgesehenen Schutzes durch die Regelungen des Kriegsvölkerrechts, steht einer schweren Bewaffnung und der Teilnahme an Kampfhandlungen im Rahmen der Kampftruppe nichts im Wege.

Auch wenn das Kriegsvölkerrecht also eine Wahlmöglichkeit offenlässt, so steht diese Entscheidung doch nicht dem Einzelnen (1. Genfer Abkommen, Art. 7), sondern nur den Organen des Staates bzw. den entsprechenden Entscheidungsebenen der Streitkräfte zu.

Angriffe auf Sanitäter – welches Recht gilt?

Keinesfalls lassen sich aber gerade in asymmetrischen Konflikten Taktiken ausschließen, insbesondere Sanitätskräfte zu bekämpfen, um damit letztlich den Einsatz- und Risikowillen der kämpfenden Truppe zu treffen. Ein Infanterist überlegt es sich im Gefecht natürlich zweimal, ein Risiko einzugehen, wenn er weiß, dass er im Falle der Verwundung nicht unmittelbar und kompetent versorgt werden kann.

Auch hier muss aber bei der Frage, ob diese Taktiken in asymmetrischen Konflikten ein Grund für Veränderungen am Kriegsvölkerrecht sein können, zunächst wieder geklärt werden, ob der zugrunde liegende Konflikt

überhaupt durch das Kriegsvölkerrecht geregelt ist. Die Konflikte der neueren Zeit sind in der weit überwiegenden Zahl der Fälle von nichtinternationalem Charakter und können die Schwelle zur Geltung des Kriegsvölkerrechts nicht überschreiten. Letztlich ist dann die Forderung nach Veränderung des Kriegsvölkerrechts auf der Grundlage von Erfahrungen aus Konflikten, die hiervon nicht erfasst sind, der berühmte Vergleich von Äpfeln mit Birnen. In Fällen, die also nicht durch das Kriegsvölkerrecht erfasst sind, ist es eine Frage nationalen Rechts oder anderer Beschränkungen außerhalb der Grenzen des Kriegsvölkerrechts, wer aktiv an Kampfhandlungen teilnehmen darf und wer nicht. Eine Änderung des Kriegsvölkerrechts wäre hierdurch jedenfalls nicht gerechtfertigt.

Aber gehen wir einmal davon aus, das Kriegsvölkerrecht wäre betroffen. Dann wäre dennoch zu überprüfen, was wirklich zu Vorkommnissen führte: Vorsatz des Gegners, konkret Sanitätskräfte zu treffen, oder z. B. unmittelbare Nähe der Sanitätskräfte und ihrer Einrichtungen zur Kampftruppe und/oder deren Einrichtungen und Gerät, unglückliche Umstände, militärische Notwendigkeit? Denn es kann auch zu einem missbräuchlichen oder den Angriff provozierenden wie auch fahrlässigen Verhalten der eigenen Truppe gekommen sein, wie z. B. durch die mit Waffengewalt erzwungene Bergung von Verwundeten im Gefecht, die Teilnahme von militärmedizinischen Personal an Patrouillen und an Wachdiensten in nichtsanitätsdienstlichen Einrichtungen.

Die Liste der Gefährdungen für Sanitätspersonal, mit dem Kriegsvölkerrecht und/oder nationalem Strafrecht in Konflikt zu geraten, ist lang. Sie umfasst auch Themen wie die Teilnahme an oder Absicherung von „harschen“ Verhörmethoden sowie die Bevorzugung von eigenem militärischem Personal bei der medizinischen Behandlung. Insbesondere der letzte Punkt wird vorzugsweise durch die militärisch

überlegenen Kräfte gefordert, und gerade hier muss der Forderung der Gedanke entgegengehalten werden „Was Du nicht willst, was man Dir tu, das füg auch keinem anderen zu“.

So wird, wie auch zu anderen Diskussionspunkten, vielfach übersehen, dass Veränderungen an den Rechten und Pflichten aus dem Kriegsvölkerrecht immer in zwei Richtungen wirken: Gegen den Gegner zum einen und in die eigene Richtung zum anderen. Wenn man also einen Kombattanten fragt, ob er – egal ob durch eigene oder Feindeskräfte – nach Nationalität oder nach medizinischer Notwendigkeit behandelt werden möchte, scheint es plausibel, dass er Letzteres vorzieht. Eine in diesem Rahmen argumentierte Legitimierung durch „militärische Notwendigkeit“ existiert jedenfalls im Kriegsvölkerrecht nicht. Diese hat ihre Bedeutung in anderen Bereichen des Kriegsvölkerrecht, nicht aber bei den Regelungen über den Zugang zu medizinischer Versorgung.

Fazit

Derzeit kann sich nach Lage der Dinge wohl kaum eine Nation und können sich nur wenige Angehörige der Sanitätskräfte frei von Defiziten in der Ausbildung des für Sanitäter wichtigen Teils des Kriegsvölkerrecht sprechen. Dabei überschreiten die Defizite die Grenzen der Vertrautheit mit Gesetzen und berühren ganz offensichtlich die ethischen Wurzeln bezüglich der Rolle des Sanitäters in gewaltsamen, militärischen Konflikten und damit grundsätzlich auch das Selbstverständnis des militärmedizinischen Personals.

Teils drängt sich dabei der Eindruck auf, dass seitens der Streitkräfte Defizite nicht zuletzt aus Haushaltsgründen bewusst in Kauf genommen werden, zumal Unwissenheit den Sanitäter im Konfliktfall flexibler einsetzbar macht, gerade wenn politische und haushälterische Vorgaben Auswirkungen auf Einsatz-

grundsätze im Hinblick auf Ausrüstungs- und Kräfteansatz haben.

Damit werden aber doch gerade diejenigen Werte der internationalen Gemeinschaft zum größten Teil unnötigerweise über Bord geworfen, zu deren Verteidigung viele der gerade heutzutage geführten Konflikte – zumindest offiziell – eingegangen werden.

Es erscheint daher dringend geboten, im Sinne der Erhaltung humanitärer Grundsätze sowie nicht zuletzt zum Schutz von Sanitätspersonal vor Strafverfolgung die Anstrengungen für die Ausbildung und den Erhalt des Wissens in diesen Bereichen weiter auf- und auszubauen.



Cord von Einem ist Jurist, Unternehmer und Oberstleutnant der Reserve (d.R.). Derzeit ist er eingeteilt als Gruppenleiter Bundeswehraufgaben beim Streitkräfteamt in Bonn. Er hat Einsatzerfahrung aus vier Einsätzen, davon zwei in Afghanistan als Abteilungsleiter Civil Military Cooperation (CIMIC)/Zivil-Militärische Zusammenarbeit (ZMZ) in

Mazar-e Sharif 2007 und Kunduz 2009. Außerdem wurde er u. a. als Querschnittsreferent ZMZ im Einsatzführungsstab des BMVg und als stellvertretender Abteilungsleiter ZMZ im Heeresführungskommando eingesetzt. Weiter war er Projektleiter beim Civil-Military Cooperation Center of Excellence (CCOE) in den Niederlanden sowie Ausbilder für Kriegsvölkerrecht am Reference Center of Education of International Humanitarian Law and Ethics des International Committee on Military Medicine (ICMM) in der Schweiz.

Kameraden zuerst? Militärische vor medizinischer Notwendigkeit

von Prof. Dr. Michael L. Gross

Im Hinblick auf Militärmedizinethik erklärt der Weltärztebund (WMA):

Ärztliche Ethik in Zeiten bewaffneter Konflikte oder anderer Notsituationen unterscheidet sich nicht von der ärztlichen Ethik in Friedenszeiten.

Was genau hat es mit der Erklärung auf sich, wonach sich die medizinische Ethik auch in Zeiten bewaffneter Konflikte nicht ändert? Eine mögliche Antwort könnte in der allgemeinen Gültigkeit medizinethischer Grundsätze liegen. Danach sind Normen wie das *Do-no-harm*-Gebot der Schadensvermeidung, die Pflicht zur neutralen und unparteiischen Versorgung von Kranken und Verletzten und zur Achtung der Würde, Autonomie und Privatsphäre der Patienten unabhängig von der jeweiligen Situation unbedingt zu achten. Ob in der Psychiatrie, Neonatologie, Pädiatrie oder Geriatrie: Es gelten stets dieselben ethischen Grundsätze. Die Umstände mögen unterschiedlich sein und der Zustand der Patienten ebenfalls, doch die ärztliche Ethik ändert sich nicht.

Man mag hier – genau wie der Weltärztebund – versucht sein, die Militärmedizinethik derselben Logik zu unterziehen und militärische Einsatzkräfte einfach als eine weitere Patientengruppe zu betrachten. In Friedenszeiten trifft dies auch zu. So erfahren Militärangehörige und ihre Familien in vielen Ländern die gleiche medizinische Versorgung in militärmedizinischen Einrichtungen wie Zivilisten im Rahmen des jeweiligen nationalen Gesundheitssystems. In vielen Fällen kommt es dabei sogar zu Überschneidungen, insbesondere wenn staatliche Krankenhäuser sowohl Militärangehörige als auch Zivilisten behandeln. In solchen Situationen gelten die medizinethi-

schen Grundsätze ohne jede Unterscheidung: Jeder Patient, ob Militärangehöriger oder Zivilist, wird gemäß dem Prinzip der medizinischen Notwendigkeit versorgt und erhält eine Behandlung auf der Grundlage des jeweiligen nationalen Gesundheitsplans, welcher lebensrettende Maßnahmen auf der einen und die Aufrechterhaltung der Lebensqualität auf der anderen Seite vorsieht. Ein anderes Vorgehen könnte den Vorwurf der Voreingenommenheit und Parteilichkeit nach sich ziehen. Ganz anders jedoch stellt sich die Situation in Kriegzeiten und insbesondere auf dem Gefechtsfeld dar. Hier kann das Prinzip der militärischen Notwendigkeit unter Umständen mit dem Prinzip der medizinischen Notwendigkeit kollidieren und manchmal auch vorrangig sein. Im Folgenden erläutere ich zunächst das Prinzip der militärischen Notwendigkeit und führe anschließend aus, wie sich dieses auf die Versorgung und Rechte von Patienten im Kriegfall auswirkt.

Der Unterschied zwischen medizinischer und militärischer Notwendigkeit

Militärische Notwendigkeit wird häufig definiert als „die Methoden und Mittel, die notwendig sind, um einen Feind zu überwinden, und die nicht vom Völkerrecht verboten sind“ (Genfer Konvention, Zusatzprotokoll I, 1977, Artikel 35). In dieser Definition liegen zwei Schwierigkeiten: Zum einen werden die möglichen rechtmäßigen Ziele eines Krieges außen vor gelassen, zu deren Erreichung ein Feind überwältigt wird. Manchmal ist es zwar notwendig, die Kriegsziele eines Landes rechtlich nicht zu berücksichtigen, da die Frage der Rechtmäßigkeit in der Praxis häufig nur schwer zu beur-

teilen ist. Deshalb behandelt das Recht alle Kämpfer auf dem Gefechtsfeld gleich, solange sie keine Kriegsverbrechen begehen. Moralisch hingegen gibt es durchaus guten Grund, die militärische Notwendigkeit nur auf solche Kriegsteilnehmer zu beschränken – ob Staaten oder nichtstaatliche Akteure wie Guerillaorganisationen –, die für eine gerechte Sache kämpfen. Zu einer gerechten Sache gehören die Selbstverteidigung oder die Verteidigung fremder Staatsangehöriger, die von schweren Menschenrechtsverletzungen ihrer eigenen Regierung bedroht sind (wie dies beispielsweise in Libyen oder dem Kosovo der Fall war). Dieser Logik entsprechend könnte sich ein repressives Regime wie Syrien nicht auf die militärische Notwendigkeit berufen, um seine militärischen Operationen zu rechtfertigen. In diesem Fall wäre von vornherein keine Notwendigkeit militärischen Handelns gegeben. Zum anderen geht die Beschränkung der militärischen Notwendigkeit auf völkerrechtlich nicht verbotene Mittel und Methoden an der eigentlichen Frage vorbei. Die kritische Frage lautet nämlich eigentlich: Wann kann es einem Kriegsteilnehmer aufgrund militärischer Notwendigkeit überhaupt erlaubt sein, das Völkerrecht zu übergangen und auf augenscheinlich unrechtmäßige oder unethische Kriegsmittel zurückzugreifen? Anders gefragt: Kann es unter bestimmten Umständen zulässig sein, das Völkerrecht oder einen medizinethischen Grundsatz zu verletzen, wenn dies militärisch notwendig ist? Die Antwort lautet „manchmal“. Manchmal, wie ich im Folgenden zeigen werde, kann es zulässig sein, Soldaten nach ihrer Staatsangehörigkeit und nicht nach militärischer Notwendigkeit zu behandeln. Um zu verstehen, wie es dazu kommt, müssen zunächst die militärische und die medizinische Notwendigkeit miteinander verglichen werden.

Die folgende Tabelle stellt militärische und medizinische Notwendigkeit gegenüber:

	Militärische Notwendigkeit	Medizinische Notwendigkeit
	Kollektiv/national	Individuell/kollektiv
Was ist „gut“?	Lebensrettung <ul style="list-style-type: none"> – Leben der Bürger – Leben der Soldaten 	Lebensrettung <ul style="list-style-type: none"> – Leben aller Patienten
	Sicherung der Lebensqualität <ul style="list-style-type: none"> – Freiheit – Hoheitsgebiet – Sicherheit – Ehre 	Sicherung der Lebensqualität <ul style="list-style-type: none"> – Qualitätskorrigierte Lebensjahre (QALY) – Wohlbefinden – Normale Funktionsfähigkeit

Die Tabelle verdeutlicht zwei Punkte. Erstens stellt die militärische Notwendigkeit die kollektiven Interessen eines Staates oder Volkes über die individuellen Interessen der meisten Bürger. Infolgedessen werden in Kriegszeiten Bürger üblicherweise zum Militärdienst eingezogen und riskieren dabei ihr Leben zum Schutz der nationalen Sicherheit. Um dieses Ziel zu erreichen, müssen Entscheidungsträger, Politiker und Militärs das kollektive Wohl verteidigen. Die medizinische Notwendigkeit hingegen ist komplett auf das Individuum ausgerichtet. Ärzte und Pflegekräfte richten sich nach den Bedürfnissen des jeweiligen Patienten. Um dies zu gewährleisten, muss das nationale Gesundheitssystem ausreichende Mittel zur Verfügung stellen, damit alle Bürger gleichermaßen entsprechend ihren medizinischen Bedürfnissen versorgt werden können. Dabei wird von keinem Bürger erwartet, dass er seine Interessen einer größeren, guten Sache opfert. Gleichwohl gibt es kollektive Zwänge. So müssen die für die medizinische Versorgung bereitgestellten Mittel irgendeinem Maßstab von Gerechtigkeit entsprechen, der es dem Staat erlaubt, auch für andere grundlegende Leistungen wie soziale Sicherung, Bildung oder Sicherheit ausreichende Mittel zur Verfügung zu stellen. Dementsprechend muss die medizinische Versorgung ihrem Wesen nach begrenzt sein. Zudem darf der einzelne nicht das gesamte System in den Bankrott trei-

ben können. Deshalb kann der Staat nicht jede Krankheit behandeln. Nichtsdestotrotz wird er aber versuchen, jedem Einzelnen die bestmögliche Behandlung zukommen zu lassen. Darum sind Ärzte und Pflegekräfte verpflichtet, ihre Patienten so gut und professionell wie möglich zu betreuen.

Die zweite Zeile der Tabelle betrifft die Definition des „Guten“, dem die genannten Notwendigkeiten zugeordnet sind. Sowohl bei der militärischen als auch bei der medizinischen Notwendigkeit geht es darum, möglichst viele Leben (bestimmter Einzelpersonen) zu retten sowie eine möglichst hohe Lebensqualität (anderer Einzelpersonen) sicherzustellen. Die Kriterien hierfür jedoch unterscheiden sich jeweils. Im Krieg zwingt die militärische Notwendigkeit den Staat, Soldaten für die Rettung von Zivilisten zu opfern, während die medizinische Notwendigkeit üblicherweise keine Unterscheidung trifft, wessen Lebensrettung prioritär zu betrachten wäre. Die medizinische Notwendigkeit bezieht sich auf alle Patienten. Gleichzeitig sollen die militärische und die medizinische Notwendigkeit jeweils für eine möglichst hohe Lebensqualität sorgen. Aber auch hier wird jeweils eine andere Art Leben verteidigt. So verteidigt der Staat sein kollektives, politisches Leben, wohingegen die medizinische Notwendigkeit das Menschenleben Einzelner retten oder verbessern will. Dementsprechend unterscheidet sich auch der Begriff der Lebensqualität in der militärischen bzw. medizinischen Notwendigkeit. Die Qualität des politischen Lebens hängt von vielen Dingen wie Freiheit, staatlichem Hoheitsgebiet, Sicherheit und Ehre ab, deren Wert im Krieg häufig höher gestellt wird als der des einzelnen Menschenlebens: Wie viele Leben ein Land für diese Güter riskieren will, ist eine Entscheidung, die die Politik bei Eintritt in einen Krieg treffen muss. Lebensqualität im medizinischen Sinne ist selbstverständlich konkreter und umfasst die Maßstäbe Freude, Schmerz,

Leid, Mobilität, alltägliche Funktionsfähigkeit des Körpers sowie Zugang zu fortlaufender medizinischer Versorgung. Auch hier mag eine Gesellschaft vielleicht Mittel zur Verbesserung der allgemeinen Lebensqualität bereitstellen, andererseits aber auf die kostenintensivere medizinische Versorgung verzichten, die nur einige wenige Leben zu retten imstande ist. Für die Gewichtung von Lebensrettung und Lebensqualität gibt es keine verbindlichen Regeln. Vielmehr entscheidet hier jede Gesellschaft selbst – auf der Grundlage der universalen Menschenrechte und ihrer nationalen Prioritäten und Wertvorstellungen. Nichtsdestotrotz gibt das politische Leben den Rahmen für die Wahrung des individuellen Lebens vor und wird deshalb häufig Vorrang haben, wenn diese beiden Interessenslagen in Konflikt geraten. Im Krieg ist dies häufig der Fall.

Das Verhältnis zwischen militärischer und medizinischer Notwendigkeit ist komplex, da hier unterschiedliche Interessen (kollektive und individuelle) sowie unterschiedliche Güter (Leben und Lebensqualität im militärischen/politischen/medizinischen Sinne) aufeinanderprallen. Um das Verhältnis zwischen den beiden Arten von Notwendigkeit sowie ihre Auswirkungen auf das Völkerrecht besser verstehen zu können, ist ein Blick auf die beiden Grundsätze in der Praxis lohnenswert. Betrachten wir als Beispiel die medizinische Versorgung von Verwundeten. Es stellt sich die Frage: Dürfen medizinische Fachkräfte aufgrund militärischer Notwendigkeit ihre Landsleute zuerst behandeln, statt sich nach dem Grundsatz der medizinischen Notwendigkeit zu richten, wie es die medizinethischen Grundsätze vorsehen?

Medizinische Versorgung von Landsleuten im Kriegsfall

Die eiserne Regel für die medizinische Versorgung im Krieg ist klar:

„Die Angehörigen der bewaffneten Kräfte [...] die verwundet oder krank sind, sollen [...] mit Menschlichkeit behandelt und gepflegt werden, ohne jede Benachteiligung aus Gründen des Geschlechtes, der Rasse, der Staatsangehörigkeit, der Religion oder aus irgendeinem ähnlichen Grunde [...] Nur dringliche medizinische Gründe rechtfertigen eine Bevorzugung in der Reihenfolge der Behandlung.“ (1. Genfer Abkommen 1949, Artikel 12)

Um Missverständnisse zu vermeiden, weist der Kommentar zu Artikel 12 auf Folgendes hin: Jede Kriegspartei muss verwundete Gegner so behandeln, wie sie die Verwundeten ihrer eigenen Armee behandeln würde.

Die militärmedizinischen Fachkräfte kennen zwar diese Vorgabe, sind aber an eine weitere Regel ebenfalls gebunden: „Die Versorgung von Landsleuten geht vor.“ Die Gründe für die Bevorzugung von Landsleuten gegenüber Feinden liegen in der militärischen Notwendigkeit sowie in der Verpflichtung, das Leben der eigenen Landsleute in einer Gefahrenlage zu bewahren.

Sämtliche militärmedizinische Organisationen erkennen an, dass Ärzte aufgrund der Gegebenheiten im Gefechtsfeld die knappen medizinischen Ressourcen unter Umständen zuerst den Soldaten zukommen lassen müssen, die schnell wieder auf das Gefechtsfeld zurückkehren können, und erst dann sonstige Patienten behandeln können, deren Leib und Leben in Gefahr ist. Ein häufig zitierter Fall ist hier die „Penicillin-Triage“ im Zweiten Weltkrieg: 1942 setzten Militärärzte das knappe Penicillin zur Behandlung der an Gonorrhö erkrankten Soldaten ein, um diese schnellstmöglich zurück in den Kampf zu schicken. Erst danach behandelten sie die im Gefecht verwundeten kampfuntauglich gewordenen Soldaten.¹ Hier ist die Situation klar. Die militärische Notwendigkeit verlangt, dass weniger schwer verwundete Soldaten behandelt werden, die noch einen wesentlichen Beitrag zum Kriegsgeschehen leisten können – zulasten der Soldaten, die lebensrettende Maßnahmen benötigen.

Diese Priorität kippt den ethischen Grundsatz der neutralen Behandlung, die allein den medizinischen Bedürfnissen folgt.

Auch die seit 2001 im Irak und in Afghanistan durchgeführten medizinischen Interventionen haben vor allem militärische Notwendigkeiten im Blick. Auch wenn die Militärorganisationen Notfall-Triagierungspläne zur Priorisierung der Behandlungen einsetzen, treten die moralischen Härtefälle eher selten sein, bei denen entschieden werden muss, ob das Leben schwer verwundeter Soldaten gerettet wird oder die leicht verwundeten Soldaten wieder einsatzbereit gemacht werden. Weitaus häufiger stellen sich Fragen hinsichtlich der Versorgung im Kreuzfeuer verletzter einheimischer Zivilisten oder hinsichtlich der medizinischen Behandlung einheimischer Einsatzkräfte, die an der Seite der US- und NATO-Truppen im Irak und in Afghanistan kämpfen.

Um ihre Soldaten zu unterstützen, bietet beispielsweise die US-Armee eine medizinische Versorgung auf mehreren Ebenen an. So leistet die *Battalion Aid Station* (Sanitätsstelle des Bataillons) Erste Hilfe und übernimmt den Krankentransport, während das 20 Personen umfassende *Forward Surgical Team* (mobile Operationseinheit) die sofortige Behandlung, Operation und Evakuierung zu einem *Combat Support Hospital* (Feldkrankenhaus) mit 248 Betten übernimmt, das Reanimation, rekonstruktive Chirurgie und intensivmedizinische sowie psychiatrische Behandlung bietet. Falls erforderlich, erhalten die Verwundeten zudem eine hochmoderne Behandlung in Deutschland im umfassend ausgestatteten Traumazentrum Landstuhl oder in den USA.

Dieses System wurde konzipiert, um US-Soldaten die bestmögliche medizinische Versorgung bieten zu können. Daneben kümmern sich die medizinischen Einrichtungen der US-Streitkräfte aber auch um einheimische Soldaten und Zivilisten, die bei amerikani-

schen Militäroperationen verwundet wurden. Während aber schwer verwundete Amerikaner in moderne medizinische Einrichtungen ausgeflogen werden, müssen sich die Schwerverletzten des lokalen Militärs für weitere medizinische Hilfe an ein nur schlecht funktionierendes Gesundheitssystem vor Ort wenden. Dieses zweigleisige System begrenzt den Zugang einheimischer Verwundeter zur medizinischen Versorgung und auch beispielsweise zu hochqualitativen Prothesen, sodass sie nicht die gleichen reparativen Operationen wie US-Soldaten im Einsatz erhalten. Noch schlechter ergeht es den einheimischen Zivilisten. Die Koalitionsstreitkräfte unterhalten keine Versorgungseinrichtungen für Zivilisten am Einsatzort und sehen sich manchmal gezwungen, diese Patienten abzuweisen. Nichtsdestotrotz behandeln die Streitkräfte der Koalition ins Kreuzfeuer geratene Zivilisten insoweit, als „Leben, Leib und Augenlicht“ einheimischer Verwundeter gerettet werden. Dabei geht es vor allem um Erste Hilfe. Einrichtungen für Nachuntersuchungen oder dauerhafte Pflege sind hingegen kaum vorhanden. Allerdings gibt es zwei besondere Situationen. Erstens stellen pädiatrische Fälle eine besondere Herausforderung dar. Aus Sorge um die zu erwartenden negativen Schlagzeilen, falls Kindern nicht die bestmögliche medizinische Versorgung zukäme, bieten die medizinischen US-Einrichtungen umfassende und moderne Behandlungen für Kinder an. Die zweite und nicht weniger problematische Situation betrifft die Versorgung von Häftlingen. Als Kriegsgefangene haben Häftlinge Anspruch auf die gleiche Behandlung wie die Soldaten der Koalitionsstreitkräfte und erhalten deshalb sogar eine bessere Versorgung im Einsatzland als die alliierten Streitkräfte. Dementsprechend gibt es mindestens vier oder fünf verschiedene Klassen von Patienten: Soldaten der Koalition, Häftlinge, einheimische Soldaten, einheimische Zivilisten und manchmal auch Kinder. Diese Patientengruppen erhalten

jeweils eine andere Versorgung für die gleichen Verletzungen.

Das Beispiel verdeutlicht, dass es nicht immer möglich ist, die Verwundeten streng nach medizinischen Bedürfnissen zu behandeln. Die Verfügbarkeit von Ressourcen zur Weiter- und Nachbehandlung – die eindeutig von der Staatsangehörigkeit der Patienten abhängt – bestimmt von Anfang an die weitere medizinische Versorgung der Verwundeten. Gleiche Fälle werden dabei nicht gleich behandelt, und vielleicht ist dieses Vorgehen auch richtig. Dieser Ansatz verstößt allerdings eindeutig gegen die Neutralitätsklausel der Genfer Konventionen, der zufolge die medizinische Versorgung sich strikt nach den medizinischen Bedürfnissen richten soll. Und obgleich einige wissenschaftliche Meinungen diese Pflicht zur Wahrung der Neutralität und unterschiedslosen Behandlung als absolut ansehen,² gibt es im Krieg doch Situationen, die diese Sichtweise in Frage stellen. Erstens kann bei knappen Ressourcen die Pflicht zur Behandlung der Soldaten, die sich am besten wieder ins Kriegsgeschehen einbringen können, die Pflicht zur Rettung von Leben aufheben.³ Zweitens pflegt das medizinische Personal womöglich eine Ethik der Kameradschaft, auch Fürsorgeethik genannt, und behandelt zunächst die eigenen Soldaten unabhängig von der Schwere ihrer Verletzungen, da es seinen Landsleuten gegenüber eine besondere Verpflichtung verspürt.

Das Pflichtgefühl gegenüber Kameraden zeigt gleichzeitig, wie weit das Prinzip der militärischen Notwendigkeit reicht. Hierzu sei folgender Fall angeführt:

Ein US-Soldat und ein verbündeter Soldat der irakischen Armee erleiden beide eine Schussverletzung in der Brust. Beide weisen eine geringe Sauerstoffsättigung des Blutes auf. Das Lidocain für die Lokalanästhesie reicht nur für einen Patienten, und es gibt nur einen Katheter zum Einführen in die Brust. Üblicherweise erhält einer der Patienten einen Thoraxkatheter mit lokaler Betäubung, der andere eine Nadeldekompression des Thorax

in Verbindung mit einer Betreuung durch einen Flugsanitäter.⁴

Welcher Patient erhält nun den Thoraxkatheter und die lokale Betäubung und warum?

Als die Teilnehmer eines amerikanischen Workshops gefragt wurden, wie sie die Frage beantworten würden, war die Antwort eindeutig: „Der verwundete Amerikaner.“ Als ich fragte warum, klang ihre Antwort ebenso selbstbewusst: „*Because he’s our brother!*“ („Weil er unser ‚Bruder‘ ist!“)

Es scheint also, dass das militärmedizinische Personal im Hinblick auf die Genfer Konventionen geteilter Meinung ist. Auf der einen Seite wird das Prinzip der unparteiischen medizinischen Hilfe angewandt. Auf der anderen Seite wird eine hiermit im Widerspruch stehende und oftmals stärkere Pflicht wahrgenommen, die eigenen Landsleute bestmöglich medizinisch zu versorgen. Das erste Prinzip bedarf keiner großen Rechtfertigung. Schließlich beruhen ärztliche Integrität und medizinische Wirksamkeit darauf, dass zuerst die dringlichsten Fälle – unabhängig von Rang, Geschlecht und Nationalität – behandelt werden. Aber auch das zweite Prinzip scheint überzeugend: Armeen ziehen in den Krieg, um zu gewinnen. Um zu gewinnen, bedarf es einer gesunden Truppe, und eine gesunde Truppe wiederum bedarf einer hervorragenden medizinischen Versorgung. Deshalb ist es vorteilhaft und auch korrekt, bei knappen Ressourcen zuerst die eigenen Landsleute zu behandeln. Aus diesem Grund ändern viele Streitkräfte bei der Triage im Gefechtsfeld, bei der Zuteilung von Penicillin im Krieg und bei knappen Ressourcen zulässigerweise die Reihenfolge der Behandlung. Anstatt die medizinisch vordringlichen Fälle zuerst zu behandeln, kümmern sich die medizinischen Fachkräfte zunächst um diejenigen, die am schnellsten auf das Gefechtsfeld zurückkehren können. Entsprechend versterben einige Patienten, die eigentlich erfolgreich hätten behandelt werden können,

während andere, deren Behandlung auch später erfolgen könnte, sofort versorgt werden. Die Logik dahinter ist utilitaristisch und moralisch korrekt, denn ohne eine Umkehr der Behandlungsreihenfolge leidet die Intaktheit der Truppe und somit die militärische Schlagkraft. Das Ergebnis – die Niederlage – wird als der schlimmste vorstellbare Fall betrachtet. Mit dieser Argumentation rücken auch die verletzten Soldaten des Feindes an das Ende der Warteschlange.

Eine ähnliche, aber weitaus komplexere Logik steht hinter der Entscheidung im oben angeführten Fall, zunächst den eigenen Kameraden zu behandeln. Dabei sind die beiden Patienten im genannten Szenario sogar Verbündete und keine Feinde. Der militärische Nutzen der Rettung des einen oder des anderen wäre vermutlich gleich. Dennoch sprechen sich die medizinischen Fachkräfte eindeutig für ihren Landsmann aus.

Ein Grund für dieses Verhalten ist eindeutig utilitaristischer Natur. Schon seit Langem kennen Militärsoziologen die Wichtigkeit der sogenannten primären Bindungen (*primary bondings*) zwischen Soldaten und Vorgesetzten, insbesondere auf Zugebene (Einheiten mit 40 bis 50 Soldaten). Primäre Bindungen beginnen mit Teamarbeit und gegenseitiger Abhängigkeit und entwickeln sich langsam hin zu Vertrauen, Loyalität, gemeinsamen Zielen, gegenseitiger Hilfe und Aufopferung. Kleine Militäreinheiten stellen nicht einfach nur eine Ansammlung von gut koordinierten, eigennützig handelnden Individuen dar, sondern vielmehr eine enge Gemeinschaft von Kameraden, die sich durch eine neue Identität auszeichnen: Sie sind Kampfgefährten. Angesichts solcher Verbundenheit ist die bevorzugte Behandlung von Kameraden militärisch vorteilhaft, da dies die moralische Integrität und die Kampfkraft der Einheit aufrechterhält.

Es gibt jedoch noch eine weitere Pflicht, die einige militärmedizinische Fachkräfte ebenso stark bindet wie die medizinethischen Grundsätze. Diese Pflicht geht über die utilitaristische Gerechtigkeit und die damit verbundene Betonung einer effizienten und fairen Verteilung knapper Ressourcen hinaus. Sie unterstreicht vielmehr die besondere Beziehung, die Individuen mit den Personen in ihrem Umfeld verbindet, welchen gegenüber sie eine besondere Verpflichtung zur Hilfeleistung verspüren, unabhängig vom Aufwand und von anderen, konkurrierenden Anforderungen.

Es ist leicht nachvollziehbar, dass eine bevorzugte Behandlung von Familie und Freunden als grundlegende moralische Verpflichtung wahrgenommen wird. So erwartet niemand von Eltern, dass sie sich in besonderer Weise um andere Menschen kümmern, bevor sie ihre eigenen Kinder versorgt haben. Auch Freunde nehmen besondere Verpflichtungen füreinander wahr, die sie gegenüber Fremden nicht verspüren. Hier handelt es sich um etablierte intuitive Wahrnehmungen, die unterstreichen, was die Philosophin Virginia Held als Fürsorgeethik bezeichnet. Die Fürsorgeethik bezeichnet eine bedingungslose gegenseitige Verpflichtung zwischen Menschen, die in einer ganz besonderen Beziehung zueinander stehen: Der eine bietet die lebenserhaltende Behandlung an, auf die der andere angewiesen ist. Die Fürsorgeethik steht eher für eine emotionale denn für eine vertragliche Bindung. Es geht hier um „persönliche Anteilnahme, Loyalität, Interesse, Mitgefühl und Offenheit für die Einzigartigkeit, die besonderen Bedürfnisse, Interessen [und] Lebensgeschichte geliebter Menschen“.

Diese besonderen, durch Präferenzen geleiteten Verpflichtungen gegenüber Freunden, Familienmitgliedern und Landsleuten werfen unvermeidlich Fragen der Verteilungsgerechtigkeit auf: Was passiert, wenn Personen außerhalb dieses Kreises die Versorgung und Aufmerksamkeit dringender benötigen? Diese

Frage ist zweifelsohne berechtigt, aber bei der Fürsorgeethik geht es nicht um Gerechtigkeit. Vielmehr sollen sich Freunde und Familienmitglieder gegenseitig helfen, ohne dafür eine Gegenleistung zu erwarten; häufig geschieht dies unter großen persönlichen Mühen und in dem Bewusstsein, dass die gleiche Hilfe einem Fremden mehr Nutzen bringen könnte. Ist das Leben der eigenen Familie oder der eigenen Freunde in Gefahr, dann ist die übermäßige Beschäftigung mit der möglichen Rettung eines Fremden „ein Gedanke zu viel“, formulierte Bernard Williams einst so treffend. Ist die medizinische Versorgung von verwundeten Feinden demnach „ein Gedanke zu viel“? Wenn Militäreinheiten wie Familien erlebt werden, kann die bevorzugte Behandlung von Landsleuten moralisch genauso geboten sein wie die bevorzugte Behandlung von Familienmitgliedern. Die Bindungen unter Kampfgefährten unterscheiden sich nicht von denen unter Familienmitgliedern oder Freunden und implizieren die bedingungslose einseitige Pflicht, einander in der Not zu helfen.

Übertragen auf die Situation im Gefechtsfeld, hat die Fürsorgeethik wichtige Auswirkungen. Dazu seien drei verschiedene Szenarien angeführt.

Gleiche Verletzungen

Beim genannten Beispiel aus dem Irak haben beide Soldaten die gleichen Verletzungen und die gleiche Überlebenschance. Sie sind Verbündete, und die bevorzugte Lebensrettung eines bestimmten Soldaten bedeutet keinen größeren militärischen Nutzen. Besteht eine emotionale Bindung zu beiden Soldaten, könnte man eine Münze werfen, doch auch wenn das Lotto-Prinzip Unparteilichkeit verspricht, darf die moralische Komponente der Pflichten nicht verkannt werden, die sich aus der Zugehörigkeit zu einer Primärgruppe ergeben. Diese Pflichten sind nicht nebensächlich, sollten aber dennoch nur als letzte Entschei-

dingshilfe herangezogen werden, nachdem alle anderen unparteiischen Kriterien der Verteilungsgerechtigkeit bereits abgefragt wurden. In diesem Fall ist es dann moralisch zulässig, zuerst den Amerikaner zu behandeln, da er aus Sicht der behandelnden medizinischen Fachkräfte ein Kamerad ist.

Extrem ungleiche Verletzungen

Sanitätssoldaten bestehen in einigen Fällen darauf, dass sie erst die kleinste Wunde eines Landsmannes behandeln würden, ehe sie sich um den Feind kümmern. Wenn man jedoch genauer darüber nachdenkt, wird klar, was sie damit meinen: Sie werden erst den Landsmann stabilisieren und sich dann um den Feind kümmern, wenn die Verwundung des Landsmannes nur geringfügig ist und der Feind eine schwere oder sogar lebensbedrohliche Verletzung aufweist. In diesem Fall wird die Fürsorgeethik von einer anderen Regel verdrängt, nämlich der *Rule of Rescue*, d. h. der Verpflichtung, anderen zu helfen, wenn der Aufwand vertretbar und die Gefahr für einen Fremden sehr groß ist. Auf dem Gefechtsfeld hingegen ist die relative Schwere der Verletzung eines Soldaten für einen Feldsanitäter ohne umfassende Diagnosemittel oder -kenntnisse unter Umständen nicht ohne weiteres erkennbar. Das kann dazu führen, dass Sanitäter sich an den Prinzipien orientieren, die für Verletzungen gleicher Schwere oder Verletzungen, die sich nur unwesentlich unterscheiden, gelten. Beide Fälle können die bevorzugte Behandlung von Landsleuten rechtfertigen.

Mäßig ungleiche Verletzungen

Diese Fälle sind die schwierigsten. Hierzu seien die folgenden zwei Umstände betrachtet:

1. Es stehen ausreichende medizinische Mittel zur Verfügung, um das Leben eines Landsmannes oder zweier (oder mehrerer) Feinde zu retten.

2. Die Landsleute sind von Verstümmelung oder Gliedmaßenverlust bedroht, aber die Feinde sind lebensgefährlich verletzt.

Normalerweise wäre die moralische Wahl klar. Zwei Leben zu retten ist besser, als ein Leben zu retten; Leben zu retten ist wichtiger, als Gliedmaßen zu retten. Nichtsdestotrotz kann die Fürsorgeethik ein anderes Urteil zulassen. In einigen Fällen kann es moralisch zulässig sein, das Leben eines Landsmannes anstatt das Leben zweier oder mehrerer Fremder (ob Feinde oder Verbündete) zu retten. Ebenso kann die Rettung von Gliedmaßen unter Umständen als wichtiger eingestuft werden als die Rettung von Leben.

Wie ist das möglich? Zum einen wird ein Eltern teil – der zwingenden Logik der Fürsorgeethik folgend – das Leben seines eigenen Kindes über die Rettung vieler anderer Menschenleben stellen. Der Grundsatz der Wohltätigkeit, die Pflicht, anderen zu helfen, wird erheblich abgeschwächt, wenn der Preis dem Retter zu hoch erscheint. Dies wird der Fall sein, wenn der Retter Gefahr läuft, sein Kind oder ein anderes Mitglied seiner Primärgruppe zu verlieren. Wenn Leben in Gefahr sind, wird unser Verantwortungsgefühl gegenüber Freunden und Familie offenkundig. Auch die Möglichkeit, das Leben vieler Fremder retten zu können, wird uns nicht wichtiger erscheinen als unsere Pflicht als Eltern (oder Soldaten), das Leben unserer eigenen Kinder (oder Landsleute) zu retten.

Droht der Verlust von Gliedmaßen, sind mehrere Szenarien denkbar. Nehmen wir beispielsweise an, künstliche Gliedmaßen könnten die körperliche Funktionsfähigkeit des Patienten zum Großteil wiederherstellen. Dann wäre aus Sicht der Mediziner die Rettung der Gliedmaßen des eigenen Landsmannes nicht höher zu bewerten als die Lebensrettung des Feindes. Denkbar ist aber auch eine Situation, in der ein Verlust von Gliedmaßen die Aussicht auf ein würdevolles Leben stark beeinträchtigen

würde. In diesem Fall kann die aus primären Bindungen resultierende Verpflichtung es rechtfertigen, die Rettung von Gliedmaßen der Rettung von Leben vorzuziehen.

Vorsicht vor dem Argument der „schiefen Ebene“

Es sei an dieser Stelle davor gewarnt, Freunden und Familienangehörigen zu viel Gewicht beizumessen. Auch wenn primäre Bindungen sowohl für einen effektiven Kampf als auch für die Verfestigung besonderer, übergeordneter moralischer Verpflichtungen unter Gruppenangehörigen von essenzieller Bedeutung sind, rechtfertigen sie weder das rücksichtslose Übergehen grundlegender moralischer Normen noch deren Vernachlässigung. Die Fürsorgeethik sieht vor, dass Ärzte, Pfleger und Sanitätssoldaten neben der medizinischen Versorgung ihrer Landsleute auch Fremde in Notlagen betreuen und die grundlegenden Menschenrechte hochhalten. Held bezeichnet dies als das „moralische Minimum“ der Versorgung.

Sanitätssoldaten erkennen dies an, wenn sie von ihrer Bereitschaft berichten, schwer verwundete feindliche Soldaten zu stabilisieren oder mit Beruhigungsmitteln zu versorgen, nachdem sie sich zuvor um die weniger schweren Verletzungen ihrer Landsleute gekümmert haben. Damit ist auch erklärt, warum medizinische Fachkräfte womöglich zwar zunächst verwundete Landsleute und erst dann verwundete feindliche Soldaten behandeln, aber auch von der Versorgung von Landsleuten absehen, wenn sie bereits mit der Behandlung der verwundeten Soldaten des Gegners begonnen haben. Dies kann der Fall sein, wenn Chirurgen gerade mit der Behandlung feindlicher Soldaten begonnen haben und sich dann plötzlich einer großen Anzahl neu eingetroffener Verletzter aus den eigenen Reihen gegenübersehen. Einzelne Berichte lassen darauf schließen, dass Ärzte und Pflegekräfte

nicht die Behandlung des Feindes abbrechen, um sich um die eigenen Soldaten zu kümmern. Abgesehen von der berechtigten Sorge, dass ein Einstellen der Hilfe gleichbedeutend mit Mord wäre, liegt außerdem auf der Hand, dass medizinisches Personal eine besondere Beziehung zum Patienten eingeht, sobald es mit der Behandlung eines verwundeten Soldaten beginnt. Diese neue Beziehung bringt wiederum neue, deutlich wahrgenommene Fürsorgepflichten mit sich, die nicht einfach vernachlässigt werden können.

Wenn die Ressourcen beschränkt sind, sieht sich die Militärmedizin mit schwierigen moralischen Problemen konfrontiert. Selbst bei einer Finanzierung durch ein finanziell gut situiertes Land wie die USA unterliegt die medizinische Versorgung in Kriegszeiten der Ressourcenknappheit. Unter solchen Umständen sind Ärzte und Pflegekräfte häufig zwischen rechtlichen Normen und der Fürsorgeethik hin- und her gerissen. Dieses Dilemma lässt sich nicht leicht lösen, aber in Fällen wie den oben beschriebenen sollten Sanitäter, Pfleger und Ärzte keine moralischen Bedenken haben, zunächst ihre eigenen Landsleute medizinisch zu versorgen.

Fazit

Der Krieg stellt die Medizinethik vor besondere Herausforderungen, da militärische Notwendigkeiten und besondere Fürsorgepflichten den Grundsatz der medizinischen Notwendigkeit und der unparteiischen Behandlung aushebeln können. Die oben dargestellten Fälle sind nicht die einzigen, bei dem militärische Notwendigkeit die Auslegung medizinischer Prinzipien beeinflusst. Weitere Fälle seien hier kurz angeführt: die Notwendigkeit, für eine effektivere Kriegführung nichttödliche Waffen zu entwickeln; die Zwangsernährung in Hungerstreik befindlicher Häftlinge, die ihr Leben für ein politisches oder militärisches Ziel aufs Spiel setzen; oder die Entwicklung

effizienzsteigernder Technologien, bei denen medizinische Maßnahmen zur Verbesserung der militärischen Schlagkraft eingesetzt werden.⁵ In jedem einzelnen dieser sowie in vielen weiteren Fällen müssen Militärärzte ihren Pflichten als Offiziere einerseits und medizinische Helfer andererseits in Einklang bringen.

- ¹ Gross, M. (2006): *Bioethics and Armed Conflict: Moral Dilemmas of Medicine and War*, Cambridge.
- ² Sessums, L., Collen, J., O'Malley, P., Jacobson, J. & Roy, M. (2009): Ethical practice under fire: deployed physicians in the global war on terrorism, *Military Medicine* 174 (5), S. 441–447; Baer, H., and Baillat, J. (2002): Military necessity versus the protection of the wounded and sick: a critical balance, *Military Medicine* 167, S. 17–19; Xenakis, S. & Ofran, Y. (2007): Maintaining Medical Neutrality in Conflict Zones, *Virtual Mentor* 9(10), S. 681–687.
- ³ Howe, E. (2003): Dilemmas in military medical ethics since 9/11, *Kennedy Institute of Ethics Journal* 13(2), S. 175–188.
- ⁴ Vielen Dank an Major Jacob F. Collen, M.D., der diesen Fall in die Debatte einbrachte. Siehe Collen, J., O'Malley, P., Roy, M. & Sessums, L. (2013): *Military medical ethics: Experience from Operation Iraqi Freedom*, in: Gross, M. and Carrick, D. (Hrsg.): *Military Medical Ethics for the 21st Century*, Ashgate Publishing, Military and Defense Series, S. 17-42.
- ⁵ Gross, M. (2013): *Military Medical Ethics: A Review of the Literature and a Call to Arms*, *Cambridge Quarterly for Healthcare Ethics* 22 (1), S. 92–109.



Prof. Dr. Michael L. Gross ist Professor und Leiter der politikwissenschaftlichen Fakultät an der Universität Haifa, Israel. Er promovierte in Politikwissenschaften an der Universität Chicago. Er veröffentlichte zahlreich zu Medizinethik, Militäretik, Militär-Medizin-Ethik und zu Fragen der Medizin und nationalen Sicherheit. Er ist Mitglied von nationalen und regionalen Bioethikkommissionen in Israel und hielt Seminare und Vorträge für das niederländische Verteidigungsministerium, die Sanitätsdienste der US-Streitkräfte am Walter-Reed-Militärkrankenhaus, die US-Marineakademie, das International Committee of Military Medicine (ICMM) sowie den Sanitätsdienst und das College für Nationale Sicherheit der israelischen Streitkräfte über Ethik in bewaffneten Konflikten, Medizin und nationale Sicherheit.

Ethische Spannungen im Einsatz – Erfahrungen von kanadischen Militärärzten

von Dr. Bryn Williams-Jones, Sonya de Laat, Dr. Matthew Hunt, Christiane Rochon, Ali Okhowat, Dr. Lisa Schwartz, Jill Horning

Bei internationalen Einsätzen finden militärische, humanitäre und entwicklungstechnische Missionen oft parallel statt. Deshalb kommt es häufig zu einer Überschneidung und manchmal auch zu einer Kollision der Rollen, die das militärmedizinische Fachpersonal (Ärzte, Krankenschwestern, medizinische Assistenten und verwandte Berufsgruppen) zu erfüllen hat. So kann es vorkommen, dass militärmedizinische Fachkräfte gleichzeitig oder zeitversetzt als Ärzte, Soldaten und Entwicklungshelfer fungieren müssen. Dies kann zu komplexen ethischen Konflikten führen, die weit über die in der Medizinethik üblicherweise genannten Fälle hinausgehen. In solchen Situationen mögen die Grundsätze der Medizinethik zwar gelten, erfahren jedoch je nach den jeweiligen internen und externen Einflüssen und Wahrnehmungen der verschiedenen Akteure eine unterschiedliche Gewichtung. So kommen die Aspekte Triage und angemessene Zuteilung der Ressourcen, Behandlungs- und Pflegestandards, Einwilligung nach Aufklärung der Patienten, Patientenautonomie und der Schutz und die Förderung der Menschenrechte je nach Situation unterschiedlich stark zum Tragen. Noch deutlicher zutage treten diese Fragen bei bewaffneten Konflikten, in denen das militärmedizinische Fachpersonal sowohl die Interessen der Patienten als auch der Soldaten zu berücksichtigen hat. Oft stehen die Mediziner unter dem Druck, an medizinischen Hilfsaktionen teilnehmen zu müssen, um das Vertrauen der Bevölkerung vor Ort zu gewinnen, oder sie fühlen sich genötigt, Soldaten auch in zweifelhaften Fällen für kampftauglich zu erklären, die Privatsphäre der Patienten

zugunsten militärischer Zwecke zu übergehen oder Soldaten, Kämpfer und Zivilisten gegen deren Willen zu behandeln. Arbeiten die Streitkräfte mehrerer Nationen mit ihren jeweiligen Verhaltensregeln und Verfahren bei Einsätzen zusammen und greifen dabei auf eine gemeinsame medizinische Infrastruktur zurück, erhöht sich automatisch die Eintrittswahrscheinlichkeit ethischer Dilemmata. Entsprechend stellt sich die Frage nach der moralischen Verantwortung militärmedizinischer Fachkräfte in bewaffneten Konflikten: Welcher Institution oder welchem Beruf sind sie vorrangig zur Loyalität verpflichtet? Welchem Berufsethos sollten sie folgen? Wie sollten sie sich verhalten, wenn sie mehrere, einander teilweise entgegenstehende moralische Verpflichtungen zu beachten haben?

Das alles sind keine leichten Fragen. Die Literatur zur Bioethik – insbesondere die zur Militärmedizinethik – bietet einen hilfreichen Ausgangspunkt, weist allerdings hinsichtlich der jeweiligen Rollen und Verantwortlichkeiten des militärmedizinischen Fachpersonals sehr unterschiedliche, teilweise auch polarisierende Ansätze auf. Zudem handelt es sich häufig um konzeptuelle Analysen, die sich nur in geringem Umfang auf empirische Untersuchungen stützen. 2010 starteten wir – die *Ethics in Military Medicine Research Group* (EMMRG, www.emmrg.ca) – deshalb mithilfe des Büros des Generalarztes der kanadischen Streitkräfte ein empirisches Bioethikprojekt, um die ethischen Spannungen und Dilemmata militärmedizinischer Fachkräfte zu untersuchen, die bei internationalen Missionen eingesetzt werden.

Ziel der EMMRG ist die Erarbeitung ethischer Instrumente bzw. Leitlinien, um militärmedizinische Fachkräfte durch den Ausbau ihrer ethischen Kompetenzen und die Stärkung ihres Selbstvertrauens besser für die ethischen Spannungen im Berufsalltag zu wappnen und so auch die Versorgung ihrer Patienten zu verbessern. Im Folgenden geben wir einen Überblick über die Ergebnisse unserer Studie¹.

Erkenntnisse der medizinethischen Literatur

Die Literatur zur Militärmedizin befasst sich häufig mit den politischen und gesellschaftlichen Rollen medizinischer Fachkräfte sowie mit deren Rollen gegenüber ihren Patienten. Wir gruppieren die bestehenden Ansätze zu den Rollen militärmedizinischer Fachkräfte in der Literatur in drei (sich nicht gegenseitig ausschließende) Kategorien: 1) Primat der klassischen bioethischen Grundsätze, 2) Befolgung des Berufsethos und 3) Konflikte, die sich aus dualen bzw. eine Doppelrolle beinhaltenden Tätigkeiten und Loyalitäten ergeben.

1. Das Primat der klassischen bioethischen Grundsätze

Nach diesem Ansatz sollte sich militärmedizinisches Fachpersonal in jeder Situation und zu jedem Zeitpunkt als medizinisches Fachpersonal begreifen und die Bedürfnisse der Patienten, wie von der Medizinethik gefordert, als oberste Priorität behandeln. Einige Autoren halten die Tätigkeit des Arztes bei den Streitkräften grundsätzlich für unethisch, während andere Verfasser für die Rückkehr zu einem pazifistisch ausgerichteten medizinischen Berufsverständnis plädieren. Ein Dilemma entsteht, wenn medizinische Fachkräfte sich angesichts vermeintlicher militärisch operativer Anforderungen verpflichtet fühlen, die Interessen der Patienten zurückzustellen, oder wenn sie die in ihren Augen angemessene Behandlung nicht anbieten können. Militärische Grundsätze, die auf die Wahrung von Kampfkraft und Gehorsam ausgerichtet sind, kollidieren hier also mit medizinethischen

Prinzipien wie der Achtung der Patientenautonomie und der Schadensvermeidung. Es besteht demnach ein Spannungsverhältnis zwischen militärischen und medizinischen Kontexten, wobei tendenziell davon ausgegangen wird, dass die Hauptursache für das Auftreten ethischer Konflikte genau in diesem Gegensatz liegt.

2. Divergente ethische Normen

Andere Autoren wiederum vertreten die Auffassung, die traditionellen Grundsätze der Bioethik seien nur schwer auf militärische Missionen anzuwenden, da hier auch die Interessen der Allgemeinheit auf dem Spiel stünden, insbesondere die nationale Sicherheit. Die Medizinethik, so wird argumentiert, könne in Kriegszeiten nicht die gleiche wie in Friedenszeiten sein. Schließlich müsse die Ethik im Kriegsfall oder bei Gefahr für die öffentliche Gesundheit auf besondere Weise angewandt werden, da sie dem Allgemeinwohl verpflichtet sei. Die Gesundheitsversorgung in der Praxis – mit den eingesetzten Technologien, den jeweils verfügbaren Ressourcen und der Bandbreite verschiedener Patiententypen – wird ebenfalls zunehmend komplexer. In bewaffneten Konflikten stehen militärmedizinische Fachkräfte immer wieder in der Pflicht, diametral entgegengesetzte Prioritäten gegeneinander abzuwägen – z. B. die Einsatzbereitschaft der Truppen bzw. die nationale Sicherheit gegen die Medizinethik. Gleichwohl gilt laut dem Weltärztebund (WMA):

„Die Medizinethik im bewaffneten Konflikt ist identisch mit der Medizinethik in Friedenszeiten [...] Wenn Ärzte bei der Ausübung ihres Berufs in einen Loyalitätskonflikt geraten, gilt ihre erste Pflicht ihren Patienten; bei sämtlichen beruflichen Tätigkeiten sind Ärzte an die internationalen Menschenrechtskonventionen, das humanitäre Völkerrecht und die Deklarationen des Weltärztebunds zur Medizinethik gebunden.“²

Wenn es auch um das Interesse der Allgemeinheit geht, bewegen sich medizinische Fachkräfte oft im Spannungsfeld widersprüchlicher Anweisungen und Normen, nämlich derer

ihres Arbeitgebers (die Streitkräfte) einerseits und derer ihres Berufsstandes (Arzt, Krankenpfleger usw.) andererseits.

3. Doppelte Loyalität im Beruf – ein Widerspruch?

Einige Autoren leiten die ethischen Herausforderungen der Militärmedizin aus dem Umstand ab, dass sie zwei verschiedene Berufe mit ihren ganz eigenen Verhaltenskodizes und Rollen zusammenführe, welche jedoch nicht immer (bzw. teilweise überhaupt nicht) miteinander vereinbar seien. Der Widerspruch zwischen den Wertvorstellungen des Berufs und der Ethik schaffe das komplexe Spannungsverhältnis der „doppelten Loyalität“ oder „Doppelrolle“. Allerdings umfasst das Konzept der doppelten Loyalität eine Reihe verschiedener Begriffe, die einer weiteren Definition bedürfen, wie z.B. Beruf, Berufsverständnis, Werte, Rolle, Konflikt, Interessenskonflikt, gesellschaftliche/politische Verantwortung und die Rolle der Menschenrechte in Gesundheitsfragen. Wie und zu welcher ihrer beruflichen Rollen sollen sich medizinische Fachkräfte bekennen, wenn sie (entweder gleichzeitig oder zeitversetzt) als Ärzte, Soldaten oder Entwicklungshelfer angefordert werden? Und muss diese Situation unweigerlich eine Entscheidung für das eine oder das andere bedeuten, oder kann eine militärische Fachkraft gleichzeitig auch medizinische Fachkraft sein?

Zusammenfassung

Leider beschränkt sich die bestehende Literatur in vielen Fällen darauf, die zentralen Akteure dieser ethischen Konflikte (z. B. militärmedizinisches Fachpersonal, Kämpfer, Nichtkombattanten, Regierungen) isoliert zu betrachten. Dabei werden weder die dynamischen Wechselbeziehungen noch die kontextabhängigen Faktoren ausreichend thematisiert, welche das Erleben der ethischen Dilemmata und Spannungen entscheidend prägen. Spannungsfälle werden oft isoliert und nicht in ihrer Vielschichtigkeit behandelt. Dementspre-

chend wird die Arzt-Patient-Beziehung auch in nahezu allen Fällen als Gegensatz zur Rolle medizinischer Fachkräfte in anderen Zusammenhängen (z.B. im Rahmen der Streitkräfte, in Staat und Gesellschaft) gesehen. Häufig kommt es zu stereotypen Urteilen über Ärzte und andere Gesundheitsberufe (Idealisierung) oder über die Streitkräfte (utilitaristischer Ansatz, Überidentifizierung mit den Kämpfern, Autoritarismus). In der wissenschaftlichen Debatte geht es vor allem um die verschiedenen ethischen Pflichten und die Verantwortung der medizinischen Fachkräfte, aber die Grenzen dieser Verantwortung werden nur selten deutlich aufgezeigt. Ethische Spannungen werden angeführt, um eine bestimmte Meinung zu untermauern und dabei a) den Druck militärischer Prioritäten herauszustellen, der auf medizinischen Fachkräften lastet; b) die Unvereinbarkeit von Regeln, ethischen Kodizes und humanitärem Recht mit der Realität militärischer Missionen hervorzuheben; oder c) Richtlinien und Ideologien (Menschenrechte) vorzustellen, die die Teilnahme medizinischer Fachkräfte an bewaffneten Konflikten rechtfertigen oder ablehnen.³ Schließlich stützt sich die theoretische Analyse häufig auf berichtete Sachverhalte und Einzelberichte (z.B. Teilnahme eines Arztes an einem Verhör) oder auf eine konzeptionelle Analyse der Problemstellungen (z.B. Triage). Nur in seltenen Fällen schreiben Militärärzte Fachartikel, Bücher oder Blogs, um ihre Ansichten und Erfahrungen zu beschreiben. Bisher nur in sehr wenigen Studien wurden militärmedizinische Fachkräfte zu den ethischen Dilemmata oder Konflikten befragt, die sie im militärischen Kontext erleben. Allerdings liegen einige vergleichbare Studien zu medizinischen Fachkräften in humanitären Einsätzen vor, die aufschlussreiche Einblicke gewähren.⁴

Erkenntnisse der empirischen Untersuchung

Um die Natur ethischer Spannungen und Dilemmata im Kontext der Militärmedizin und

die Mittel zu ihrer Bewältigung besser verstehen zu können, befragten wir 50 medizinische Fachkräfte der kanadischen Streitkräfte zu ihrem Einsatz in bewaffneten Konflikten, Naturkatastrophen oder Friedensmissionen. Zu den Studienteilnehmern gehörten Ärzte, Krankenschwestern, Physiotherapeuten, Rettungssanitäter und ein Assistenzarzt. Die meisten von ihnen sind Offiziere und blicken auf Einsätze in Afghanistan, Bosnien, den Golanhöhen, Haiti und Sri Lanka zurück. Bei unserer Analyse stellten wir schon zu einem frühen Zeitpunkt fest, dass die Ursachen ethischer Herausforderungen grob in die vier Hauptkategorien eingeordnet werden konnten, die Schwartz et al.⁵ in ihrer Untersuchung der ethischen Herausforderungen für das Gesundheitspersonal in humanitären Einsätzen vornehmen: 1) Ressourcenknappheit, 2) historische, kulturelle oder gesellschaftliche Strukturen, 3) Richtlinien und Programme und 4) berufliche Rollen. Erfolgen Einsätze in Konfliktregionen oder im Rahmen multinationaler Streitkräfte mit unterschiedlicher Einsatzdauer (Wochen oder Monate), stellen sich diese Herausforderungen umso komplexer dar.

Ursache 1: Ressourcenknappheit

Die Befragten sprechen häufig Probleme im Zusammenhang mit knappen Ressourcen an, sowohl im Hinblick auf die medizinische Ausrüstung als auch auf das Personal. So fällt es vielen Ärzten und Krankenschwestern, die normalerweise in Kanada tätig sind, schwer zu akzeptieren, dass sie am Einsatzort nicht das gleiche Maß an Pflege bieten können wie „zu Hause“. Zudem berichten die Studienteilnehmer von Interessenskonflikten bei der bestmöglichen Zuweisung vorhandener Ressourcen. So geraten Rettungssanitäter auf Patrouille ebenso wie Ärzte in temporären Feldlagern in einen ethischen Zwiespalt, wenn sie einheimischen Patienten (Zivilisten, Polizisten, Militärangehörige) eine Behandlung nur begrenzt oder gar nicht anbieten können, da sie Ressourcen für Patienten der kanadi-

schen oder alliierten Streitkräfte (in diesem Falle der NATO) zurückhalten müssen. Andere berichten von „problematischen“ heldenhaften Behandlungen, die ihre Kollegen an einheimischen Patienten vornahmen, sowie von medizinischen Eingriffen an Soldaten, die sie als unnötig oder auch aussichtslos einstufen.

Ursache 2: historische, kulturelle oder gesellschaftliche Strukturen

Unterschiede hinsichtlich der kulturellen oder religiösen Überzeugungen werden oft als Auslöser erheblicher ethischer Konflikte in der Gesundheitsversorgung genannt. Insbesondere religiös bestimmte Haltungen zur körperlichen Unversehrtheit (z.B. Amputationen oder lebensverlängernde Maßnahmen) lösen bei vielen militärmedizinischen Fachkräften Besorgnis und Unbehagen aus. Auch das Thema Geschlecht zeigt sich in drei typischen Situationen: Erstens bei weiblichen Angehörigen des Militärs, die in extrem patriarchalisch geprägten Kontexten ihre berufliche Autorität infrage gestellt sehen; zweitens in der Behandlung weiblicher Patienten, die Opfer geschlechtsspezifischer Gewalt geworden sind; und schließlich in der fehlenden Selbstbestimmung einheimischer weiblicher Patienten. Zudem bringen viele Studienteilnehmer ihre Frustration, teilweise auch ihre innere Not, angesichts der instabilen Gesundheitsversorgung am Einsatzort und des ungleichen Zugangs zu Gesundheitsdienstleistungen für Kanadier und Einheimische zum Ausdruck. Als besonders belastend erleben die Befragten die Erkenntnis, dass eine Überweisung der Patienten an das Gesundheitssystem vor Ort angesichts ungenügender Ausbildung, fehlender Fachkräfte und Ressourcen sowie mangelhafter Infrastruktur den sicheren Tod der Patienten bedeute.

Ursache 3: Richtlinien

International geltende Gesetze und Konventionen geben medizinischen Fachkräften eine eher grobe ethische Orientierung. Aufgrund

ihres Praxisbezugs und der klaren Entscheidungsgrundlagen nennen die Befragten die *Medical Rules of Eligibility* (MROE, medizinische Auswahlkriterien) als wichtigste Vorgabe. In Afghanistan z. B. schreibt die MROE-Richtlinie die vorrangige Behandlung von Soldaten und Häftlingen vor (wenn auch mit einer Binnendifferenzierung hinsichtlich eigener und fremder Streitkräfte) sowie die Beschränkung medizinischer Eingriffe auf die Wahrung von „Leben, Leib und Augenlicht“. Trotz der klaren Vorgabe durch die MROE-Richtlinie entstehen Spannungen, vor allem in Situationen, in denen medizinische Fachkräfte zu entscheiden haben, ob Opfer von Kollateralschäden, kranke oder verletzte Zivilisten ebenfalls behandelt werden sollen. Zudem ändert sich die Anwendung der MROE-Richtlinie teilweise je nach diensthabendem Arzt (etwa bei der Entlassung der Patienten), sodass die Befragten das Prinzip der „ethischen Gesundheitsversorgung“ in der Umsetzung als teilweise widersprüchlich erleben. Verschärft wird dies noch in Fällen, in denen die Gesundheitsversorgung instrumentalisiert wird (z.B. im Rahmen vertrauensbildender Maßnahmen). Manche Studienteilnehmer beschreiben Frustration und Sorge im Zusammenhang mit Patienten, denen keine kontinuierliche Behandlung angeboten werden kann. Ebenfalls häufig sprechen die Befragten die Problematik (und innere Not) bei der Behandlung von Kindern an, denn die Pädiatrie ist kein Bestandteil der regulären militärmedizinischen Versorgung und fällt nicht unter die MROE-Richtlinie.

Ursache 4: berufliche Rollen

Aufgrund der Vermischung internationaler Einsatzkräfte mit medizinischem Fachpersonal sowie der Spannungen zwischen den verschiedenen Rollen medizinischer Fachkräfte ergeben sich entscheidende Unterschiede bei den Erwartungen und berufsbezogenen Normen hinsichtlich der Behandlung verschiedener Patientengruppen (z.B. Kämpfer und Nichtkombattanten). Zu Spannungen kommt

es insbesondere bei den US-Streitkräften, da die eigenen medizinischen Fachkräfte auch in Verhören eingebunden sind. Interessanterweise – und entgegen der Aufmerksamkeit, die dieses Thema in der Literatur erfährt – führen nur wenige unserer Teilnehmer an, Probleme mit der doppelten Loyalitätspflicht zu haben oder sich nicht als Teil der kanadischen Streitkräfte zu verstehen. So machen einige Befragte deutlich, dass sie sich zwar in erster Linie als medizinische Fachkräfte verstünden, aber auch akzeptierten, dass sie diese Aufgabe für eine militärische Institution erfüllten. Weitere Teilnehmer betrachten ihre Doppelrolle als medizinische Fachkraft und Angehöriger der Streitkräfte von vornherein gar nicht erst als problematisch, da sie beide Rollen als wesentliche Bestandteile ihrer beruflichen Identität verstehen.

Fazit

Unsere Untersuchungsergebnisse veranschaulichen die Komplexität ethischer Fragestellungen im Zusammenhang mit internationalen Einsätzen militärmedizinischer Fachkräfte sowohl im Kriegsfall als auch bei Katastrophen und in Friedensmissionen. Sie zeigen, auf welche Weise diese Fragen durch das berufliche Rollenverständnis der medizinischen Fachkräfte einerseits und durch die Streitkräfte als Institution andererseits geprägt werden. Medizinische Fachkräfte werden in ihren Einsätzen mit komplexen ethischen Problemstellungen konfrontiert, auf die sie sich nicht immer gut vorbereitet fühlen. Auch wenn sich diese ethischen Fragen bzw. Dilemmata vom Thema der psychischen Gesundheit unterscheiden: Sie können – in Extremfällen und wenn sie nicht effektiv gelöst werden – zu Gewissensnot führen und zur Folge haben, dass medizinische Fachkräfte die Teilnahme an Einsätzen verweigern, posttraumatische Belastungsstörungen oder hiermit assoziierte Symptome entwickeln, aus den Streitkräften ausscheiden oder – schlimmer noch – sich

selbst oder anderen Schaden zufügen. Dies wiederum wirkt sich auf die Kommandokette, das Team und die militärische Organisation in ihrer Gesamtheit aus (z. B. auf die Quote des Verbleibs der Fachkräfte in den Streitkräften).

Beim Vergleich der Literatur zur Bioethik (hier insbesondere der Veröffentlichungen zur Militärmedizinethik) mit den Erfahrungen unserer Studienteilnehmer von den kanadischen Streitkräften stellen wir in einigen Bereichen eine Divergenz hinsichtlich der „wahren“ ethischen Probleme der Mediziner in der Praxis fest. So gibt das Thema der doppelten Loyalität, das in der Literatur so viel Beachtung findet, keinen Anlass zur Sorge. Stattdessen zeigen sich komplexe Herausforderungen bei Themen, die auch in der öffentlichen Gesundheitsversorgung und speziell bei humanitären Missionen eine zentrale Rolle spielen: dem Umgang mit Ressourcenknappheit und ungleichem Zugang, der Unmöglichkeit der kontinuierlichen Versorgung und der unausweichlichen Erkenntnis, dass die im Heimatland angebotenen Gesundheitsleistungen bei internationalen Einsätzen häufig nicht erbracht werden können. Die medizinischen Fachkräfte der kanadischen Streitkräfte durchlaufen zwar das gleiche Ethik-Training wie andere Teilstreitkräfte. Schulungen zur Militärmedizinethik beschreiben die Studienteilnehmer jedoch als uneinheitliche Ad-hoc-Maßnahmen. Wie ein Befragter anmerkt, „übernehmen es [die medizinischen Fachkräfte] selbst, sich in irgendeiner Form in Medizinethik weiterzubilden, wenn es jemanden im Team gibt, der dies für nötig erachtet“, aber „ein Großteil der Ethik in der Gesundheitsversorgung beruht auf dem, was man in ... der Schule gelernt hat, und das ist wenig – im besten Falle“. Dass diese Auseinandersetzung überhaupt geführt wird – häufig auf Initiative von Einzelpersonen, die bereits entsprechende Erfahrungen bei ihren Einsätzen gesammelt haben –, zeigt die Notwendigkeit

und den Wert spezialisierter Ethikschulungen für militärmedizinische Fachkräfte.

Da militärmedizinische Fachkräfte in sehr unterschiedlichen Umgebungen arbeiten (z.B. in Konfliktregionen oder bei Naturkatastrophen), müssen Ethikschulungen bei dieser vielschichtigen Realität ansetzen. Entsprechend ausgerichtete Fallstudien wären ein geeignetes Unterrichtsmittel, das vor Einsätzen und im Anschluss bei Weiterbildungen eingesetzt werden könnte. Zudem zeigt sich in unseren Interviews immer wieder die Bedeutung formeller und informeller (d.h. unabhängig von der militärischen Rangordnung stattfindender) Möglichkeiten zum Erfahrungsaustausch im Team. Auf diese Weise können vor und während der Einsätze die ethischen Herausforderungen in der Praxis besprochen und nach besonders schwierigen Situationen ausgewertet werden. Darauf aufbauend könnten Mechanismen erarbeitet werden, die den Dialog als zentralen Bestandteil von Ethikschulungen verankern (Gruppendiskussionen) und die als Grundlage für die Problemlösung und Entscheidungsfindung im Einsatz dienen können.

Unsere Studie bestätigt unsere Ausgangshypothese – so einseitig diese innerhalb einer Gruppe von Bioethikern ausfallen mag: Militärmedizinische Fachkräfte können von kontext- und berufsspezifischen Ethikschulungen profitieren. Im nächsten Arbeitsschritt suchen wir nach Möglichkeiten zur weiteren Zusammenarbeit mit den kanadischen Streitkräften (und den Streitkräften weiterer Nationen), um innovative Instrumente für Ethikschulungen aufzuzeigen (z.B. Unterricht mit verschiedenen Methoden, Mobil- und Online-Formate), die inhaltlich und formal speziell auf die Bedürfnisse militärmedizinischer Fachkräfte zugeschnitten sind. Dabei lautet das erklärte Ziel, militärmedizinische Fachkräfte mit entsprechenden Instrumenten so in Ethik zu schulen, dass sie die erforderlichen ethischen Kompetenzen entwickeln, um ihre verschiedenen

(und potenziell widersprüchlichen) beruflichen, gesellschaftlichen und politischen Rollen wahrzunehmen und gleichzeitig den ethischen Herausforderungen ihrer Einsätze wirksam zu begegnen.

- 1 Die in diesem Aufsatz vorgestellte Studie wurde mit Mitteln des *Ethics Office of the Canadian Institutes of Health Research* (CIHR), #EOG-107578, sowie der University of Montreal und der McMaster University unterstützt. Wir danken den befragten Angehörigen der kanadischen Streitkräfte für ihre Teilnahme sowie dem Büro des Generalarztes für die gewährte Unterstützung. Die hier dargelegten Schlussfolgerungen wurden von den Autoren gezogen und geben nicht unbedingt die Meinung der kanadischen Streitkräfte oder der kanadischen Regierung wieder.
- 2 World Medical Association (2004/1956): WMA Regulations in Times of Armed Conflict and Other Situations of Violence, verfügbar unter: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/a20/> (abgerufen am 28. Mai 2015).
- 3 Rochon, C. (2015): *La bioéthique et les conflits armés : la réflexion éthique des médecins militaires* [PhD], Université de Montréal.
- 4 Hunt, M. (2009): Moral experience of canadian health care professionals in humanitarian work, *Prehospital Disaster Med.* 24(6), S. 518-24.
- 5 Schwartz, L.; Sinding, C.; Hunt, M.; Elit, L.; Redwood-Campbell, L.; Adelson, N. et al. (2010): Ethics in humanitarian aid work: Learning from the narratives of humanitarian health workers. *AJOB Prim Res* 1(3), S. 45-54.



Die Forschungsgruppe *Ethics in Military Medicine Research Group (EMMRG)* betreibt empirische bioethische Studien zu Fragen der Ethik im militärischen Umfeld. Ziel der Forschung ist es, Ethikleitlinien zur praktischen Anwendung in der Ausbildung des militärmedizinischen Personals und Unterstützung der bei internationalen Missionen eingesetzten Sanitäter zu entwickeln. Das Bioethik-Forschungsteam setzt sich aus Wissenschaftlern der University of Montreal (Dr. Bryn Williams-Jones, Christiane Rochon, Ali Okhowat), der McMaster University (Dr. Lisa Schwartz, Sonya de Laat, Jill Horning) und der McGill University (Dr. Matthew Hunt) zusammen.

Es geht noch besser! Medizin und die Debatte um *Human Enhancement* bei Soldaten

von Dr. Bernhard Koch

Therapie – *Enhancement* – Doping

„Falkland-Krieg ungültig. Britische Soldaten waren gedopt. Wiederholung im nächsten Jahr.“ Auch wenn man manchmal sportliche und kriegerische Auseinandersetzungen miteinander verglichen hat – eine solche Analogie wurde dann glücklicherweise noch nicht gezogen. Sport sollte Spiel sein, aber Krieg und militärische Gewalt sind bitterster Ernst. Liegt es dann nicht nahe zu sagen: „Da Krieg eine so ernste Sache ist, sollte man nichts dem Zufall überlassen und alles versuchen, um ein optimales, d. h. bestmögliches Ergebnis – den Sieg – zu erlangen. Für den Sieg aber muss man alles aufbieten, auch Doping oder eben ein militärisches Äquivalent dazu!“?

Doping sind die Einnahme unerlaubter leistungssteigernder Substanzen oder die Verwendung unerlaubter Methoden zur Leistungssteigerung im Sport. In einer gewissen Weise fällt auch Doping unter ein Phänomen, das man heute mit dem – ebenfalls englischen – Ausdruck *enhancement* zu fassen versucht: Leistungssteigerung durch medizinische oder biotechnologische Mittel, die über die Wiederherstellung oder Erhaltung eines Normalzustandes hinausgehen, also nicht einfach nur therapeutisch oder präventiv wirken. Insofern diese Leistungssteigerungen menschliche Aktivitäten betreffen, spricht man von *Human Enhancement* (Ich werde diesen Ausdruck für das Folgende unübersetzt lassen, denn wie der Begriff des Dopings hat er sich schon fast als solcher eingebürgert).

In der Praxis verlaufen die Grenzen zwischen therapeutischem Gebrauch eines Mittels und

dem leistungssteigernden Gebrauch fließend,¹ was bereits eine erste Schwierigkeit in der Sache anzeigt. Man denke nur an die Diskussionen, ob ein potenzermöglichendes oder potenzsteigerndes Mittel wie Viagra von den Krankenkassen bezahlt werden sollte. Eine zweite Schwierigkeit besteht in dem einfachen Umstand, dass der Mensch alleine durch seine biologische Ausstattung nicht beim biologischen Naturzustand bleiben kann, sondern beispielsweise in Europa auf Kleidung angewiesen ist – eine durchaus frühe Form des *Enhancement*. Menschliche Kultur beginnt mit dem Gebrauch von Werkzeugen; auch das ist eine Methode der Selbstverbesserung. Heute aber kann der Optimierungsdrang des Menschen bis zum sogenannten *Bodyhacking* (grob gesprochen: technische Implantate in den Körper einbauen und fast zum *Cyborg* werden) und *Human Genetic Engineering* gehen, bei dem die Verbesserungserfolge durch Eingriffe in die Keimbahn erreicht werden sollen.² Diese Forschung macht auch vor den Militärs nicht halt. Eher ist es umgekehrt: Militärische Forschungsprojekte bilden wie so oft die Speerspitze. So berichtet Jonathan Moreno in „Mind Wars“ (New York 2006, Neuauflage 2012) von „DARPA’s neuro-mics program, which is aimed at finding ways to permit brains and machines to interact“. DARPA – *Defense Advanced Research Projects Agency* – ist eine Forschungsabteilung des Pentagon, und das Ziel dieser Forschungen sind Soldaten, die durch Gedanken Roboter steuern können. Im Jahr 2011 ließ sich diese Behörde alleine ihre *Neuroscience*-Projekte 240 Millionen Dollar kosten. Aber westliche Soldatinnen und Soldaten sind mit *Enhance-*

ments nicht nur als mögliche oder tatsächliche Nutzer konfrontiert, sondern auch durch ihre Gegner. Mark Bowden berichtet schon in „Black Hawk Down“ davon, dass während des US-Somalia-Einsatzes im Jahr 1993 somalische Männer häufig *Khat* gekaut haben, über das das Amphetamin Cathin eingenommen wird, das diese Männer unter Umständen enorm aufstacheln oder gefährlich machen kann.

Zivile Nutzung

Human Enhancement gelangte in die öffentliche Debatte insbesondere durch Studien, die zeigen sollten, dass sogenannte *Neuro-Enhancement*-Produkte - zu denen herkömmliche Mittel wie Koffein, aber auch Drogen gehören - bei Schülern und Studenten auf dem Vormarsch sind. Insbesondere Methylphenidat, das eher unter seinem Handelsnamen Ritalin bekannt ist, gehört zu den gängigen Leistungssteigerungsmitteln in diesem Bereich. „In einer Studie zu Formen der Stresskompensation und Leistungssteigerung bei knapp 8000 Studierenden in Deutschland zeigte sich, dass 12 % der Studierenden seit Beginn des Studiums eine oder mehrere Substanzen eingenommen haben, um die Studienanforderungen besser bewältigen zu können“.³

Leistungsorientierung und Leistungsdruck bei Soldatinnen und Soldaten

Stress und Leistung sind aber Faktoren, die im soldatischen Beruf erst recht eine Rolle spielen. Das militärische Berufsfeld zählt zu den folgenschwersten Arbeitsbereichen, die man sich denken kann. Jeder Fehler im Einsatz kann bedeuten, dass ein Mensch unnötigerweise getötet wird oder dass man selbst unnötigerweise in eine äußerst kritische Situation gerät oder sein Leben verliert. Von Soldatinnen und Soldaten wird - wenn es hart auf hart kommt - Höchstleistung abgefordert; ein Umstand, der sie natürlich auch unter enormen Stress setzt. Daher ist es nicht

verwunderlich, dass immer dort, wo über die Zukunft des Militärs diskutiert wird, auch die Frage nach dem *Human Enhancement* aufkommt; eine Frage, die insbesondere auch die Militärmedizin vor besondere, zumal ethische Herausforderungen stellt.

Das Spektrum dessen, was *Human Enhancement* bedeutet, ist auch im soldatischen Feld weit. So bezahlt beispielsweise die US Army seit 2001 ihren Angehörigen die sogenannte refraktive Chirurgie, also die laseroperative Korrektur der Augenhornhaut, mit der im günstigen Fall eine Fehlsichtigkeit, meistens Kurzsichtigkeit, so behoben werden kann, dass die betroffenen Personen keine Sehhilfe wie Brille oder Kontaktlinsen mehr benötigen. Ein solcher Eingriff in die Hornhaut wird gemeinhin noch als therapeutische Maßnahme angesehen. Sie führt die Sehfähigkeit nur auf einen vorab bestimmten Normalzustand zurück. Für die Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr bezahlt der Dienstherr diesen Eingriff (noch) nicht, obwohl sich der Wehrmedizinische Beirat bereits dafür ausgesprochen hat.⁴ Wir wissen darüber hinaus, dass in nicht allzu langer Zeit die Möglichkeit bestehen wird, auch über technologische Implantate, wie beispielsweise Nanochips, die sinnliche Aufnahmeleistung zu steigern. Liegt es nicht nahe, gerade Soldatinnen und Soldaten, von deren Sinnesfähigkeit so viel abhängt, vorrangig mit solchen Verbesserungsmitteln auszustatten?

Das andere Feld bezeichnet die Weise, wie wir Stress und Schmerz bewältigen und Müdigkeit unterdrücken können. Selbst in weniger ernstesten Arbeitsgebieten helfen sich viele Beschäftigte mit etwas Koffein über den Tag. Die Hoffnung, Militärmediziner könnten Soldatinnen und Soldaten im Einsatz durch medikamentöse *Enhancer* aufmerksamer und durchhaltefähiger machen, ist vor dem Hintergrund der Folgeschwere von Fehlern durchaus verständlich. David N. Kenagy⁵

schildert, dass während des Irak-Krieges 2003 Piloten, die von der Whiteman Air Force Base in Missouri gestartet sind, bis in den Irak und zurück über 35 Stunden in der Luft sein mussten, andere, die bis nach Afghanistan geflogen sind, sogar 44 Stunden. Ohne Hilfe durch *Enhancement*-Medikamente ist so eine Belastung nicht durchzustehen.

Aufsehenerregend sind auch die Entwicklungen von sogenannten *Powered Exoskeletons*, wenngleich die Forschung auf diesem Feld schon einige Jahrzehnte lang andauert. Dabei handelt es sich um eine Art mechanische Außenhaut, ähnlich dem Exoskelett eines Insekts, bei der ein motorisiertes oder hydraulisches System die Bewegungen des Trägers dieser „Kleidung“ unterstützt. Exoskelette können so helfen, Kräfte zu sparen, die Ausdauer (und die Fähigkeit, Lasten zu tragen) zu steigern und die Präzision zu verbessern. Neben Soldaten werden vielleicht Ärzte – auch militärmedizinisches Personal –, insbesondere bei chirurgischer Tätigkeit, in der Zukunft mehr auf die Hilfe von (zumindest Teil-)Exoskeletten (beispielsweise am Arm) vertrauen, wenn es darum geht, Bewegungen mit äußerster Genauigkeit auszuführen. Wie bei mobiler Computertechnologie besteht heute eine der Schwachstellen dieser Außenhäute noch in der dauerhaften Stromversorgung. Bei der Wartung derartiger *Enhancements* bei Soldaten sind Mediziner – Orthopäden – gefragt, die auch über Ingenieurskenntnisse verfügen. Aber ist es denn überhaupt in Ordnung, dass Soldatinnen und Soldaten sich selbst in derartiger Weise „erweitern“, „verbessern“ oder „verbessern“ lassen? Entspricht *Human Enhancement* überhaupt unseren ethischen Vorstellungen, Prinzipien und Urteilen?

Müssen, sollen, dürfen *Enhancements* sein?

In der ethischen Befassung mit solchen Neuentwicklungen müssen wir drei Fragen unterscheiden: a) Sind *Enhancements* verboten?

Leute, die diese Frage bejahen, nennt Nick Bostrom „Biokonservative“ (*bioconservatives*). b) Sind *Enhancements* erlaubt? Leute, die diese Frage bejahen, könnten wir mit einem weiteren Ausdruck von Nick Bostrom als „Transhumanisten“ (*transhumanists*) bezeichnen. c) Sind *Enhancements* geboten oder verpflichtend? Wir können jene, die diese Frage bejahen, „Biooptimisten“ nennen. Den Regeln der deontischen Logik nach können wir mithilfe der Negation die Frage c) in eine Frage der Form von a) umformulieren: Ist es verboten, dass *Enhancements* nicht eingesetzt werden?

Wenn wir die Folgen eines Handelns als das entscheidende ethische Kriterium ansetzen, liegt durchaus eine Pflicht zur Aufbesserung der Leistungsfähigkeit nahe. Soldatisches Handeln entscheidet oft über das Leben und den Tod von Menschen: das eigene Leben, das Leben von Gegnern, das Leben von Zivilisten. Soldaten müssen an die Grenze ihrer Leistungsfähigkeit gehen, um die besten Resultate zu erzielen, und wenn sich diese Grenzen mit biotechnologischen Mitteln in eine Richtung verschieben lassen, die bessere Resultate erbringt, scheint die Pflicht zum *Enhancement* geradezu unausweichlich. Natürlich müssen eventuelle langfristige Schäden durch das *Enhancement* an den Soldatinnen und Soldaten selbst dem realen oder vermeintlichen Nutzen gegenübergestellt werden, aber da Soldaten gewisse professionelle Lasten zugemutet werden dürfen, kann es sein, dass die Lasten-Nutzen-Rechnung nach wie vor zugunsten des *Enhancements* ausfällt. Ähnlich wie in der Debatte um bewaffnete Drohnen bringt also das konsequentialistische Rasonnement eine starke Präferenz für die technische Fortentwicklung mit sich. Es scheint also, dass die Biooptimisten recht haben und eine biokonservative Position gar nicht haltbar ist.

Ein neues normatives Feld entsteht

Aber so einfach ist es nun doch nicht. Technologie zu verbieten, ist zwar fast immer aussichtslos; auf sie zu verzichten, kann aber Ausdruck ethischen Bewusstseins sein. Ein solcher Verzicht erscheint durchaus sinnvoll, wenn wir die Fülle von ungeklärten Schwierigkeiten bedenken, die *Human Enhancement* in den Streitkräften aufwirft. So geht es zum einen um die Frage, wie man vermeiden kann, dass durch *Enhancement* Individualrechte von Soldatinnen und Soldaten verletzt werden. In den allermeisten Fällen werden wir es beispielsweise für ethisch erforderlich halten, die Soldaten nach ihrer Zustimmung zum *Enhancement* zu fragen. Der Biooptimist aber muss fordern, dass selbst dann, wenn sich ein Soldat verweigert, man gewissermaßen „paternalistisch“ über ihn hinweghandeln darf, um das bestmögliche Ergebnis zu erreichen. Dennoch widerspräche so ein Vorgehen den Werturteilen, die wir uns von der Autonomie eines erwachsenen Menschen und dem Respekt, den wir dieser schulden, machen. Es erscheint auch ethisch vernünftig zu fordern, dass vorgenommene *Enhancements* wieder rückgängig gemacht werden können. Bei Exoskeletten ist das sicherlich der Fall, aber bereits beim Augenlasern ist der Schritt unumkehrbar.

Enhancements bei Soldatinnen und Soldaten werden sich auch auf das eigene Rollenverständnis und möglicherweise auf ihre rollenspezifischen Pflichten auswirken. So kann man vielleicht von einem Soldaten, der ein *Enhancement* erhalten hat, erwarten, dass er auch spezifische Aufgaben übernimmt, von denen ein Soldat ohne *Enhancement* verschont bleibt. Aber er wird sich vielleicht auch als soldatische Elite fühlen und seine Kameraden verächtlich betrachten oder behandeln. Möglicherweise übernimmt er dieses Eliteverständnis – über dessen Sinn und Berechtigung selbst eigens zu diskutieren wäre – auch in sein ziviles Leben. Schließlich verliert er ja

auch bestimmte Eigenschaften, die aus dem *Enhancement* resultieren, beispielsweise verbesserte Sinnesfähigkeiten, nicht mit dem Ausscheiden aus dem soldatischen Dienst.

Sollte sich eine Praxis durchsetzen, dass Soldatinnen und Soldaten mehrheitlich oder doch in beträchtlichem Anteil mit den besprochenen *Enhancements* ausgestattet werden, stellt sich auch die Frage, ob nicht deswegen die Regeln des *ius in bello* neu justiert werden müssen. Sollte es beispielsweise ein Waffenkontrollregime – also so eine Art „Dopingkontrolle“ – für *Enhancements* geben, oder muss man davon ausgehen, dass Soldaten, die ein *Enhancement* erhalten haben, selbst zu einer Waffe geworden sind? In einem solchen Fall müsste ihr Einsatz nach Art. 36 des Zusatzprotokoll I der Genfer Konventionen erst völkerrechtlich überprüft werden. Manche Völkerrechtswissenschaftler und Militärethiker werden vielleicht argumentieren, dass Soldaten mit *Enhancement* „den Grundsätzen der Menschlichkeit und den Forderungen des öffentlichen Gewissens“ widersprechen, wie es in der Martens’schen Klausel heißt – eine Formel, die uns wieder an den Ausgangspunkt zurückverweist und fragen lässt, ob *Enhancements* ethisch gerechtfertigt sein können.

Die Liste der uns heute noch kurios anmutenden Fragen lässt sich erweitern. So ist ein Szenario denkbar, in dem nicht Menschen, sondern Tiere ein bestimmtes *Enhancement* erhalten. Allerdings könnte ein solches „verbessertes“ Tier dann durchaus als biologische und damit kriegsvölkerrechtlich ausgeschlossene Waffe aufgefasst werden. Zweifellos werden auch Proliferationsprobleme auftreten, denn die Nutzung einer Technologie lässt sich auf Dauer nie nur bei einem Staat oder einer Staatengemeinschaft monopolisieren.

Nicht zuletzt aber sind die Militärmediziner von den ethischen Fragen, die sich rund um das *Human Enhancement* stellen betroffen:

Wenn beispielsweise zwei Soldaten verwundet sind, von denen einer ein unter Umständen durchaus kostspieliges *Enhancement* erhalten hat, liegt aus ökonomischen Gründen durchaus nahe, den Soldaten mit *Enhancement* zu bevorzugen. Aber ethisch ließe sich dagegenhalten, dass der Soldat ohne *Enhancement* in einer gewissen Hinsicht die größere Leistung erbracht hat. Militärmedizinisches Personal ist auch gefordert, wenn es um die richtige Behandlung von gefangen genommenen Soldatinnen und Soldaten mit *Enhancement* geht. In vielen Fällen könnte eine Art „Drogenentzugstherapie“ notwendig sein.

Nur ein Aspekt, aber ein zentraler

Angesichts der Fülle von Fragen und Anfragen kann hier zur Anregung der ethischen Diskussion nur ein sehr genereller Aspekt herausgegriffen werden. Das oben erwähnte Ergebnis, dass im Hinblick auf den Nutzen die technologische Innovation meistens vorzugswürdig ist, ist für sich nicht überraschend, denn das angelegte konsequentialistische Denken stellt selber einen technoformen Vernunftgebrauch dar. Ethisches Denken erschöpft sich aber nicht in Folgenabwägungen. Auch nichtfinalistische Gesichtspunkte dürfen und müssen berücksichtigt werden. Ein wichtiger Aspekt dieser Art ist die Entscheidungsfreiheit in Bezug auf den eigenen Körper als Leib, nicht als bloßes Instrument eines Menschen. Zu unserem Körper nehmen wir ein eigen- und einzigartiges Verhältnis ein. Zwar „haben“ wir einen Körper und „sind“ nicht ein Körper, aber dieses Haben ist von anderer Art als das Haben eines äußerlichen Werkzeugs, wie beispielsweise eines Messers. Ein Messer ist gut, wenn es gut schneidet, sagt Aristoteles. Wenn wir gute Schnitte brauchen, müssen wir die Klinge schärfen. Dieses *Enhancement* muss sein. Ein stumpfes Messer zu verwenden, kann gefährlich und daher unverantwortlich sein. Aber der Körper ist nicht ein Instrument zu einem Zweck, sondern selbst der Ausdruck

unserer Verfasstheit als leibliche Menschen. Wir brauchen – auch allen gegenwärtigen Bedürfnissen nach Schönheitsoperationen zum Trotz – unseren Körper nicht auf fremde Ziele hin zu optimieren. Wir dürfen es aber, wenn wir andere dadurch nicht ihrerseits in der Verwirklichung ihrer Freiheit unangemessen einschränken. Doping im Wettkampfsport beispielsweise ist Betrug und daher immer eine Einschränkung von Freiheit anderer. Aber Doping und *Enhancement* haben gemeinsam, dass die ernste Gefahr besteht, dass Personen, die eigentlich *Enhancement* beim Menschen ablehnen, durch die Nutzung von *Enhancements* bei anderen unter sozialen Druck gesetzt werden (vor allem in kompetitiven Kontexten).

Sport und gesunde Lebensweise sind in vernünftigen Grenzen richtig und wichtig. Diese Grenzen können bei Soldaten auch etwas anders liegen als bei Menschen mit anderen Berufen. Aber auch wenn von der Soldatin oder vom Soldaten in der Rolle als Soldatin oder Soldat höchste Leistung gefordert ist, bleibt sie oder er dennoch auch Mensch und leibliches Wesen, das selbst entscheiden kann, in welcher Weise es sich in seiner Leiblichkeit entfaltet. Eine – biooptimistische – Pflicht zum *Enhancement* übertreibt die Macht des konsequenzorientierten Denkens. Insofern kann man sich verantwortungsbewusst für oder gegen das *Enhancement* entscheiden. Andere Fragen sind jedoch, ob der Soldat ohne *Enhancement* Aufgaben übernehmen sollte, die aus guten Gründen der mit einem *Enhancement* ausgestattete Soldat besser erfüllen kann, oder ob bestimmte *Enhancements* verboten werden sollten. *Enhancements* können sich auf die betreffenden Personen langfristig negativ auswirken, sei es durch giftige Aussonderungen aus dem verwendeten Material oder durch Sucht und Abhängigkeit. In vielen der sehr diversen Fälle von *Human Enhancement* fehlen jegliche langfristige Stu-

dien über die Effekte. Das bedeutet auch, dass Mediziner, die solche Verbesserer verabreichen, über die ungeklärten Risiken aufklären müssen, und dass die betroffenen Personen Nein sagen dürfen – auch Soldatinnen und Soldaten sowie militärmedizinisches Personal. Bei Mitteln, deren Einsatz mit mutmaßlich massiven Gefährdungen einhergeht, muss sogar über ein Verbot nachgedacht werden. Dies gilt insbesondere dann, wenn die Gefahren nicht nur den aufgeklärten Nutzer des *Enhancements* betreffen, sondern Personen, die keinen Einfluss auf die Nutzung hatten, wie beispielsweise Zivilisten, die von einem Soldaten bedroht werden, der aufgrund eines *Enhancements* „ausrastet“.

Militärmedizinisches Personal ist besonders gefordert

Für Militärmediziner stellen sich neue Fragen und alte Fragen stellen sich neu. Die zentrale neue Frage ist, inwieweit sie an solchen Aufbesserungen bei Soldatinnen und Soldaten beteiligt sein dürfen. Aus den alten Fragen, die sich neu stellen, greife ich nur eine heraus, die gegenwärtig diskutiert wird: Dürfen Militärärzte – was ihrem beruflichen Ethos nach ausgeschlossen sein sollte – nun vielleicht doch eine – begleitende oder gar unterstützende – Rolle bei Folterhandlungen spielen, wenn sie wissen, dass das Folteropfer aufgrund eines *Enhancements* fast oder gänzlich schmerzunempfindlich ist? Dieses Folteropfer mit *Enhancement* ist also von der Folter nicht in der Weise betroffen, wie man es von einem Folteropfer in einem Nicht-*enhanced*-Zustand annehmen müsste.⁶ „In changing human biology, we also may be changing the assumptions behind existing laws of war and even human ethics“, schreibt Patrick Lin dazu in *The Atlantic Monthly* (2/2012)⁷. Möglicherweise hat das Folterverbot die mögliche Schmerzresistenz, die durch biotechnologische Mittel erlangt werden kann, noch nicht vorhergesehen, so

dass man rechtliche Fragen in dieser Hinsicht neu diskutieren müsste. Vielleicht wird diese Möglichkeit aber auch gerade von jenen, die ohnehin gerne das Folterverbot beschneiden möchten, argumentativ ins Spiel gebracht, um ihrem Ziel näher zu kommen. Die Frage, wie nämlich *Enhancements* wirklich wirken, wird eine sehr langfristige empirische Forschungsaufgabe darstellen, und ob wir uns aufgrund von wirkungsbezogenen Argumenten schnell von erkämpften ethischen Standards abwenden sollten, ist mehr als fraglich. Aber selbst wenn wir solche Studien hätten, bleibt ein viel tiefer liegendes Problem: Möglicherweise verschieben *Enhancements* – insbesondere neurologische – das, was wir unter Handlungsurheberschaft verstehen. In dieser Hinsicht könnten ethische Standards tatsächlich unter enormen Druck geraten. Mit welchem Recht sollte beispielsweise ein Soldat für ein Kriegsverbrechen noch zur Verantwortung gezogen werden können, wenn er durch ein *Neuro-Enhancement* geradezu ferngesteuert agiert? Hier muss man im Vorfeld entgegenarbeiten und Soldatinnen und Soldaten aufklären: Handlungsurheberschaft abzugeben ist selbst keine verantwortbare Handlung. Soldaten sollten dieser Preisgabe nicht zustimmen, und Militärmediziner sollten dabei nicht helfen, wenn wir nicht wollen, dass unser ethisches Feld zur Gänze kollabiert.

¹ Vgl. Bostrom, N.; Roache, R. (2008): Ethical Issues in Human Enhancement, in: Ryberg, J.; Petersen, T.; Wolf, C. (Hrsg.): *New Waves in Applied Ethics*, Basingstoke, S. 120-152.

² Als Einstieg in diese mittlerweile geradezu unüberschaubare Debatte dient vielleicht Sandel, M. (2004): *The Case Against Perfection*, in: *The Atlantic Monthly* April, S. 1-11 (<http://www.theatlantic.com/magazine/archive/2004/04/the-case-against-perfection/302927/>, abgerufen am 7. Mai 2015).

³ Akademien der Wissenschaften Schweiz (Hrsg.) (2012): *Medizin für Gesunde? Analysen und Empfehlungen zum*

Umgang mit Human Enhancement – Bericht der Arbeitsgruppe, Bern, S. 54.

4 So in einer Nachricht des Deutschen Bundeswehrverbandes von 2011: <https://www.dbwv.de/C12574E8003E04C8/Print/W28HEJVV857DBWNDE> (abgerufen am 7. Mai 2015).

5 Dextroamphetamine Use During B-2 Combat Missions, in: *Aviation, Space, and Environmental Medicine* 75/5 (2004).

6 Wahrscheinlich sollte man den Handlungstyp der Folter nicht von den Wirkungen her, sondern wie Handlungen von den Absichten her definieren.

7 <http://www.theatlantic.com/technology/archive/2012/02/more-than-human-the-ethics-of-biologically-enhancing-soldiers/253217/> (accessed 4 June 2015). Ich verdanke viele meiner Beispiele Patrick Lin und seiner Arbeit zu diesem Thema.



Dr. Bernhard Koch ist stellvertretender Direktor des Instituts für Theologie und Frieden (ithf) in Hamburg. 2014 war er Visiting Fellow am Oxford Institute for Ethics, Law and Armed Conflict (ELAC). Er lehrt praktische Philosophie in Frankfurt am Main und studierte Philosophie, Logik und Wissenschaftstheorie in München und Wien. Von 1999 bis 2004 arbeitete er an der Pädagogischen Hochschule Weingarten und promovierte mit einer Arbeit zur Philosophie der Antike an der Hochschule für Philosophie in München. Er war Lehrbeauftragter an der Helmut-Schmidt-Universität der Bundeswehr in Hamburg.

Von Rollenkonflikten und Verpflichtungen – Militärärzte sind Ärzte

von Dr. Daniel Messelken

Kriege und gewaltsam ausgetragene Konflikte führen nicht nur zur Zerstörung materieller Güter, sondern bedeuten immer auch Tod, Leid und Verletzung für die beteiligten Soldaten oder Kämpfer und die betroffene Zivilbevölkerung im Konfliktgebiet. Prominent und eindrücklich wurde das Leid der im Krieg Verletzten von Henri Dunant, dem Ideengeber für die Genfer Konventionen und die Rotkreuzbewegung, in seinen Erinnerungen an Solferino beschrieben. Ärzten und medizinischem Personal kommt in solchen Situationen eine wichtige Rolle zu, da sie mit ihrem Wissen und durch ihren Einsatz zur Linderung des verursachten Leides beitragen können. Armeen stellen seit Langem auch Ärzte in ihren Dienst, um ihren Soldaten im Fall einer Verletzung die Aussicht auf eine schnelle medizinische Versorgung zu bieten.

In diesem Beitrag wird die medizinische Aufgabe und ihre Sonderrolle im Völkerrecht kurz eingeführt und anschließend die Problematik diskutiert, die sich aus der doppelten Rolle als Arzt und Soldat ergibt, welche von Militärärzten begrifflich und leider auch in der Realität erwartet wird. Basierend auf völkerrechtlichen und ethischen Argumenten zeigt dieser Beitrag, dass der medizinischen Rolle mehr Gewicht zugestanden werden muss.

Humanität trotz Krieg

Mit den ersten Genfer Konventionen im 19. Jahrhundert und im heute gültigen humanitären Völkerrecht wird der medizinischen Tätigkeit und dem mit ihr betrauten Personenkreis eine Sonderstellung eingeräumt: Obwohl

Militärärzte Teil des Militärs sind, gelten sie als Nonkombattanten und genießen Immunität vor Angriffen. Diese Sonderrolle geht mit Verpflichtungen einher, denn als geschütztes Personal dürfen sie sich zum einen nicht an Kampfhandlungen beteiligen und müssen zum anderen alle Verletzten und Hilfsbedürftigen gleichermaßen behandeln – unabhängig von Nationalität, Rang, Geschlecht und anderen nichtmedizinischen Unterscheidungen. Medizinische Versorgung soll einzig dem Prinzip der Humanität verpflichtet und damit neutral sein. Humanität als „*principe essentiel*“ (nach Pictet) des Völkerrechts ist als Gegengewicht zur Logik der militärischen Notwendigkeit zu verstehen.

Die doppelte Rolle des Militärarztes

Im Beruf des Militärarztes, der zugleich Soldat und Arzt ist, offenbart sich der Konflikt zwischen militärischer Notwendigkeit und dem Prinzip der Humanität in besonderer Weise. Denn die kämpfende und damit auch verletzende Rolle des Soldaten steht der heilenden und pflegenden Rolle des Arztes entgegen. In gewisser Weise wird also vom Militärarzt begrifflich die Erfüllung zweier Rollen erwartet, die jedoch nicht immer miteinander vereinbar sind und damit in einer Person zu Rollenkonflikten oder widersprechenden Rollenverpflichtungen (*dual loyalties*¹) führen können. Wenn in der Praxis und damit im Erfahrungshorizont der Militärärzte die Unterschiede der beiden Rollen verwischt werden, besteht die Gefahr, dass diese Unterschiede zunehmend weniger und nicht mehr hinreichend reflektiert werden. Die Vermischung der beiden Rollen wird

in heutigen Konflikten befördert durch die „Einbettung“ von medizinischem Personal in kämpfende Einheiten, um deren schnelle medizinische Versorgung zu gewährleisten.

Unterschiedliche Rollenethiken

Wer de facto zwei Rollen zugleich ausfüllen soll, sieht sich auch mit der Frage konfrontiert, welche Rollenethik als die relevante(re) zu erachten ist. Zwar müssen die ethischen Regeln für verschiedene Rollen nicht unbedingt und ständig konfliktieren; im Fall von Militärethik für den Soldaten und Medizinethik für den Arzt muss aber von widersprechenden berufsethischen Pflichten ausgegangen werden.² Militärärzte sind zudem häufig auch zwei Eiden verpflichtet: dem hippokratischen und einem soldatischen.

Auf der einen Seite stehen also militäretische Verpflichtungen und Regeln. Sie werden meist aus der Tradition des gerechten Krieges abgeleitet. Für Soldaten sind in erster Linie die Regeln des *ius in bello* relevant, nach denen sich Gewalt nur gegen Kombattanten richten darf und proportional sein muss. Gewalt ist also auch im Krieg Regeln unterworfen. Entscheidend ist aber, dass Soldaten nach diesen Regeln in bestimmten Situationen moralisch berechtigt sind, Soldaten der Gegenseite anzugreifen. Sie dürfen dann auch (potenziell) tödliche Gewalt einsetzen – ohne sich dabei zwangsläufig in einer Situation individueller Notwehr zu befinden. Ein soldatischer Eid oder ein entsprechendes Gelöbnis verpflichten Soldaten, ihrem Land zu dienen; als soldatische Tugenden werden häufig etwa Gehorsam, Tapferkeit und Kameradschaft genannt.

In der Tradition des hippokratischen Eides schwören Ärzte ihr Leben und Schaffen der Gesundheit ihrer Patienten zu widmen, deren Genesung zu fördern und ihnen keinen Schaden zuzufügen. In der modernen Medizinethik wird ärztliches Handeln nach dem

einflussreichsten Ansatz zumeist an vier Prinzipien gemessen: Respekt der Patientenautonomie, Nichtschaden, Wohltun und (Verteilungs-)Gerechtigkeit. So andersso liegt der Fokus medizinethischer Erwägungen üblicherweise in der Förderung des Wohls einzelner Patienten. (Ausnahmen hiervon werden teilweise in der Forschungsethik und der *Public Health*-Ethik gemacht, bei denen jeweils die Gesundheit einer größeren Gruppe betrachtet wird – ohne allerdings den individuellen Patienten ganz aus dem Blick zu verlieren.)

Soldat und Arzt sind also an grundlegend verschiedene Berufsethiken gebunden. Zugespielt könnte man sagen: Soldaten verteidigen ihr Land und ihre Mitbürger; Ärzte heilen ihre Patienten. Während die Medizinethik einer individuellen Logik folgt, die das Patientenwohl in den Mittelpunkt stellt, nimmt die Militärethik einen kollektiven Blickwinkel ein. Sie folgt daher kollektiver Logik und zielt auf nationale Sicherheit sowie das Überleben einer Gruppe.

Problematische Doppelrolle in der Realität

Wenn nun für die Berufsgruppe der Militärärzte nicht klar ist, ob sie der Militär- oder Medizinethik verpflichtet sind, befinden sie sich in der Praxis schnell in einem Rollenkonflikt mit Loyalitäten für beide Rollen. Es ist dabei letztlich unerheblich, ob dieser Rollenkonflikt tatsächlich besteht oder im Einzelfall „nur“ so empfunden wird. In den vergangenen Jahren hat sich jedenfalls in einer Reihe von Fällen gezeigt, dass die (wahrgenommene) doppelte Rolle und die Unsicherheit hinsichtlich der Zugehörigkeit in der Realität zu bedeutenden moralischen Problemen oder sogar zu Verstößen gegen das humanitäre Völkerrecht geführt haben. Zu nennen sind in diesem Zusammenhang etwa die Beteiligung (bzw. schon die Anwesenheit) von Ärzten bei Verhören, welche an sich oder durch die eingesetzten Methoden unmoralisch oder illegal

sind; ebenso aber auch fragwürdige Triagekriterien und nichtmedizinische Grundlagen für die Patientenselektion (*rules of eligibility*).³

Wiederholt ist zuletzt auch die angebliche Notwendigkeit einer stärkeren Bewaffnung des medizinischen Personals und seiner Fahrzeuge diskutiert worden, weil diese in aktuellen Einsätzen häufig angegriffen würden. Angriffe auf medizinische Einrichtungen in Konflikten sind unbestritten ein Problem. Allerdings muss die Frage gestellt werden, ob sie sich durch die Bewaffnung des medizinischen Personals verhindern lassen oder ob nicht vielmehr die zunehmende Einbettung von medizinischem Personal in militärische Patrouillen und damit die Vermischung von kämpfender und medizinischer Rolle sogar zur Begünstigung solcher Angriffe beiträgt. Nicht ohne Grund wird aus völkerrechtlicher Perspektive eine angemessene räumliche Distanz zwischen geschützten Einheiten und Kombattanten gefordert (1. Genfer Konvention, Art. 19).

Eine weitere problematische Vermischung von medizinischer und militärischer Rolle kann in so genannten *Winning Hearts and Minds*-Kampagnen gefunden werden, bei denen ärztliches Handeln zu nichtmedizinischen Zielen instrumentalisiert wird. Zuletzt scheint es zumindest unwahrscheinlicher, dass Ärzte bei der Dokumentation von Kriegsverbrechen und dem Schutz der Rechte von Personen, wie häufig angenommen, eine neutrale Perspektive einnehmen, wenn sie sich eher als Soldaten wahrnehmen.

Bedeutung und Gewicht der ärztlichen Rolle

Die genannten Beispiele machen deutlich, dass die Überlagerung von ärztlicher und soldatischer Rolle aus ethischer Sicht als problematisch zu erachten ist. Eine solche Einschätzung spiegelt sich auch in völkerrechtlichen Regelungen und anderen wichtigen Richtlinien wider, die eine klare Rollentrennung fordern und dem medizinischem Personal seine medi-

zinische Rolle zuweisen. Militärärzte sind nach dieser Logik zuerst Ärzte und dementsprechend der ärztlichen Berufsethik verpflichtet (auch wenn sie innerhalb des Militärs angestellt und bezahlt sind). Es muss nicht begründet werden, warum sie als Mediziner und wenn sie gemäß der Regelungen für Ärzte handeln, sondern es muss begründet werden, wenn sie von dieser Rolle abweichen sollen.

Dies wird zum Beispiel in Artikel 16 (Zusatzprotokoll I) und Artikel 10 (Zusatzprotokoll II) zu den Genfer Konventionen deutlich. In diesen ist festgelegt, dass niemand „bestraft werden [darf], weil er eine ärztliche Tätigkeit ausgeübt hat, die mit dem ärztlichen Ehrenkodex im Einklang steht, gleichviel unter welchen Umständen und zu wessen Nutzen sie ausgeübt worden ist.“ Und ganz ähnlich heißt es in Regel 26 des vom Internationalen Komitee des Roten Kreuzes (IKRK) zusammengestellten *International Customary Law*:

„Punishing a person for performing medical duties compatible with medical ethics or compelling a person engaged in medical activities to perform acts contrary to medical ethics is prohibited.“

Völkerrechtlich werden also Militärärzte in ihrem Handeln ganz klar an die Einhaltung medizinethischer Standards gebunden. Die Verfasser des humanitären Völkerrechts verlangen von Militärärzten dabei interessanterweise explizit die Einhaltung medizinethischer (und damit außerrechtlicher) Standards. Anders formuliert: Wie sich Militärärzte und medizinisches Personal im Krieg zu verhalten haben, findet sich nicht nur im Völkerrecht, sondern in erster Linie in den Regelungen der Medizinethik.⁴ Es kann daher von einem Vorrang der medizinischen Rolle ausgegangen werden.

Damit bleibt natürlich die Frage offen, welche medizinethischen Standards zur Geltung kommen und ob diese sich im Konfliktfall von zivilen Standards unterscheiden. Die bekann-

teste Antwort auf diese Frage liefert die *World Medical Association* (WMA) in der so genannten *Havana Declaration*. Dort heißt es im ersten Satz:

„Ärztliche Ethik in Zeiten bewaffneter Konflikte unterscheidet sich nicht von der ärztlichen Ethik im Frieden.“

Über diese Aussage (bzw. diese Forderung) ist viel diskutiert worden und sie wird häufig wegen ihrer Allgemeinheit kritisiert. Die direkte Übertragbarkeit ziviler klinischer Standards auf Konfliktsituationen wird bestritten. Sicherlich können im Einzelfall und vor allem in Extremfällen hier Abweichungen unvermeidbar sein. Allerdings wird dadurch nicht in Frage gestellt, dass für Ärzte auch in Kriegs- und Konfliktsituationen keine anderen berufsethischen Maßstäbe und ethischen Prinzipien angelegt werden sollten.⁵ Analog argumentieren auch eine Reihe wichtige internationale Organisationen (darunter das IKRK und das *International Committee of Military Medicine*, ICMM), die in diesem Jahr ein gemeinsames Dokument zu *Ethical Principles in Health Care in Times of Armed Conflict and Other Emergencies* verabschieden wollen. In dem Dokumentenentwurf wird explizit formuliert, dass die Prinzipien und Grundlagen der Medizinethik auch im militärischen Kontext (oder allgemein in Notsituationen) unverändert gültig bleiben.

Schlussbemerkungen

In der Figur des Militärarztes treffen zwei Rollen aufeinander, die an konfligierende Rollenethiken gebunden sind. Dieser Rollenkonflikt ist nicht nur theoretischer Natur, sondern zeigt sich auch in der Realität (wie die Beispiele weiter oben verdeutlichen). Den aktuellen Tendenzen, in Militärärzten mehr und mehr Soldaten mit speziellen Fähigkeiten zu sehen, stehen das humanitäre Völkerrecht und (medizin-)ethische Prinzipien eindeutig entgegen, welche beide der medizinischen Rolle eine größere Bedeutung und Sonderstellung zugestehen.

Besonders problematisch ist die Vermischung von soldatischer und ärztlicher Rolle, wenn es letztlich in der Verantwortung des individuellen Militärarztes liegt, eine Gewichtung der Rollen vorzunehmen, allenfalls sogar situationsbedingt. Gespräche zeigen, dass Militärärzte mit weniger Erfahrung oder in eingebetteten Einsatzsituationen ihre ärztlichen ethischen und legalen Verpflichtungen teilweise verdrängen und sich (primär oder ausschließlich) als Soldaten wahrnehmen. Gruppendynamik in kleinen Einheiten kann diese Tendenz verstärken.

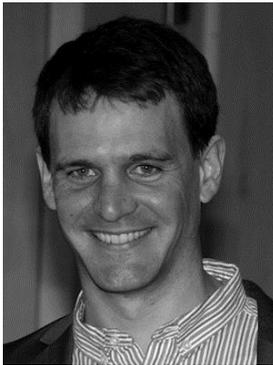
Es ist wichtig, dass die aus militärischer Perspektive besondere Rolle der Militärärzte mit ihren Verpflichtungen und Einschränkungen auf allen Ebenen und auch beim nichtmedizinischen Personal bekannt und anerkannt ist. Auch bei der Einsatzplanung muss ihr systematisch Rechnung getragen werden. Dazu wird der (politische) Wille benötigt, medizinisches Personal und seine unabhängige und neutrale medizinische Aufgabe gemäß dem Prinzip der Humanität zu respektieren und zu schützen. Dies liegt letztlich auch im Interesse der Kombattanten: Denn nur auf diese Weise kann garantiert werden, dass Militärärzte erstens ihren moralischen und legalen Verpflichtungen gerecht werden können und zweitens im Notfall dann auch als Militärärzte zur Verfügung stehen, wenn ihre kämpfenden Kameraden oder andere Gewaltopfer und Leidtragende im Konflikt medizinische Hilfe benötigen.

- 1 Vgl. z. B. Allhoff, F. (Hrsg.)(2008): *Physicians at war – The dual-loyalties challenge*, Dordrecht.
- 2 Interessant dazu z. B. Sidel, V. & Levy, B. (2003): *Physician-Soldier: A Moral Dilemma?*, in: *Military Medical Ethics* Vol. 1, hrsg. von T. E. Beam, Washington, S. 293–312.
- 3 Für aktuelle Diskussionen militärmedizinethischer Fragestellungen vgl. die jährlich erscheinenden *Proceedings of the ICMM Workshop on Military Medical Ethics*, <http://publications.melac.ch> [abgerufen am 13. März 2015] und Gross, M. &

Carrick, D. (Hrsg.)(2013): *Military medical ethics for the 21st century*, Farnham.

4 Für eine ausführliche Darstellung der völkerrechtlichen Rolle von Militärärzten vgl. Mehring, S. (2015): *First do no harm: medical ethics in international humanitarian law*, Leiden.

5 Vgl. dazu Nathanson, V. (2013): *Medical Ethics in Peacetime and Wartime: The Case for a Better Understanding*, *International Review of the Red Cross* 95/no. 889, S. 189–213.



Dr. Daniel Messelken ist seit 2009 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Ethik-Zentrum der Universität Zürich. Er ist wissenschaftlicher Leiter des Zürcher Fachzentrums für Militärmedizin-Ethik der Schweizerischen Akademie für Militär und Katastrophenmedizin, das in Kooperation mit dem Sanitätsdienst der

Schweizer Armee und dem International Committee of Military Medicine (ICMM) Forschung und Weiterbildung auf dem Gebiet der Militärmedizin-Ethik durchführt (www.melac.ch). Daniel Messelken hat in Leipzig und Paris Philosophie und Politikwissenschaft studiert und 2010 an der Universität Leipzig bei Prof. Dr. Georg Meggle mit einer Arbeit zum Begriff und zur moralischen Bewertung interpersonaler Gewalt in Philosophie promoviert. Seit 2012 ist er Mitglied im Vorstand von Euro-ISME (European Chapter of the International Society for Military Ethics). Zu seinen Arbeitsgebieten gehören aktuell Militärmedizinethik, Militäretik im Allgemeinen, Disaster Bioethics und angewandte Ethik.

Respekt und Distanz – Ärzte ohne Grenzen und das Militär

von Dr. Ulrike von Pilar und Birthe Redepenning

Die Rahmenbedingungen humanitärer Hilfe: die humanitären Prinzipien

Humanitäre Hilfsorganisationen brauchen Distanz zu den Streitkräften, um ihre Aufgabe wahrnehmen zu können; gleichzeitig müssen sie sich darauf verlassen können, dass ihre Prinzipien und ihre Arbeitsweise respektiert werden. Letzteres erweist sich dabei allzu häufig als schwierige Herausforderung. Warum? Das soll im Folgenden erläutert werden, und zwar aus dem Blickwinkel von *Médecins Sans Frontières/Ärzte ohne Grenzen* (MSF). Ärzte ohne Grenzen ist eine von Tausenden Hilfsorganisationen – aber eine, auf die internationale Streitkräfte bei ihren Auslandseinsätzen höchstwahrscheinlich treffen werden.

Ärzte ohne Grenzen ist eine private, internationale Hilfsorganisation, die Menschen in Not medizinische Hilfe leistet – ungeachtet ihrer ethnischen Herkunft oder ihrer religiösen, weltanschaulichen oder politischen Überzeugung. Unabhängige internationale Nichtregierungsorganisationen (NGOs) wie Ärzte ohne Grenzen unterscheiden sich von den UN-Organisationen, die stets politisch abhängig sind, und auch vom Internationalen Komitee vom Roten Kreuz (IKRK), das ein offizielles Mandat hat, in Konfliktsituationen aktiv zu werden und die von Konflikten betroffenen Menschen in besonderer Weise zu schützen.

Auch wenn es keine rechtlich verbindliche Definition von humanitärer Hilfe gibt, so gelten im Allgemeinen doch die folgenden vier Prinzipien als grundlegende Rahmenbedingungen für humanitäres Handeln: Menschlich-

keit (eher ein fundamentaler ethischer Wert als ein Grundsatz), Unparteilichkeit, Unabhängigkeit und Neutralität. Diese beruhen auf den Genfer Konventionen und auf den Verhaltenskodizes des Roten Kreuzes und des Roten Halbmondes.

Menschlichkeit bedeutet, dass Personen unter allen Umständen menschlich behandelt werden und ihre Würde geachtet wird. In diesem Sinne bildet Menschlichkeit die Grundlage humanitärer Hilfe; sie begründet deren Einsatz und Bedeutung, denn sie spricht jedem Menschen das Recht auf lebensrettende Hilfe zu. Unparteilichkeit übersetzt das Prinzip der Menschlichkeit in praktische Arbeit: Die Hilfe soll einzig und allein nach Maßgabe der individuellen Bedürftigkeit geleistet werden, ohne Diskriminierung aufgrund von Staatsangehörigkeit, Ethnie, Geschlecht, sexueller Ausrichtung, Religion oder Zugehörigkeit zu einer bestimmten politischen Gruppe. Unparteilichkeit bedeutet auch, dass die Schwächsten nach Möglichkeit zuerst versorgt werden. Hilfe, die sich nicht um Unparteilichkeit bemüht, kann nicht als humanitär bezeichnet werden. Unabhängigkeit bedeutet, dass die Hilfe nicht von militärischen, politischen, ideologischen oder ökonomischen Interessen eingeschränkt oder beeinflusst werden darf. Dieser Grundsatz ist für jede humanitäre Organisation, die unparteiliche Hilfsprogramme umsetzen will, von grundlegender Bedeutung. Neutralität schließlich bedeutet, dass Hilfsorganisationen in Konflikten keine Partei ergreifen dürfen und dass die Hilfe nicht zur Bevorzugung einer

Seite oder zur Unterstützung politischer oder wirtschaftlicher Ziele eingesetzt werden darf.

Die Realität der humanitären Hilfe ist natürlich weitaus unübersichtlicher und komplexer, auch wenn die Hilfsorganisationen danach streben, entsprechend diesen Grundsätzen zu handeln und zu arbeiten.

Zunehmend verwischte Grenzen: die Instrumentalisierung der humanitären Hilfe

Seit dem Ende des Kalten Krieges und dem Zusammenbruch der Sowjetunion stehen internationale Streitkräfte und humanitäre Hilfsorganisationen bei ihrer Arbeit im Kontext bewaffneter Konflikte zunehmend Seite an Seite: im Nordirak heute und in den frühen 1990ern, in Somalia, Bosnien, dem Kosovo und Afghanistan, um nur ein paar Beispiele zu nennen. Viele dieser als „humanitäre Interventionen“ bezeichneten militärischen Operationen wurden seitens der beteiligten Staaten zumindest teilweise mit „humanitären Zielen“ gerechtfertigt – etwa der Unterstützung der einheimischen Bevölkerung oder dem Schutz der Arbeit humanitärer Hilfsorganisationen in den Konfliktgebieten. Nach dem 11. September 2001 nahm diese Entwicklung eine neue Wende. Regierungen begannen nun, die humanitäre Hilfe als eines von mehreren Instrumenten zur Bekämpfung von Terrorismus und/oder Stabilisierung unruhiger Regionen einzusetzen. Dabei wurde die Sicherheit im internationalen Krisenmanagement eng an Hilfs- und Entwicklungsleistungen gekoppelt. Dieses Thema ist zu komplex, um es in einem einzelnen Aufsatz oder Vortrag darzustellen. Dennoch sei kurz angeführt, dass an den meisten bewaffneten Konflikten der Gegenwart eine große Anzahl staatlicher und nichtstaatlicher Akteure beteiligt sind, die allesamt das Thema Hilfsleistungen für ihre Zwecke ge- und missbrauchen sowie aus verschiedenen Gründen dazu tendieren, den Zugang Bedürftiger zur humanitären Hilfe zu beschränken.

Das Ausmaß, in dem Hilfe bzw. Hilfsmaßnahmen zu einem integralen Bestandteil westlicher Außen- und Sicherheitspolitik geworden sind, ist im Laufe der letzten zwei Jahrzehnte derart gestiegen, dass Antonio Donini, ein bekannter Experte und Forscher im Bereich humanitärer Hilfe, 2013 in seinem Buch „*The Golden Fleece*“ schrieb: „Humanitarismus ist Teil der globalen Staatsführung geworden, wenn nicht gar der Staatsgewalt.“ Für viele Hilfsorganisationen – auch für Ärzte ohne Grenzen – bedeutet dies eine wesentliche Verletzung humanitärer Grundsätze und gefährdet die Möglichkeiten der Hilfsorganisationen, Menschen in Not zu helfen.

Die spürbare Folge dieser Entwicklung ist ein wachsendes Misstrauen der Behörden und Gemeinden in Konfliktgebieten gegenüber humanitären Organisationen. Dies kann dazu führen, dass Hilfsorganisationen der Zugang zu hilfsbedürftigen Menschen verwehrt wird. In Pakistan zum Beispiel mussten Ärzte ohne Grenzen gemeinsam mit anderen Organisationen um Zugang und Akzeptanz kämpfen, als bewaffnete staatliche und paramilitärische Gruppen ihnen aus verschiedenen Gründen den Zugang zur einheimischen Bevölkerung verweigerten. Als 2011 der Verdacht aufkam, die US-Regierung habe bei der Suche nach Osama bin Laden ein fingiertes Impfprogramm eingesetzt, folgte der Schaden auf dem Fuß und wird noch lange nachwirken. Ein aktuelles Beispiel aus dem Jahr 2015: die Mission deutscher Einsatzkräfte im Nordirak zur Unterstützung der Ausbildung irakischer Sicherheitsbeamter.¹ Mit der Einbettung der humanitären Hilfe in einen breiten militärisch-politischen Ansatz verwischt die deutsche Regierung absichtlich die Grenzen zwischen humanitärem Handeln und einer politischen/militärischen Reaktion und gefährdet damit den Zugang humanitärer Hilfsorganisationen zum betreffenden Gebiet.

Gleichzeitig kann der Zugang zu Menschen in Not auch dadurch eingeschränkt sein, dass

Betroffene aus Furcht vor Vergeltungsmaßnahmen durch eine der Krieg führenden Parteien keine Hilfe mehr in Anspruch nehmen wollen. Die praktische Erfahrung von Ärzten ohne Grenzen in der konfliktreichen Provinz Nord-Kivu in der Demokratischen Republik Kongo verdeutlicht dies: „Im Oktober 2009 gerieten Hunderte Frauen und Kinder, die sich für eine Impfung eingefunden hatten [...], in insgesamt sieben Dörfern bei Angriffen der kongolesischen Armee auf die *Forces Démocratiques de Libération du Rwanda* (Demokratische Kräfte der Befreiung Ruandas, FDLR) unter Beschuss. Diese Angriffe fanden statt, obwohl die medizinischen Teams zuvor von allen Konfliktparteien die Garantie erhalten hatten, die Impfkampagne sicher und unbehelligt in einer Gegend durchführen zu können, die für die lokalen Gesundheitsbehörden unzugänglich gewesen wäre. Diese Verwendung medizinischer Hilfe als Köder für militärische Zwecke zerstörte das Vertrauen der Patienten in Gesundheitsdienstleistungen und brachte umso mehr Leid über diese Menschen, die bereits mit Gewalt und Vertreibung konfrontiert waren.“ (Aus einem MSF-Bericht.)

Zunehmende Unsicherheit für humanitäre Helfer ist eine weitere direkte Folge fehlenden Vertrauens. Denn wenn Hilfe als Teil einer politischen oder militärischen Agenda wahrgenommen wird, laufen die Helfer Gefahr, selbst zum Ziel von Angriffen zu werden. Auch wenn es keinen offiziellen Beweis dafür gibt, dass die Einbindung humanitärer Hilfe in die westliche Sicherheitspolitik eine Ursache für die Zunahme an Gewalt gegenüber Helfern ist, so stimmen doch die meisten Experten darin überein, dass die erhöhten Sicherheitsrisiken für humanitäres Personal auch eine Folge der oben beschriebenen Politik sind. Afghanistan war hierbei ein besonders gefährlicher Einsatzort für Hilfsorganisationen, da der integrierte Ansatz der Mission es sowohl der lokalen Bevölkerung als auch den Konfliktparteien sehr erschwerte, zwischen unabhängigen

Helfern und Mitgliedern der regionalen Wiederaufbauteams (*Provincial Reconstruction Teams*, PRTs) zu unterscheiden. Gleichzeitig trugen einige Hilfsorganisationen selbst zu der Verwirrung bei, da viele von ihnen mit Geldern westlicher Staaten operierten, die selbst zu den Konfliktparteien zählten, oder militärischen Schutz für ihre Mitarbeiter wollten – ein Vorgehen, das mit den humanitären Prinzipien nicht vereinbar ist, insbesondere nicht mit dem der Unabhängigkeit. Darüber hinaus haben jüngere Studien (beispielsweise der *Tufts University*) ergeben, dass dieser Ansatz der Sicherheit der Mitarbeiter nicht zuträglich ist.

Bis heute ist Afghanistan den Zahlen nach für Helfer der gefährlichste Ort der Welt: So stieg laut dem *Aid Worker Security Report 2014* die Anzahl der Angriffe auf Helfer im Jahr 2013 gegenüber dem Vorjahr um 45 Prozent. Teilweise ist diese Entwicklung auf die Beteiligung des Militärs an Tätigkeiten zurückzuführen, die traditionellerweise von Hilfsorganisationen übernommen werden. Dadurch verschwimmen die Grenzen zwischen militärischen und zivilen Akteuren. Die Auswirkungen auf die Wahrnehmung der Hilfe in Afghanistan als neutral und unabhängig sind dramatisch, wie Ärzte ohne Grenzen wiederholt aufgezeigt hat, unter anderem in dem 2014 veröffentlichten Bericht *Between Rhetoric and Reality: The Struggle to Access Healthcare in Afghanistan*.

Erste Regeln für das Miteinander

Mit der Zunahme sogenannter integrierter Einsätze stieg auch der Bedarf nach einer Klärung der Rollen humanitärer und politischer Akteure. Deshalb wurde seit den 1990er Jahren eine Reihe neuer Regeln und Bestimmungen eingeführt. Dazu gehören beispielsweise die Initiative *Good Humanitarian Donorship* (Prinzipien und gute Praxis der humanitären Geberschaft, 2003), der Europäische Konsens

über die humanitäre Hilfe (2007) und die Leitlinien von Oslo (2007).

Diese Dokumente betonen noch einmal Ziel und Aufgabe der humanitären Hilfe: in Krisensituationen Menschenleben zu retten und Leid zu lindern. Zudem legen sie fest, dass sich die Hilfe allein an den Bedürfnissen der Notleidenden orientiert und nicht für politische oder militärische Zwecke instrumentalisiert werden darf. Der von der EU und ihren Mitgliedstaaten verabschiedete Europäische Konsens über die humanitäre Hilfe bestimmt zum Beispiel, dass die Achtung der Unabhängigkeit gleichzeitig die Abgrenzung humanitärer Ziele von politischen, ökonomischen, militärischen oder anderen Zielen bedeutet. So soll sichergestellt werden, dass der Zweck humanitärer Hilfe ausschließlich darin besteht, in humanitären Krisen Leid zu lindern oder zu verhindern.

Auf ähnliche Weise spiegelt auch der Vertrag von Lissabon (2009) die Spannungen zwischen dem Bekenntnis zu humanitären Prinzipien und den integrativen Ansätzen der aktiven Außenpolitik wider. Der Vertrag legt fest, dass „für die Maßnahmen der Union im Bereich der humanitären Hilfe die Grundsätze und Ziele des auswärtigen Handelns der Union den Rahmen [bilden]“. ² Somit wird der umfassende Ansatz der Union im internationalen Krisenmanagement auf institutionelle Ebene gehoben. Bezeichnenderweise vermeidet das Vertragswerk, das Prinzip der Unabhängigkeit humanitärer Hilfe ausdrücklich zu nennen. Diese Vermeidung bzw. dieser Widerspruch zu den humanitären Prinzipien wurde von vielen Hilfsorganisationen als potenzielle Verstärkung der Politisierung von Hilfsleistungen kritisiert.

Wie dargestellt, wird die humanitäre Hilfe zunehmend unter eine übergeordnete Strategie des *War on Terror* subsumiert. Als solche wird sie als Belohnung für politisches Wohlverhalten eingesetzt oder aber jenen Grup-

pen entzogen, die politisch unerwünscht sind und/oder als Terroristen angesehen werden (z. B. Resolution 1373 des UN-Sicherheitsrates). So wurden mehrere UN-Resolutionen und Beschlüsse verabschiedet (z.B. Resolution 1373 oder 1390 des UN-Sicherheitsrates), die eine Bereitstellung von Ressourcen – darunter auch humanitäre Hilfsleistungen – kriminalisieren, insofern Gruppen oder Personen von ihnen profitieren, die als terroristisch eingestuft wurden. ³ Diese Beschlüsse wurden auf UN- und EU-Ebene angenommen und in mehreren Mitgliedstaaten in nationales Recht umgesetzt. Seitdem machen sich Hilfsorganisationen strafbar, wenn sie mit Gruppen verhandeln, die als terroristische Netzwerke gelten, oder Menschen Hilfe anbieten, die unter der Kontrolle solcher Gruppen stehen. Deshalb stehen humanitäre Hilfsorganisationen wie Ärzte ohne Grenzen, trotz aller Bemühungen, im Einsatz neben internationalen Streitkräften vor großen Hürden. Damit sollte auch klar sein, warum Ärzte ohne Grenzen es ablehnt, mit militärischen Einheiten zusammenzuarbeiten, und versucht, so unabhängig wie möglich von militärischen Interventionen zu bleiben.

„Wollen wir denn nicht alle dasselbe?“

Ist es wirklich nötig, die humanitären Grundsätze, ihre Anwendung und Legitimität auf dieser sehr theoretischen Basis zu diskutieren? Willen Ärzte ohne Grenzen letzten Endes nicht auch die Sicherheit und Stabilität in bewaffneten Konflikten und Frieden, die Demokratie und die Menschenrechte fördern? Anders gefragt: Wollen wir denn nicht alle dasselbe?

Das sind Fragen, die Ärzte ohne Grenzen häufig gestellt werden. Doch die Wahrung von Stabilität, Sicherheit, Demokratie und Menschenrechten gehören nicht in den Verantwortungsbereich von Hilfsorganisationen, so erstrebenswert diese Ziele auch sein mögen. Die Aufgabe einer Hilfsorganisation besteht

nicht darin, eine bestimmte Ideologie oder Weltsicht zu unterstützen, sondern Menschenleben zu retten und Leid zu lindern. Ärzte ohne Grenzen legt großen Wert auf diese Unterscheidung.

Natürlich vollzieht sich humanitäres Handeln nicht in einem luftleeren Raum. Helfer agieren in einem politischen Kontext und stehen dabei häufig knietief in örtlichen und internationalen politischen Debatten. Von daher kann es niemals eine wirklich neutrale Position in einem Konflikt geben – schon gar nicht in den Augen der Bevölkerung vor Ort oder der beteiligten bewaffneten Gruppen. Schließlich hat auch die humanitäre Hilfe immer eine Funktion und wird aus einem bestimmten Grund bereitgestellt. Dessen Beurteilung allerdings liegt hauptsächlich im Auge des Betrachters. So bezieht auch Ärzte ohne Grenzen bei allem Streben nach größtmöglicher Neutralität manchmal, unter außergewöhnlichen Umständen, eine klare politische Position. In den bewaffneten Konflikten der Gegenwart, die sich durch große Komplexität auszeichnen, wird es oft zum Drahtseilakt, unparteilich, unabhängig und neutral zu bleiben. Es ist nicht unsere Absicht, bei dieser Argumentation den Humanitarismus über die Politik zu stellen oder zu leugnen, dass Ärzte ohne Grenzen manchmal selbst schwierige Kompromisse eingehen muss, um jenen Menschen zu helfen, die in der heutigen Welt am meisten leiden.⁴ Allerdings rechtfertigt die Anerkennung der komplexen Verhältnisse und Herausforderungen bei der aktiven humanitären Hilfe nicht den zunehmenden Missbrauch der humanitären Hilfe, wie er seit dem Beginn der 1990er Jahre ganz offensichtlich in der Politik des Westens erfolgt.

Es steht viel auf dem Spiel: Gegenwärtig sind Millionen von Menschen von bewaffneten Konflikten und Krisen betroffen, die von Helfern nicht erreicht werden können. Auch wenn es heutzutage mehr humanitäre Hilfe gibt als

je zuvor und dieser Bereich eine enorme Professionalisierung durchlaufen hat, ist die Hilfe doch äußerst ungleich verteilt und richtet sich allzu oft nicht nach Bedürftigkeit.⁶ Das ist in großen Teilen das Ergebnis der Instrumentalisierung, der Kriminalisierung und des Missbrauchs von Hilfsleistungen durch die oben dargestellte Politik.

Für das erfolgreiche Miteinander politischer und militärischer Akteure erachtet Ärzte ohne Grenzen die folgenden Grundsätze für unabdingbar:

Die humanitären Prinzipien müssen der zentrale Rahmen für die Definition von Hilfe bleiben. Es wird teilweise behauptet, diese Grundsätze hätten ihre Relevanz verloren bzw. seien im Einsatz vor Ort noch nie sinnvoll gewesen. Trotz aller Hürden und Zugeständnisse bleiben die humanitären Prinzipien für Ärzte ohne Grenzen sowie für viele andere Helfer und viele engagierte Politiker jedoch ein wertvolles Instrument zur Definition und Abgrenzung dessen, was humanitäre Hilfe auf welche Weise leisten sollte. Deshalb sind vertiefte Kenntnisse und mehr Respekt für diese Prinzipien erforderlich.

Wir wissen auch, dass akzeptierte, glaubwürdige Programme unser bester Schutz gegen Misstrauen sind. Wir streben an, im Rahmen unserer Möglichkeiten die bestmögliche medizinische Versorgung zu leisten. Durch die Unterstützung der Gemeinden vor Ort können wir normalerweise am besten sicherstellen, dass die Menschen uns vertrauen und uns glauben, dass unser einziges Ziel darin besteht, ihnen zu helfen. In diesem Zusammenhang ist es wichtig, auf unsere Finanzierungsstruktur hinzuweisen. Ärzte ohne Grenzen finanziert sich hauptsächlich über private Spenden und nimmt für die Arbeit in bewaffneten Konflikten kein Geld von Staaten an, die an diesem Konflikt beteiligt sind. Für die Projekte in besonders heiklen bewaffneten Konflikten wie etwa in Syrien, Afghanistan oder Nord-Mali nehmen

wir überhaupt keine finanziellen Mittel von Regierungen an. Insgesamt wird die Arbeit von Ärzten ohne Grenzen zu 90 Prozent aus privaten Spenden finanziert.

Wir sprechen mit jedem (der mit uns spricht). Um Gemeinden in instabilen Konfliktgebieten medizinisch versorgen zu können, muss Ärzten ohne Grenzen jeden Tag aufs Neue seine Unabhängigkeit und Unparteilichkeit unter Beweis stellen und dabei sorgfältig darauf achten, mit allen Akteuren eines Konflikts zu kommunizieren. Wir tun unser Möglichstes, um nachzuvollziehen, wie wir wahrgenommen werden. Die Bewertung der Tätigkeit einer humanitären Hilfsorganisation vor Ort beeinflusst sowohl ihren Aktionsradius als auch die Sicherheit ihrer Mitarbeiter. Wie eine humanitäre Hilfsorganisation international wahrgenommen wird, wirkt sich auf ihre Möglichkeiten zur politischen Einflussnahme aus. Das ist eine komplexe Angelegenheit – viele interne und externe Faktoren, die oftmals kaum nachvollziehbar sind, bestimmen, wie unser Gegenüber unsere Arbeit wahrnimmt.

Wir wahren Distanz zu allen politischen Akteuren, insbesondere den Streitkräften. Nur in Ausnahmefällen akzeptieren wir den bewaffneten Schutz unserer Mitarbeiter und äußern uns im komplexen Umfeld bewaffneter Konflikte nicht zu politischen oder militärischen Strategien. Deshalb sind wir keine offiziellen Mitglieder der UN-Koordinierungsstellen und -cluster. Die Vereinten Nationen sind gleichzeitig eine politische Vertretung ihrer Mitgliedstaaten und eine für die Koordinierung humanitärer Hilfe verantwortliche Organisation. Wie wir gezeigt haben, kann dies in Konfliktgebieten, in denen die UN sowohl eine humanitäre als auch eine politische Rolle spielt, äußerst problematisch sein.

Ärzte ohne Grenzen wird auch weiterhin Regierungen dazu auffordern, die Unabhängigkeit und Autonomie humanitärer Hilfsorganisa-

tionen zu achten. Die Staaten Europas, auch Deutschland, stehen in der Pflicht, einen unabhängigen Raum für humanitäre Hilfe zu schaffen, der von anderen Instrumenten zum Krisenmanagement eindeutig abzugrenzen ist. Insbesondere müssen Staaten damit aufhören, ihre politischen/militärischen Interventionen als „humanitär“ zu bezeichnen bzw. die humanitäre Hilfe in den Kontext einer größeren Politik- und Sicherheitsstrategie zu stellen.

¹ „Es ist unsere humanitäre Verantwortung und unser sicherheitspolitisches Interesse, den Leidenden zu helfen und ISIS einzudämmen. Die Unterstützungsleistungen der Bundesregierung tragen zur Linderung der unmittelbaren humanitären Notlage und zur Stabilisierung der Lage im Norden des Iraks bei.“ (Seite 6). Weiter heißt es: „Die deutschen Unterstützungsleistungen sind eingebettet in einen breiten politischen Ansatz, der von der großen Mehrheit der Staatengemeinschaft getragen wird und auf politischer, militärischer und rechtsstaatlicher Ebene wirkt“, (Seite 7) und: „Die militärischen Unterstützungsmaßnahmen zugunsten der irakischen Streitkräfte bleiben eingebettet in einen ganzheitlichen politischen Ansatz und werden in Ergänzung der weiterlaufenden Entwicklungszusammenarbeit, Wirtschaftshilfe sowie der fortgesetzten humanitären Hilfe umgesetzt. Abhängig von der weiteren Entwicklung und Umfang der Ressort-Engagements wird dieser Ansatz weiter zu entwickeln sein.“ Antrag der Bundesregierung „Ausbildungsunterstützung der Sicherheitskräfte der Regierung der Region Kurdistan-Irak und der irakischen Streitkräfte“ (Drucksache 18/3561).

² Ebenda, Kapitel 3, Artikel 188 J, Abschnitt 1.

³ Mackintosh, K. & Duplat, P. (2013): Study of the Impact of Donor Counter Terrorism Measures on Principled Humanitarian Action, S. 18 ff.

⁴ In dem 2011 veröffentlichten Buch „Humanitarian Negotiations Revealed: The MSF Experience“ spricht Ärzte ohne Grenzen offen über solche notwendigen Kompromisse, deren Grenzen und die Bedeutung für die Neutralität.

⁵ Healy, S. & Tiller, S. (2014): Where is everyone? A review of the humanitarian aid system's response to displacement emergencies in conflict contexts in South Sudan, eastern Democratic Republic of Congo and Jordan 2012-2013, Médecins Sans Frontières.

Dieser Artikel basiert auf dem Vortrag und der Veröffentlichung „Humanitarian action and Western military intervention – a view from Médecins Sans Frontières Germany“ von Ulrike von Pilar, Corinna Ditscheid und Alfhild Böhringer, Médecins Sans Frontières/Ärzte ohne Grenzen Berlin.



Dr. Ulrike von Pilar ist Leiterin des Teams für humanitäre Fragen bei Médecins Sans Frontières/Ärzte ohne Grenzen (MSF) in Berlin. Nach dem Studium der Mathematik promovierte sie an der Universität Tübingen in Biomathematik. Langjährige Lehrtätigkeit führte sie als Dozentin für Mathematik

an verschiedene Universitäten in Deutschland, Belgien und Hongkong. 1991 nahm sie ihre Tätigkeit für MSF in Brüssel auf, wurde 1993 Mitbegründerin und schließlich Gründungspräsidentin von Ärzte ohne Grenzen, der deutschen Sektion von MSF. 1997 bis 2005 war sie Geschäftsführerin von Ärzte ohne Grenzen Deutschland. Zwischen Juni 2009 und April 2012 war sie Vorstandsmitglied von MSF Großbritannien und MSF Ostafrika. 2011 erschien das von ihr herausgegebene Buch „1971–2011: 40 Jahre MSF“. Seit einigen Jahren ist sie Hauptbe-raterin für den Humanitarian Congress Berlin.



Birthe Redepenning absolvierte einen Master in Non Profit Management and Public Governance. Ihren Bachelor hat sie in International Cultural and Business Studies abgeschlossen. Sie arbeitet seit November 2011 bei Ärzte ohne Grenzen, erst in der Spendenabteilung, seit März 2014 ist sie die Assistentin des

Geschäftsführers und unterstützt das Advocacy-Team im Berliner Büro der Organisation.

Helfer in Gefahr – neue Herausforderungen in bewaffneten Konflikten

Zerbombte Kliniken, bedrohte Sanitäter und Ärzte – der Krieg macht auch vor den Helfern keinen Halt. Entführungen von Mitarbeitern internationaler Hilfsorganisationen sind immer häufiger die Realität. Seit einigen Jahren steigt die Zahl der humanitären Helfer, die in Kriegs- und Krisengebieten angegriffen werden. In den Jahren 2012 bis 2014 zählte das Internationale Komitee vom Roten Kreuz (IKRK) in 11 Ländern 4275 Helfer und Patienten, die Opfer von gewaltsamen Übergriffen wurden. Eine medizinische Einrichtung wurde in diesem Zeitraum in 60 Fällen als militärische Basis missbraucht. Nicht nur die Hilfsorganisationen, auch die UN (Vereinte Nationen) sind beunruhigt und suchen nach Gründen. Häufig sind terroristische Gruppen an Angriffen auf humanitäre Helfer beteiligt.

Das gesamte medizinische Helfersonnenn, auch der Sanitätsdienst der Bundeswehr, ist gefährdet, wenn Gegner die Schutzrechte der Genfer Konventionen und die Regeln des Kriegsvölkerrechts nicht einhalten. Spätestens seit dem Krieg in Afghanistan hat das Symbol des Roten Kreuzes seine reine Schutzwirkung verloren und ist immer häufiger zum Ziel für Angriffe geworden. Es besteht heute grundsätzlich die Sorge, dass in der Militärmedizin ein Denken und Durchsetzen „neuer Werte“ und der Wunsch nach einer „neuen Ethik“ aufkommt, nach der man die eigenen Kameraden bevorzugt behandeln darf. Diese Forderung neuer militärmedizinischer Werte wird vor allem durch aktuelle asymmetrische Konflikte

begünstigt, unter anderem auch durch die allgegenwärtige Grausamkeit und den Terror des Islamischen Staats (IS) in den letzten Jahren.

Innere Konflikte und Gefahren für militärmedizinische Helfer drohen heute in bewaffneten Konflikten von allen Seiten. Das ist nicht neu und doch kann es heute gefährlicher sein, einen Arztkoffer offen auf dem Beifahrersitz zu deponieren, als ein Maschinengewehr bei sich zu haben. Dies gilt für humanitäre Helfer ebenso wie für Militärärzte. Hilfsorganisationen bleiben oft in Kriegsgebieten, obwohl es dort zu gefährlich wird. Sind sie deshalb selbst schuld, wenn ihnen etwas zustößt und wer hilft ihnen?

Für viele medizinische Helfer ist es wichtig, eine klare Trennlinie zwischen humanitären und militärischen Einsätzen bzw. NGOs und Streitkräften zu ziehen. Im Fall Ebola gab es jedoch in diesem Jahr zum ersten Mal eine internationale Kooperation zwischen dem Roten Kreuz (DRK), dem Internationalen Roten Kreuz (ICRC) sowie Ärzten ohne Grenzen (MSF) und der Bundeswehr. Bereits in den Vorbereitungskursen arbeiteten diese eng und durchaus erfolgreich zusammen.

Auch Helfer brauchen Helfer – in vielerlei Hinsicht. Der Sanitätsdienst der Bundeswehr arbeitet derzeit an einem neuen Leitbild. Im Zweifel sollen sich Militärärzte und Sanitäter immer „für die Menschlichkeit“ entscheiden. Der Realität in bewaffneten Konflikten

und der Menschlichkeit gerecht zu werden, bedeutet für die Erstellung eines neues Leitbilds Herausforderung und Chance zugleich. Die medizinische Militäretik befindet sich in mehrfacher Weise im Zwiespalt. In jedem Fall ist eine zeitgemäße, länderübergreifende und ausgewogene Ethik-Ausbildung mit gezielter Vermittlung „moralisch-ethischer Kompetenzen“ künftig unabdingbar.

Viel Spaß beim Lesen des E-Journal-Special wünscht



Gertrud Maria Vaske

Gertrud Maria Vaske

Chefredakteurin „Ethik und Militär“

Healthcare in Danger – wie aus Helfern Opfer werden



Babak Ali Naraghi ist seit November 2014 Leiter des „Health Care in Danger“-Projekts. Er hat zehnjährige Praxiserfahrung beim Internationalen Komitee vom Roten Kreuz (IKRK) und war in verschiedenen Führungspositionen im Einsatz, unter anderem in Afghanistan, Guinea-Conakry, Sudan, Uganda und Sri Lanka. Seit 2000 ist er am Hauptsitz des IKRK in Genf tätig und war zuerst Stellvertreter und anschließend Head of Operations ad interim für Nord- und Westafrika. Er absolvierte einen Master in Politikwissenschaft.

In den bewaffneten Konflikten der Gegenwart werden medizinische Fachkräfte und Einrichtungen nur allzu häufig zum Ziel gesteuerter Angriffe oder zu Opfern einer unterschiedslosen Kriegführung. Medizinethik und Unparteilichkeit hinsichtlich der Bedürfnisse der Patienten finden keine Anwendung, und das Rote Kreuz stellt kein Zeichen des Schutzes mehr dar. Diese Form der Gewalt wirkt sich direkt und unmittelbar auf die Kranken und Verwundeten aus. Noch dramatischer aber ist die Folgewirkung für die Bevölkerung und das Gesundheitswesen der jeweiligen Länder: Krankenhäuser werden zerstört oder geschlossen, medizinische Fachkräfte werden getötet oder fliehen und die Einrichtungen können ihre Aufgaben nicht wahrnehmen, weil es an grundlegender Ausstattung fehlt. Der Zugang zu elementaren Angeboten wie einer medizinischen Grundversorgung, Impfprogrammen, Gesundheitsfürsorge für Mutter und Kind und Unterstützung bei chronischen Krank-

heiten wird einfach vorenthalten. Wir stehen vor einem immensen Problem.

Vor 151 Jahren wurde das Erste Genfer Abkommen zur Verbesserung des Loses der Verwundeten und Kranken der Streitkräfte im Felde verabschiedet. Als wichtigste Grundsätze legte das Abkommen die Pflicht zur Hilfe für die Verwundeten, ungeachtet ihrer Staatsangehörigkeit, und die Neutralität (Unverletzlichkeit) der medizinischen Fachkräfte und medizinischen Einrichtungen fest. Zudem führte das Abkommen das Symbol des roten Kreuzes auf weißem Grund als Zeichen des Schutzes für medizinische Fachkräfte und medizinische Einrichtungen ein.

Seit ihrer Gründung spielen die nationalen Gesellschaften des Roten Kreuzes und Roten Halbmondes als Unterstützung für die militärmedizinischen Dienste eine zentrale Rolle und sind zusammen mit dem Internationalen Komitee des Roten Kreuzes (IKRK) bestrebt, den Opfern bewaffneter Konflikte und anderer Notsituationen Zugang zu medizinischer Versorgung zu bieten. Dennoch ist 151 Jahre nach Verabschiedung des Ersten Genfer Abkommens festzuhalten, dass die Verletzung der dort festgelegten Grundsätze ein akutes und doch häufig ignoriertes Problem darstellt.

Das IKRK zeigte sich bereits 2008 alarmiert durch die zunehmenden Schwierigkeiten bei der sicheren medizinischen Versorgung in Konfliktregionen und führte eine Erhebung und Auswertung von Daten aus 16 Ländern durch, die von Kriegen oder anderen Notsituationen

betroffen waren. Diese länderübergreifende Studie kam zu dem Schluss, dass das Problem der Unsicherheit und Gewalt mit der entsprechenden Auswirkung auf die Gesundheitsversorgung nicht als einfache Summe einzelner Zwischenfälle betrachtet werden dürfe. Vielmehr handle es sich angesichts der Konsequenzen um ein komplexes humanitäres Problem, dessen Lösung nicht nur bei den medizinischen Fachkräften liege, sondern auch und vor allem eine Aufgabe von Recht und Politik sei – ein Dialog über humanitäre Fragen müsse gemeinsam mit allen Beteiligten zu abgestimmten Gegenmaßnahmen führen.

Die Ergebnisse der Untersuchung wurden auf der Internationalen Konferenz des Roten Kreuzes und Roten Halbmondes im Jahr 2011 rund 3.700 Teilnehmern aus über 180 Unterzeichnerstaaten der Genfer Abkommen vorgestellt. Auf der Grundlage der Ergebnisse verabschiedete die Konferenz die Resolution 5 – *Health Care in Danger* und beauftragte das IKRK, mit Experten der Länder und dem Roten Halbmond sowie mit weiteren Akteuren im Gesundheitsbereich ins Gespräch zu kommen, um die medizinische Versorgung in bewaffneten Konflikten und anderen Notsituationen sicherer zu gestalten. Damit war das Projekt *Health Care in Danger* (Gesundheitsversorgung in Gefahr geboren, HCID) geboren.

Seitdem hat die Initiative zahlreiche Beteiligte zusammengebracht – Gesetzgeber, politische Entscheidungsträger, staatliches Gesundheitspersonal, Waffenträger, humanitäre Hilfsorganisationen, Vertreter der Wissenschaft und Zivilgesellschaft. Es geht darum, konkrete und praktische Empfehlungen zu erarbeiten und im Ergebnis die Achtung und den Schutz für die medizinische Versorgung in Konflikten zu stärken.

Das Thema Gewalt gegen Gesundheitspersonal und Gesundheitseinrichtungen wurde in 12 Ländern in Form von Workshops sowie im Rahmen direkter Gespräche mit den oben genann-

ten Akteuren aus verschiedenen Perspektiven beleuchtet. Dazu zählten die Gesetzgebung, die für die Streitkräfte des jeweiligen Landes etablierte Verfahrensweise, ethische Grundsätze in der Gesundheitsversorgung, die Rolle von Führungspersönlichkeiten der Zivilgesellschaft, die Sicherheit der Gesundheitseinrichtungen, Ambulanzen und Rettungswagen sowie die beobachteten Handlungsformen nichtstaatlicher bewaffneter Gruppen. In der Folge wurde eine Reihe von Maßnahmen erarbeitet, um die Sicherheit beim Zugang zur medizinischen Versorgung sowie deren Durchführung zu verbessern. In folgenden Situationen sind diese Maßnahmen für die militärische Einsatzpraxis von direkter Bedeutung: Durchführung von Suchoperationen und Verhaftungen in Gesundheitseinrichtungen, Besetzung von Checkpoints sowie Durchführung von Kampfhandlungen in der Nähe einer Gesundheitseinrichtung. Tatsächlich ergab die Datenerhebung des IKRK, dass Angehörige der Streitkräfte mit am stärksten für Gewalt gegen Gesundheitspersonal und -einrichtungen verantwortlich sind, insbesondere in den oben genannten Situationen.

Viele der in dem HCID-Projekt erarbeiteten Empfehlungen verstehen sich als präventive Maßnahmen. Sie sollen zum Beispiel sicherstellen, dass Gesundheitsdienste, Behörden und Gefechtsbeteiligte sich angemessen auf Situationen einstellen können, die infolge von Unsicherheit oder im Zusammenhang mit Gewalt gegen Gesundheitseinrichtungen entstehen. Zudem soll eine angemessene Vorbereitung auf bzw. Linderung der Auswirkungen bewaffneter Konflikte und sonstiger Notlagen sichergestellt werden.

Die präventive Natur der HCID-Empfehlungen wirkt sich unter anderem auf die folgenden Bereiche aus:

- Militärische Leitbilder und Übungen¹ tragen dazu bei, im Fall bewaffneter Konflikte und anderer Notlagen einen sicheren Zugang

zu medizinischen Leistungen sowie deren sichere Durchführung zu gewährleisten.

- Vorsorge in Gesundheitseinrichtungen. Mithilfe einer angemessenen Notfallplanung können die Folgen von Gewalt gegen Gesundheitseinrichtungen abgefedert oder möglicherweise sogar ganz vermieden werden.
- Die Schulung der medizinischen Fachkräfte² erfolgt nicht nur zu fachlichen Aspekten der medizinischen Versorgung, sondern insbesondere auch zu den Rechten und Pflichten sowie zu ethischen Problemen, die in bewaffneten Konflikten und anderen Notlagen typischerweise auftreten.
- Schulung und Einbeziehung der jeweiligen nationalen Gesellschaften des Roten Kreuzes und Roten Halbmondes.
- angemessene Koordinierung aller an der Notversorgung beteiligten Akteure. Dafür sind sowohl Pläne für eine entsprechende Koordinierung als auch szenariobasierte Trainings vor Einsatzbeginn erforderlich.
- Erarbeitung von nationalen normativen Rahmenvorgaben³ für die Umsetzung internationaler Verpflichtungen zum Schutz der Gesundheitsversorgung in bewaffneten Konflikten und anderen Notlagen. Um die Wirksamkeit eines normativen Rahmens sicherzustellen, muss er bereits zu Friedenszeiten geschaffen werden.

Im Laufe der Jahre haben sich tragfähige Partnerschaften mit relevanten Akteuren entwickelt, zum Beispiel mit dem Weltärztebund, dem *International Council of Nurses* (einem Zusammenschluss nationaler Berufsverbände im Pflegebereich), dem *International Council of Military Medicine* (Internationaler Rat der Militärmedizin), der *International Federation of Medical Students Association* (Internationale Vereinigung medizinischer Studentenorganisationen) und der Weltgesundheitsorganisation. Nur wenn viele verschiedene Akteure an einem Strang

ziehen und aktiv werden, können wir den weitreichenden Folgen von Gewalt gegen Gesundheitspersonal und Gesundheitseinrichtungen im humanitären Bereich wirksam begegnen.

Das Thema gewinnt auf globaler Ebene zunehmend an Fahrt. Inzwischen dürfen wir auf eine Reihe wichtiger Meilensteine verweisen. So wurde zum Beispiel im Dezember 2014 während der 69. Tagung der Generalversammlung der Vereinten Nationen die Resolution zu Außenpolitik und globaler Gesundheit zusammen mit drei weiteren Resolutionen verabschiedet. Die vier Resolutionen rufen die Staatengemeinschaft dazu auf, 1) die Gesundheitsversorgung zu schützen, 2) die Widerstandsfähigkeit der nationalen Gesundheitssysteme zu stärken und 3) geeignete Maßnahmen zu ergreifen, um Gewalt gegen Gesundheitspersonal und Gesundheitseinrichtungen einzudämmen und zu vermeiden. Damit wurde der Weg frei für ein stärkeres internationales Engagement zur sicheren medizinischen Versorgung im Konfliktfall.

Mit Blick in die Zukunft wird die im Dezember 2015 stattfindende Internationale Konferenz des Roten Kreuzes und des Roten Halbmondes ein nächster wichtiger Meilenstein sein. Bei dieser Gelegenheit werden die beteiligten Akteure erneut die Wichtigkeit dieses Themas unterstreichen, seine weitreichenden unmittelbaren und langfristigen Folgen im humanitären Bereich anerkennen sowie sich zur Umsetzung der im Rahmen des HCID-Projekts ausgesprochenen Empfehlungen verpflichten.

1 Vgl. auch HCID-Veröffentlichung: „Promoting military operational practice that ensures safe access to and delivery of health care“.

2 Vgl. auch HCID-Veröffentlichung: „Ambulance and pre-hospital services in risk situations“; „Health care in danger: The responsibilities of health-care personnel working in armed conflicts and other emergencies“.

3 Vgl. auch HCID-Veröffentlichung: „Domestic Normative frameworks for the Protection of Health Care“.

Neue Werte für Sanitäter? Medizinische Ethik in militärischen Kontexten



Generaloberstabsarzt Dr. Ingo Patschke trat 1973 in die Bundeswehr ein und ist seit 2011 Generaloberstabsarzt und Inspekteur des Sanitätsdienstes der Bundeswehr. Er wurde mit dem Ehrenkreuz der Bundeswehr in Silber (1994) und Gold (2000) ausgezeichnet und erhielt 2002 die Einsatzmedaille Bronze Fluthilfe. 2006 wurde ihm sowohl die Bundeswehr-Einsatzmedaille als auch die NATO-Medaille ISAF verliehen und er ist seit 2014 Träger des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland

In Diskussionsrunden spüre ich immer wieder, dass jüngere Militärärzte und Sanitäter teilweise eine radikalere Ansicht zu manchen Dingen vertreten, als es die „Alten“ – und dazu zähle ich mich – tun würden.

Aus den vielen verschiedenen ethischen Dilemmata, denen wir im Sanitätsdienst ausgesetzt sind, möchte ich zunächst das Spannungsfeld zwischen Arzt und Soldat herausgreifen. Es gibt darüber seit vielen Jahren Publikationen von Sanitätsoffizieren, die einmal als Arzt und einmal als Offizier aus unterschiedlichen Blickwinkeln über ihr Rollenverständnis schreiben. Ich glaube, dass der Fokus sich insbesondere vor dem Hintergrund der Auslandseinsätze zunehmend auf die Frage richtet, die nicht nur für den Arzt, sondern generell für jeden aus dem Sanitätsdienst dahintersteckt: „Was machen wir tatsächlich in einer Kampfsituation – sind wir dann mehr Sanitäter oder sind wir mehr Kämpfer?“

Im Augenblick diskutieren wir auch mit der Unterstützung von renommierten Ethikern über die Frage, wie wir uns selbst als Sanitäter sehen. Gibt es Situationen, in denen es unumgänglich ist oder von uns ethisch geradezu gefordert wird, am Feuerkampf teilzunehmen – und wo liegen die Grenzen? Sollen wir das rote Kreuz verstecken, um nicht zur Zielscheibe zu werden, oder müssen wir uns sogar so stark wie möglich bewaffnen?

Diese Diskussion ist bei Weitem noch nicht ausgestanden. Wir haben uns im Rahmen eines Generaltreffens Ende 2014 dieser Fragestellung als Teil eines Gesamtbilds – das Selbstverständnis des Sanitätsdienstes – gewidmet.

Ein weiteres Dilemma zeigt sich, wenn wir als Arzt, als Rettungsassistent oder als Sanitäter im Einsatz handeln. Wie ist hier das Verhältnis von uns zu unseren Patienten zu betrachten, insbesondere vor dem Hintergrund einer möglicherweise geforderten Nützlichkeitsabwägung? Wir alle kennen eine MASCAL-Situation, d. h. eine Situation, in der ein Missverhältnis zwischen einer hohen Anzahl anfallender Patienten und den zur Verfügung stehenden Ressourcen herrscht. Das bedeutet: Selbst wenn es sich bei den Patienten um unsere eigenen Soldaten handelt, machen wir auch dort im Grunde genommen eine Nützlichkeitsabwägung, indem wir die Chancen für einen Patienten, der sehr schwer verwundet ist, gegenüber der Möglichkeit abwägen, in der gleichen Situation viele andere Patienten retten zu können. Wir müssen also ab einem gewissen Punkt

mangelnder personeller oder materieller Ressourcen weg von der Individualmedizin, wie wir sie in Mitteleuropa, in den USA oder in Israel kennen, hin zu einer Abwägung der Möglichkeiten in solchen Notlagen.

Das also ist aus meiner Sicht nicht das eigentliche Dilemma. Die ethische Frage lautet vielmehr: Ist uns im übertragenen Sinne das Hemd nicht näher als die Hose? Ist mir der verletzte Soldat als Bundeswehrangehöriger oder als Angehöriger meiner Koalition nicht wichtiger und wertvoller in der Behandlung als ein Zivilist oder eben auch – schlimmer noch – als ein Gegner? Wir sind eben nicht das Deutsche Rote Kreuz, sondern die Betriebssanitäter der Bundeswehr. Man muss sich darüber klar sein, dass unser Handeln in dreierlei Weise wirkt. Einmal auf mich selbst als Behandelnder: Ich habe einen ethischen und auch einen ärztlichen Anspruch an mich, den ich gerne befolgen will. Dann hat mein Handeln natürlich eine Wirkung auf den potenziellen Patienten – und wenn es ein gegnerischer Patient ist, hat es somit einen erheblichen Einfluss auf den Gegner, ob ich ihn behandle oder nicht. Und als dritte Gruppe gibt es meine eigenen Soldaten, für die ich eigentlich da bin. Diese vertrauen auf mich und verlangen von mir, vorrangig für sie da zu sein. Der gute Ruf des Sanitätsdienstes der Bundeswehr im Einsatz beruht auch auf dem Vertrauen der Truppe und insbesondere der Erkenntnis, dass wir für sie da sind – und zwar unter allen Bedingungen.

Wenn wir diesen guten Ruf dadurch verwässern, dass wir andere auch behandeln oder vielleicht zuerst behandeln, dann ist das möglicherweise in den Augen unserer eigenen Soldaten ein Problem, mit dem sie sich erst einmal auseinandersetzen müssen. Ich denke, das müssen wir auch aus der Perspektive der Einsatzverpflichtung durchaus im Blick behalten.

Das dritte Dilemma, welches ich persönlich sehe, liegt darin, dass sich Krieg und Gegner

über die Jahre hinweg verändert haben. Als ich Sanitätsoffizier und junger Stabsarzt war, bestand die wahrscheinlichste Bedrohung, die ich mir denken konnte, in einem Krieg zwischen NATO und Warschauer Pakt aufgrund einer möglichen Konfrontation. Bei diesem Szenario konnte man sich auf das humanitäre Völkerrecht berufen und es gab – zumindest in der Theorie – Spielregeln, wie ich auf der einen Seite als Sanitäter oder Sanitätsoffizier durch einen Gegner behandelt werden würde und wie ich auf der anderen Seite als Sanitätsoffizier meinen Gegner behandeln sollte, wenn dieser mir als Patient gegenübertritt. Dies habe ich auch vor dem Hintergrund gegenseitiger ethischer Verpflichtungen als eine gewisse Ausgewogenheit empfunden.

In den modernen Konflikten und asymmetrischen Kriegen – wir brauchen aktuell nur in den Nordirak zu schauen – sehen wir dazu doch deutliche Unterschiede. Was wir hier sehen und in der Vergangenheit schon in Afghanistan gesehen haben, ist für mich ehrlich gesagt durchaus ein Problem. Denn der Gegner in Afghanistan oder, noch schlimmer, der IS, hat für mich eine andere Qualität. Einen Gegner der alten Art konnte ich auch emotional irgendwie verstehen. Denn dieser Gegner war ein Mensch aus meinem europäischen Kulturkreis. Er hatte prinzipiell denselben Auftrag wie ich, nur eben reziprok. Bei den neuen Kriegen – diesen asymmetrischen Konflikten –, bei denen oft furchtbare Dinge passieren, fehlt mir oft das Verständnis und ich hätte persönlich Schwierigkeiten, manche Gegner als bemitleidenswerte Individuen zu erkennen, wenn sie mir als Patienten gegenübertraten. Das macht durchaus etwas aus. Und ich erkenne auch darin ein Dilemma, dass zwischen rechtens und richtig aus meiner Sicht eine immer größere Schere klafft. Dass das humanitäre Völkerrecht in dieser Art von innerstaatlichen Konflikten immer weniger Anwendung finden

kann, ist gerade für unsere Leute ein großes Problem.

Deswegen bin ich fest davon überzeugt, dass Veranstaltungen, Diskussionen, Publikationen und lebhafter Austausch zu diesen Themen in nicht unerheblichem Maße wertvoll und geeignet sind, den eigenen Wertekompass zu justieren und sich dessen bewusst zu werden, wofür wir stehen. Unser Grundgesetz, aufgeklärter Humanismus oder auch unsere Religion, um nur einige zu nennen, sind Werte, die uns tragen und die wir aus meiner Sicht den Unwerten moderner, asymmetrischer Konflikte entgegen setzen müssen.

Wir – die ältere Generation – müssen hier Verantwortung übernehmen in der Diskussion und können nicht alles den Jüngeren überlassen, auch wenn diese unstrittig die Zukunft des Sanitätsdienstes darstellen. Wir müssen die Jungen vorbereiten auf Situationen, die im Krieg oder in solchen Konflikten passieren können, damit sie eine Vorstellung und ethisches Rüstzeug für diese Dilemmata und für ihr eigenes Handeln entwickeln können. Vorantreiben müssen wir tatsächlich den Dialog mit den Jungen über diese möglichen Fragestellungen. Wir hatten in den letzten zwei Jahren eine Welle der Kriegsdienstverweigerung innerhalb des Sanitätsdienstes. Sehr viele von diesen Antragstellern, die das Recht auf Kriegsdienstverweigerung für sich in Anspruch nehmen wollten, waren erkennbar finanziell getrieben durch die Verlockungen oder vermeintlichen Verlockungen eines guten Verdienstes außerhalb der Bundeswehr. Aber ich verkenne nicht, dass auch einige dabei waren, die gerade aus einer schwierigen Situation im Einsatz heraus „wach geworden“ sind, die damit nicht zurechtkamen und gesagt haben, dass sie sich in eine solche emotionale und ethische Zwickmühle nicht mehr begeben könnten. In der Folge haben sie den Weg aus der Bundeswehr gesucht. Aus meiner Sicht war und ist es richtig, ihnen das zu ermöglichen, denn das Recht

auf Kriegsdienstverweigerung ist per se richtig für eine Demokratie.

Bleiben wir also im Gespräch und hoffen auf zahlreiche spannende und auch kontroverse Diskussionen zu diesem Thema. Medizinische Ethik in militärischen Kontexten wird uns auch zukünftig immer wieder vor große Herausforderungen stellen.

Erster deutscher Militärpfarrer im Ebola-Gebiet – wer hilft den Helfenden?

Andreas-Christian Tübler im Interview mit Gertrud Maria Vaske



Andreas-Christian Tübler ist ev.-luth. Militärpfarrer und seit 2010 Leiter des Militärpfarramts Appen/Heide/Seeth. Er ist nebenamtlich Dozent an der Führungsakademie der Bundeswehr und war in verschiedenen Auslandseinsätzen. 2014 begleitete er das

Ausbildungskontingent der Bundeswehr in Mali (Westafrika). 2015 war er freiwillig im humanitären Ebola-Hilfeinsatz in Liberia und unterstützte Soldaten und das Deutsche Rote Kreuz.

Ebola – zum ersten Mal in der deutschen Geschichte arbeiteten Bundeswehr, Deutsches Rotes Kreuz (DRK), Internationales Rotes Kreuz (IKRK) und Ärzte ohne Grenzen (MSF) zusammen. In den Ebola-Vorbereitungskursen nutzten sie gemeinsam Synergien und konnten in diesem humanitären Einsatz stark voneinander profitieren – Militärpfarrer Andreas-Christian Tübler war als erster deutscher Militärseelsorger in Liberia. Für die Helfer und Kranken war er direkt vor Ort.

Vaske: Als Sie im Ebola-Einsatz vor Ort waren, gab es zum Glück wenig infizierte Menschen, trotzdem war die ständige Angst vor Ansteckung vorhanden. Worum ging es in diesen Einsätzen genau und was ist dabei Ihre Funktion als Militärpfarrer?

Tübler: Auftrag und Ziel dieser Einsätze sowohl von der Bundeswehr als auch vom Roten Kreuz war, die Infektionskette zu unterbrechen. Es galt, die Infektionskette von Ebola von Ausbruch bis zum Ende zu unterbrechen, Erste Hilfe für die infizierten Personen zu leisten und Sicherheit

für die Bevölkerung zu schaffen. Die Aufgabe des Militärpfarrers ist, die Bundeswehrsoldaten zu stabilisieren, denn wir wussten nicht genau, wie groß die Gefahr sein würde. Wir haben durchaus mit vielen Ebola-Toten im Stadium der Ausbildung in Hamburg gerechnet. Es hat sich aber herausgestellt, dass diese Befürchtung grundlos war, dennoch wurde jeder Patient in unserer Einrichtung die ersten beiden Tage bis zur definitiven Blutanalyse so behandelt, als ob er Ebola haben könnte, und das hat eine dauernde, schleichende 24/7-Bereitschaft zum Ausdruck gebracht.

Was genau konnten Sie in Liberia in der Hauptstadt Monrovia tun? Wie war Ihr konkreter Arbeitsalltag?

Der Alltag begann 06:00 Uhr morgens und ging bis um 21:00 Uhr. Neben anderem war eine Präsenz im benachbarten Lager – bestehend aus einer Zeltstadt (200 x 200 m) mit mehreren Zelten für verwundete bzw. für verletzte Personen – notwendig, um mit den Menschen zu reden, einschließlich des Personals der Bundeswehr, des Roten Kreuzes und schließlich der Einheimischen. Am Ende des Tages gingen wir in unser Hotel zurück und sprachen über das Erlebte mit den Soldaten und gestalteten gemeinsam die Freizeit (Gottesdienste usw.).

Was genau konnten Sie den Soldaten und freiwilligen Helfern mitgeben, wie konnten Sie helfen?

Ich weiß nicht, ob man das so punktuell sagen kann. Ich war dafür da, die Gespräche im Back-Office-Bereich, also im Rückraum dessen,

was man in der Zeltstadt tat, zu führen und den Soldaten die Gewissheit zu geben, dass sie gute Arbeit gemacht haben. Ich sprach mit den Beteiligten über die Probleme, die sie in bestimmten Situationen hatten. Wir hatten zum Beispiel keine Ebola-Patienten, aber wir hatten eine Reihe von HIV-Patienten, die unsere besondere Aufmerksamkeit brauchten, und das war nicht immer ganz einfach. Man sah schwere Verletzungen und abgestorbene Gliedmaßen und die seelische Situation der Patienten wie auch der Betreuungspersonen war zwiespältig, deshalb musste mit allen darüber gesprochen werden. Letztlich ist meine Aufgabe, ein offenes Ohr für die Menschen im Einsatz zu haben.

Was sagen Sie den Menschen vor Ort, um Ihnen die konkreten Sorgen zu nehmen?

Es geht darum, das Erlebte und besondere Situationen in Form von Gesprächen (Frage – Antwort) einzuordnen. Ich habe selber die Situation miterlebt, ich habe selber Besuche bei Patienten gemacht, übrigens auch bei den HIV-Patienten. Ich war zwar nicht im Ebola-verdächtigen Bereich, aber in dem Bereich, wo andere schwerkranke Personen mit anderen Infektionskrankheiten lagen. Man kann versuchen eine gemeinsame Strategie bzw. Zukunftsperspektive zu entwickeln, zum Beispiel mittels externer Förderung mit Geld, mit Überlegungen zur Verbesserung der Situation im Land oder zur Stärkung des Gesundheitssystems – aber das allein reicht natürlich nicht aus. Es gibt Korruption, die Armut ist sehr groß und die Leute handeln eher eigennützig. Es braucht eine „Supervision von außen“, Leute, die zum Beispiel stellvertretend für andere Krankenhäuser leiten. Diese Überlegungen haben wir gemeinsam entwickelt.

Die Pharmaindustrie hat einen Wirkstoff zur Bekämpfung von Ebola gefunden. Warum ist es notwendig, die Arbeit trotzdem fortzuführen?

Ebola kann jeden Tag neu ausbrechen. Es ist nicht so, dass diese Krankheit nach vier Wochen ohne Neuerkrankung bekämpft ist.

Das Krankheitsbild von Ebola gibt es schon seit über 30 Jahren. Erst als Europa durch einreisende Personen konkret bedroht war, schalteten sich Politik und Industrie ein, dies sollte sich ändern. Eine Weißhelm-Truppe soll speziell für Infektionskrankheiten ausgebildet werden, um schneller eingreifen zu können. Weiterhin gibt es viele Dörfer und Gegenden, in denen wir noch nicht waren, da diese infrastrukturell nicht zugänglich sind. Natürlich kann es sein, dass hier noch Ebola-Patienten liegen, ohne dass man es weiß. Es handelt sich in Liberia, Sierra Leone und Guinea um eine Grauzone, da niemand definitiv sagen kann, ob Ebola bekämpft ist. Deshalb muss man weiterhin achtsam sein.

Wie groß war Ihre Angst vor Ansteckung mit Ebola?

Angst war nicht vorhanden, aber die Befürchtung ist immer mitgeschwungen. Im November letzten Jahres haben wir Meldungen gehört, dass man sich auf viele Tote einstellen muss. Zum Glück ist es nicht so weit gekommen. Angst hatte ich weniger, weil ich wusste, wenn wir uns vernünftig schützen, die Hände waschen und alle Vorsichtsmaßnahmen ergreifen, dann können wir eigentlich gut mit der Gefahr leben.

Ebola hat Ängste, Anteilnahme und Hilfe ausgelöst. Zum ersten Mal gab es eine Kooperation zwischen Bundeswehr, Rotem Kreuz und Ärzten ohne Grenzen in Vorbereitungskursen und der Arbeit vor Ort. Wie lief diese Kooperation?

Unter dem Strich lief sie sehr gut. Wir haben hervorragend zusammengearbeitet, das hat sich auch nach dem Einsatz gezeigt. Wir hatten eine gemeinsame Einsatznachbereitung, in der wir uns ausgetauscht haben und sogar Freundschaften geschlossen haben.

Auch auf der Leitungsebene lief es sehr gut. Das Problem ist, dass die Auftragslage – das kann aber auch an mir liegen – nicht so ganz

klar war, dabei ging es um die Aufgabenverteilung. Als Bundeswehr sollten wir nur unterstützen, aber wir haben weitaus mehr gemacht und unter anderem medizinisch geholfen. Das Rote Kreuz war *Head of Mission*, jedoch könnte in Zukunft klarer definiert werden, wer welches Aufgabenprofil hat. Ansonsten war es gut, „Klarheit schafft Vertrauen“ und für Folgeeinsätze sollte bestimmt werden, welcher Auftrag besteht und wann der Einsatz zu Ende ist. Wesentliche Kritikpunkte zum Einsatz kann ich so nicht erkennen, im Gegenteil. Es war so, dass beide Seiten voneinander gelernt haben und Vorurteile abgelegt wurden.

Denken Sie, dass solche Kooperationen für zivile Einsätze zukünftig verstärkt werden sollten? Welche Synergien könnte das haben, insbesondere für die Militärseelsorge?

Das kann schon so sein, insbesondere wenn es sich um keine Kampfeinsätze, sondern um Hilfeinsätze handelt, kann ich mir durchaus vorstellen, dass man die Ressourcen bündelt. Sofern die Auftragslage (wer macht was?) für die einzelnen Bereiche und Institutionen klar ist, können solche Kooperationen mit Ärzten ohne Grenzen, der Gesellschaft für internationale Zusammenarbeit oder anderen Partnern vollzogen werden.

Militärärzte sind Ärzte und Soldaten. Haben Sie als Militärseelsorger die Erfahrung gemacht, dass Militärärzte oder Helfer in Situationen kamen, in denen diese Doppelrolle durchaus als Rollenkonflikt wahrgenommen wurde?

Im letzten Einsatz nicht. Es gibt Situationen in Kampfeinsätzen, in denen dieser Rollenkonflikt vorhanden ist. Ich selbst habe diesen Konflikt noch nicht erlebt.

Hier war es so, dass es äußerst professionelle Ärzte waren – sowohl von Seiten des Deutschen Roten Kreuzes als auch von der Bundeswehr. Alle Ärzte hatten Erfahrung in

Auslandseinsätzen, alle wussten, worauf sie sich einlassen, das waren wirklich Profis. Aber Profis mit einer weichen Seele, die ein feines Gespür für die Belange und Bedürfnisse für die Betroffenen vor Ort hatten. Das habe ich als sehr wohltuend empfunden. Damit hatten sie keinen Konflikt in ihrer Rolle, im Gegenteil, sie haben sich in ihrer Rolle richtig wohlfühlt.

Sie waren nicht nur im Ebola-Einsatz, sondern schon häufiger als Militärseelsorger im Ausland tätig. Welche Einsätze waren besonders prekär und wo lauerten die lebensbedrohlichen Gefahren?

Es ist immer so, dass es nie eine total entspannte Situation gibt. Selbst in Nicht-Kampfeinsätzen wie dem Ausbildungseinsatz in Mali ist es immer so, dass die Gefahr mitschwingt und ein Restrisiko bleibt – sei es durch einen Anschlag auf dem Weg zum Besuch der Botschaft (ist zum Glück nicht passiert, da die Bundeswehr alle erforderlichen Maßnahmen trifft) oder durch Ansteckung einer Krankheit. Es muss nicht sein, es reicht schon aus, wenn Sie sich mit Malaria oder mit anderen Krankheiten anstecken. Die Bundeswehr tut alles dafür, dass sie diese Gefahr reduziert, aber so ganz ungefährlich und ohne Risiko ist nichts auf der Welt.

Die Gefahr der „schiefen Ebene“ – Sanitätspersonal zwischen Medizinethik und militärischem Auftrag



Oberfeldarzt Prof. Dr. Ralf Vollmuth arbeitet am Zentrum für Militärgeschichte und Sozialwissenschaften der Bundeswehr in Potsdam und ist apl. Professor für Geschichte der Medizin an der Universität Würzburg. Nach seinem Eintritt in die Bundeswehr als Sanitätsoffizieranwärter studierte er Zahnmedizin und Geschichte; er promovierte und habilitierte sich in Geschichte der Medizin. Im Sanitätsdienst durchlief er zahlreiche Verwendungen im zahnärztlich-kurativen Bereich und in Stäben und Kommandobehörden. Zu seinen Schwerpunkten zählen das berufliche Selbstverständnis im Sanitätsdienst und Wehrmedizinethik. Als Autor zahlreicher Fachbeiträge gehört er diversen Fachgremien an und leitet den Arbeitskreis Geschichte und Ethik der Wehrmedizin.

Im Zusammenhang mit dem Beruf und der Stellung des Sanitätsoffiziers begegnet konsequent das Bild vom „Spannungsfeld zwischen Arzt und Offizier“, ja diese immer wiederkehrende Formulierung scheint geradezu eine Metapher für eine Vielzahl eher diffus empfundener denn konkret greifbarer (Gewissens-) Konflikte. Und in der Tat werden in kaum einem anderen Bereich des Militärs bereits in den allgemein gesellschaftlich konsentierten Grundannahmen so viele Widersprüche offensichtlich wie bei den im „Sanitätsoffizier“ zusammengeführten Berufsbildern. Das zeigt auch der Blick in die Geschichte der Weltkriege, in denen Militärärzte sich einerseits für ihre Patienten aufopferten, sich aber

andererseits Teile der Militärmedizin und der Sanitätsdienste jenseits aller medizinethischer Kategorien willig missbrauchen ließen.

Ethische Maßstäbe und rechtliche Vorgaben

Die Aufgaben des Soldaten und die Grenzen seiner legitimen Gewaltanwendung ergeben sich aus staatlichen wie überstaatlichen Rechtsnormen, also etwa im nationalen Rahmen dem Grundgesetz, dem Soldatengesetz, dem Strafrecht sowie international im Wesentlichen dem Kriegsvölkerrecht und dem humanitären Völkerrecht. – Der ethische Grundkonsens für den ärztlichen Beruf wurde im hippokratischen Eid seit der Antike tradiert und lebt heute in etwas modifizierter und aktualisierter Form, aber in den wesentlichen Aussagen unverändert gültig, im Genfer Gelöbnis weiter (wie übrigens auch die anderen Deklarationen des Weltärztebundes wichtige ethische Maßstäbe setzen). Einige Kernpunkte sind unter anderem der Dienst an der Menschlichkeit, die ärztliche Schweigepflicht sowie das Patientenwohl als oberstes Gebot des Handelns und unabhängig von Herkunft, Abstammung, politischer Zugehörigkeit, Status und weiteren Merkmalen des Patienten. Aber auch zu diesen zwar ethischen, allerdings nicht rechtsverbindlichen Vorgaben kommen gesetzliche Normen hinzu, in denen die ethischen Grundwerte ihrem Wesen nach umgesetzt wurden: die ärztlichen Berufsordnungen, Approbationsordnungen, die Bundesärzteordnung und analoge Gesetze für alle Approbationen, das humanitäre Völkerrecht

und viele andere mehr. Sie alle machen deutlich, dass die Rolle des Sanitätsoffiziers nicht in seinem eigenen Ermessen liegt, sondern vielmehr ethisch wie juristisch determiniert ist und bei Grenzüberschreitungen auch sanktioniert werden kann. Dies zu erkennen, ist für die Diskussion überaus wichtig, wird doch häufig unterstellt, das Sanitätspersonal ziehe sich aus mannigfachen eigennützigen Gründen auf den Nichtkombattantenstatus zurück oder schiebe diesen vor.

Hier werden schon die Widersprüche ersichtlich: Zum Berufsbild des Soldaten gehört es, im Rahmen seines rechtlich legitimierten Auftrags anderen Menschen mit Waffengewalt entgegenzutreten, sie zu verletzen, in letzter Konsequenz vielleicht auch zu töten. Aufgabe des Arztes ist es hingegen (so auch in der Musterberufsordnung, die im Folgenden mehrfach zitiert wird, formuliert), „das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen, Leiden zu lindern [...]“. – Soldaten orientieren ihr Handeln am Auftrag, während „ärztliches Handeln am Wohl der Patientinnen und Patienten auszurichten“ und den Ärzten jegliche Tätigkeit untersagt ist, „welche mit den ethischen Grundsätzen des ärztlichen Berufs nicht vereinbar ist“. – Im militärischen Bereich gilt der Grundsatz von Befehl und Gehorsam, während Ärztinnen und Ärzte für sich in Anspruch nehmen, einem freien Beruf anzugehören, und „hinsichtlich ihrer ärztlichen Entscheidungen keine Weisungen von Nichtärzten entgegennehmen“ dürfen.

Aus diesen offensichtlichen Widersprüchen heraus ergeben sich nun auch konkrete ethische Dilemmasituationen, die dadurch gekennzeichnet sind, dass der Sanitätsoffizier zwischen konkurrierenden und miteinander nicht zu vereinbarenden Handlungsmöglichkeiten zu entscheiden hat. Das Spektrum und die Dimensionen dieser Dilemmata können hier nur angedeutet werden: So gilt die uneingeschränkte Verpflichtung gegenüber dem

Patienten, aber hat der Sanitätsoffizier nicht auch die Interessen des Dienstherrn im Sinne einer Einsatzfähigkeit der Truppe und gerechten Ressourcenverteilung zu wahren? Was zählt mehr, die Anweisung von Vorgesetzten in diesem hierarchisch strukturierten System Bundeswehr oder die ärztliche Freiheit, das heißt die ärztliche Verpflichtung auf das Wohl des Patienten und das eigene Gewissen? Und stellt sich im Einsatz nicht die Frage, ob eine Bevorzugung der eigenen Soldaten gegenüber neutralen Personen oder gar Feinden ethisch zu rechtfertigen ist, wenn Letzteren hieraus ein Nachteil entsteht? Welche Aufgaben im Einsatz, die zum Teil von der Truppe gefordert oder erwartet werden, sind mit dem Bild des Arztes und dem Berufsethos überhaupt vereinbar und wann werden die Grenzen von Ethik und Recht überschritten? Was wiegt schwerer, Patientenwohl oder die Auftragserfüllung?

Der Blick in die Geschichte

Wie unterschiedlich der ärztliche Auftrag ausgelegt wurde, welche zwiespältige und unselige Rolle ein Teil der Militärärzte in der deutschen Geschichte für das Wohl und die Heilung des Individuums einerseits und für den militärischen Auftrag und damit das (zumindest vermeintliche) Gemeinwohl andererseits spielten, mögen zwei Beispiele zeigen: Im Ersten Weltkrieg wurde der Sanitätsdienst mit einem vollkommen neuen Phänomen konfrontiert, den „Kriegsneurotikern“ bzw. „Kriegszitterern“ – Soldaten, die durch ihr Erleben im Stellungskrieg und durch den ständigen Beschuss schwerst traumatisiert waren, was sich unter anderem durch extremes Zittern und Zucken oder Lähmungen äußerte. In der Militärpsychiatrie wurden hierfür Behandlungsmethoden entwickelt, die mehr auf Disziplinierung als auf Heilung ausgerichtet gewesen sind: Die berühmte „Kaufmann-Kur“ arbeitete mit der Einleitung von Strom in den Körper bzw. mit Elektroschocks, weitere „Therapien“ waren Isolation, militärischer Drill und andere

Abschreckungen – man ging davon aus, dass es den traumatisierten Soldaten vor allem an Willensstärke mangelte, oft wurde ihnen auch Simulation unterstellt. Nicht wie ethisch geboten das Wohl der Patienten stand also im Zentrum der ärztlichen Bemühungen, sondern die Interessen Dritter – die Auffassung, dass Militärärzte durch diese Restriktionen und Disziplinierungen vor allem anderen „Kaiser, Volk und Vaterland“ zu dienen hätten. Jene Militärpsychiater, die diese Methoden anwandten, um die Soldaten wieder ins Gefecht zurückzutreiben, verglich Sigmund Freud später mit „Maschinengewehren hinter der Front“.

In der Vorbereitung und Führung des Zweiten Weltkrieges – dies als zweites Beispiel – wurden viele führende Sanitätsoffiziere und Wissenschaftler, auch wenn sie nicht nationalsozialistisch ideologisiert waren, durch die Erfüllung ihres wissenschaftlichen oder beruflichen Ehrgeizes korrumpiert. Sie ließen sich für die Führung eines Angriffs- und Vernichtungskrieges eines verbrecherischen Regimes instrumentalisieren und dienstbar machen, fühlten sich als „Arztsoldaten“, waren zum Teil gar konkret an der Beauftragung oder Durchführung von menschenverachtenden und mit medizinethischen Maßstäben in keiner Weise zu vereinbarenden medizinischen Versuchen beteiligt. Zweifellos hätten aber selbst diese Täter ihr verbrecherisches Handeln nicht als unethisch oder unärztlich bezeichnet, sondern damit gerechtfertigt, dass sie Einzelne geopfert hätten, um mit den aus diesen Versuchen gewonnenen Ergebnissen Viele zu retten.

Bereits aus diesen beiden Beispielen wird somit deutlich, wie zerbrechlich die ärztliche Ethik angesichts einer falsch verstandenen Pflichtauffassung oder unter dem Druck einer tatsächlichen oder vermeintlichen militärischen Notwendigkeit ist, wie schnell diese Fragilität in ethische Abgründe bis hin zur Ausübung von Verbrechen führen kann.

Von der Makro- zur Mikroebene

Die Angehörigen des Sanitätsdienstes der Bundeswehr werden mit Bezug auf die deutsche Vergangenheit zuweilen mit dem Vorwurf konfrontiert, dass jede Form eines Militärsanitätswesens per se ethisch angreifbar sei. Militärärzte wie auch die Angehörigen der anderen Approbationen und der medizinischen Assistenzberufe würden nicht aus einem humanitären Antrieb bzw. einer ärztlichen Gesinnung heraus (be-)handeln, sondern das Bemühen sei (wie schon in den beiden Weltkriegen) ausschließlich auf die Erhaltung oder Wiederherstellung der Kampfkraft gerichtet. Krieg sei ohne Sanitätsdienste überhaupt nicht führbar, sodass Ärzte die Mitschuld an Kriegen trügen. Diese historisch hergeleiteten Anschuldigungen auf den Sanitätsdienst der Bundeswehr zu übertragen, ist indessen nicht haltbar, da sich die Bundeswehr von ihren Vorgängern elementar unterscheidet: Vor dem Briand-Kellogg-Pakt (Kriegsächtungspakt) von 1928 wurde der Krieg als legitimes Mittel der Politik angesehen, sodass die Streitkräfte des Kaiserreichs ein Instrument zur Durchsetzung der staatlichen Interessen darstellten. Die Wehrmacht ließ sich gar trotz Kriegsächtungspaktes in und von einer Diktatur zur Führung eines Angriffs-, Eroberungs- und Vernichtungskrieges missbrauchen. – Bei der Bundeswehr handelt es sich hingegen um eine Parlamentsarmee zur Verteidigung einer freiheitlich-demokratischen Staatsordnung bzw. im völkerrechtlich legitimierten Einsatz für freiheitlich-humanitäre Grundwerte. Bereits auf dieser Basis und vor dem Hintergrund der skizzierten, auch im militärischen Bereich verbindlichen rechtlichen Normen kann der Sanitätsdienst der Bundeswehr und mit ihm alle seine Angehörigen – gewissermaßen auf einer Makroebene – eine positive ethische Grundhaltung für sich beanspruchen. Eine wesentliche Ergänzung sehe ich im Übrigen darin, den Grundgedanken und die grundlegenden Regelungen der Genfer Konvention, das heißt den Neutralitäts-

gedanken für die Nichtkombattanten und das Verbot ihrer aktiven Teilnahme an und Unterstützung von Kampfhandlungen, auch dann zur Maxime des eigenen Handelns zu erheben, wenn – wie etwa im Afghanistaneinsatz – die formaljuristische Gültigkeit infrage steht. Nur dadurch ist es möglich, das eigene Wertesystem nicht ad absurdum zu führen. Auch das *Slippery-Slope*-Argument verfängt hier: In der Tat besteht die Gefahr, dass das Sanitätspersonal durch die starke Dominanz des rechtlichen Ausnahmefalls auf eine schiefe Ebene gerät und den völkerrechtlich vorgesehenen Regelfall nicht mehr als solchen erkennt oder anerkennt.

Wichtig ist dabei aber nicht nur die Selbstwahrnehmung des Sanitätsoffiziers und des gesamten Sanitätspersonals, sondern auch die Fremdwahrnehmung und die Akzeptanz dieses Sonderstatus in den anderen Truppengattungen, insbesondere in der Kampftruppe, sowie in der militärischen Führung. Wir betreten also die Mesoebene – im Sinne der Positionierung des Sanitätsdienstes im Gesamtgefüge der Bundeswehr. Mehr, als dies heute der Fall ist, muss der Sanitätsdienst nachhaltig kommunizieren, dass seine Angehörigen nicht nur den Bestimmungen des humanitären Völkerrechts unterliegen, sondern darüber hinaus in ein berufsspezifisches Wertesystem eingebunden sind, das mit seinen Vorgaben, Verpflichtungen und Schutzfunktionen auf nationaler wie auch auf internationaler Ebene rechtsverbindlich geregelt ist. Welche fatalen Folgen die Fehlinterpretation, Aufgabe oder gar Instrumentalisierung dieses Wertesystems für andere Zwecke sowohl für das Patientenwohl als auch für die nachhaltige Glaubwürdigkeit der Ärzteschaft und des gesamten Sanitätspersonals haben kann, zeigen die historischen Beispiele. Nur wenn das verstanden und akzeptiert wird, kann dies den Sanitätsoffizier und das Sanitätspersonal davor bewahren, strukturell für Aufgaben herangezogen zu werden, die mit

diesem Status unvereinbar sind; nur so kann vermieden werden, dass diese Akteure durch Unkenntnis Dritter in vermeidbare Dilemmasituationen hineingeworfen werden. Angehörige des Sanitätsdienstes sind weder „Hilfsinfanteristen“ oder eine stille militärische Reserve, noch entziehen sie sich durch ihren Status gefährlichen oder unangenehmen Tätigkeiten. – Vielmehr unterliegen sie schlichtweg anderen Gesetzmäßigkeiten, die im Gesamtgefüge Bundeswehr „ohne Wenn und Aber“ als eine Facette unserer Rechtsstaatlichkeit anzuerkennen sind.

Doch nicht nur auf diesen beiden übergeordneten Ebenen, sondern auch und vor allem auf der Mikroebene, der Ebene der im Sanitätsdienst tätigen Personen, im täglichen Handeln sowohl in den Einsätzen als auch im Grundbetrieb, können ständig ethische Dilemmata entstehen. Konflikte mit einzelnen Patientinnen oder Patienten, in der Zusammenarbeit des Sanitätspersonals, Loyalitätskonflikte oder das Lavieren zwischen dem Einsatz für den Patienten und tatsächlich oder scheinbar widersprechenden Bestimmungen oder Dienstvorschriften sind, wie bereits eingangs angedeutet, bei genauerem Hinsehen ständig präsent: Folgt man der eigenen fachlichen Auffassung oder beugt man sich etwaigen äußeren Einflüssen? Wie sind Erwartungen der Patienten mit fachlichen Grundsätzen oder verfügbaren Ressourcen in Einklang zu bringen? Welche Bedeutung haben dienstliche Interessen für Diagnostik, Therapie, Krankenschreibungsverhalten und Schweigepflicht? Wie gestaltet sich das Verhältnis zu Patienten, die lieber einen Arzt ihres Vertrauens als den zuständigen Truppenarzt aufsuchen würden?

Sicherlich ist es möglich, solche und viele andere ethische Dilemmata unter Heranziehung hochkomplexer und philosophischer Ethiktheorien und -konzeptionen zu erklären, zu lösen oder einer Lösung zumindest näher zu kommen. Für die handelnden Personen im

Sanitätsdienst von entscheidender Bedeutung ist jedoch die Anwendbarkeit einer Problemlösungsstrategie im (militär-)medizinischen Alltag. In der klinischen Medizin weit verbreitet und im ärztlichen Alltag gut anwendbar ist die sogenannte Prinzipienethik nach Tom L. Beauchamp und James F. Childress. Sie beruht auf den vier Prinzipien Patientenautonomie, Nonmalefizienz (Nichtschadensgebot), Benefizienz (Wohltunsgebot) und Gerechtigkeit, also auf Kategorien, deren Allgemeingültigkeit weitestgehend konsentiert und nachvollziehbar ist. Während sich die Patientenautonomie, das Nichtschadens- und das Wohltunsgebot einzig und allein auf den Patienten beziehen, finden im Prinzip Gerechtigkeit auch die Interessen Dritter Berücksichtigung. Diese Prinzipien werden bewertet und gegeneinander abgewogen und ermöglichen eine zwar von der Gewichtung der Argumente abhängige subjektive, aber dennoch begründbare und nachvollziehbare Gesamtbeurteilung und Entscheidung.

Die Prinzipienethik nach Beauchamp und Childress lässt sich aber, in bestimmten Konstellationen etwas modifiziert, auch auf andere Bereiche wie beispielsweise militärisch-medizinische Konfliktfelder und Dilemmasituationen übertragen. So sind zahlreiche ethische Zweifelsfälle, insbesondere diejenigen, die im behandlerischen Alltag patientenbezogen auftreten, mit diesem bewährten Instrument zu lösen. Durch die drei patientenzentrierten Prinzipien Nonmalefizienz, Benefizienz und Patientenautonomie werden die Interessen der auf den Sanitätsdienst der Bundeswehr angewiesenen Soldaten ebenso gewahrt, wie durch das Prinzip Gerechtigkeit auch legitime Interessen des Dienstherrn, der (möglicherweise durch den Ausfall des Patienten mehr belasteten oder gefährdeten) Kameraden u.Ä. in eine ethisch fundierte Entscheidungsfindung einfließen.

Bei ethischen Konflikten im Binnen- und Außenverhältnis des Sanitätsdienstes der

Bundeswehr, also unter Angehörigen des Sanitätsdienstes oder gegenüber Dritten, lässt sich die Prinzipienethik dahingehend modifizieren, dass das Nichtschadens- und das Wohltunsprinzip auf den Betroffenen rekurren und die Patientenautonomie ebenfalls mit Bezug auf den Betroffenen durch ein Prinzip Menschenwürde oder Selbstbestimmung ersetzt wird, während das Prinzip Gerechtigkeit unverändert die berechtigten Interessen Dritter abbildet. Vorstellbar ist zum Beispiel eine Anwendung dieser modifizierten Prinzipienethik, wenn Angehörige des Sanitätsdienstes selbst ihre Position zwischen Medizinethik und militärischer Notwendigkeit definieren müssen.

Viele Facetten des beruflichen Selbstverständnisses im Sanitätsdienst der Bundeswehr und der Ambivalenz zwischen Militärethik und militärischer Notwendigkeit konnten im vorliegenden Beitrag nur oberflächlich angerissen werden und bedürfen sicherlich einer inhaltlichen Vertiefung. Historisch begründbar und kaum zu bestreiten ist aber, dass die medizinethische Ausbildung und Schulung der Angehörigen des Sanitätsdienstes der Bundeswehr einer deutlichen Intensivierung bedürfen. Und von ebenso großer Bedeutung ist es, die Besonderheiten und Gesetzmäßigkeiten, die im Sanitätsdienst greifen, sowohl innerhalb der Bundeswehr als auch gegenüber der Öffentlichkeit deutlich zu kommunizieren.

Impressum



Das E-Journal „Ethik und Militär“ mit der ISSN-Nummer 2199-4129 ist ein unentgeltliches, nicht kommerzielles, journalistisch-redaktionell gestaltetes, digitales Angebot des

Zentrums für ethische Bildung in den
Streitkräften – zebis
Herrengraben 4
20459 Hamburg.

Direktorin des zebis: Dr. Veronika Bock

Kontakt zum zebis:

Telefon: +49(0)40 - 67 08 59 - 51
Telefax: +49(0)40 - 67 08 59 - 3
E-Mail: info@zebis.eu

Verantwortlich gemäß § 55 Abs.2 Rundfunkstaatsvertrag (RStV):

Gertrud Maria Vaske
Herrengraben 4
20459 Hamburg

Diensteanbieter als Rechtsträger des Zentrums für ethische Bildung in den Streitkräften - zebis

Katholische Soldatenseelsorge (KS)

Rechtsform

Anstalt des öffentlichen Rechts

Aufsicht

Katholischer Militärbischof für die
Deutsche Bundeswehr
Am Weidendamm 2
10117 Berlin

Vertretungsberechtigter Vorstand der KS:

Leitender Militärdekan Msgr. Wolfgang
Schilk
Am Weidendamm 2
10117 Berlin

Diplom-Kaufmann Wolfgang Wurmb
Am Weidendamm 2
10117 Berlin

Kontakt zur KS:

Telefon: +49(0)30 - 20 617 - 500
Telefax: +49(0)30 - 20 617 - 599
Info@Katholische-Soldatenseelsorge.de