Globethics Repository



Kameraden zuerst? Militärische vor medizinischer Notwendigkeit

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository. More information on Globethics see https://www.globethics.net. Data and content policy of Globethics Repository see https://repository.globethics.net/pages/policy.

Item Type	Article
Authors	Gross, Michael L., 1954-
Publisher	Ethik und Militär
Rights	With permission of the license/copyright holder
Download date	2026-11-19 18:11:05
Link to Item	http://hdl.handle.net/20.500.12424/223745

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 medizinethischen 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 Kriegszeiten 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 Kriegsfall 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 überwältigen, 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-

Zurück zum Inhaltsverzeichnis

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 übergehen 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*** – Leben der Bürger – Leben der Soldaten ***Sicherung der Lebensqualität*** – Freiheit – Hoheitsgebiet – Sicherheit – Ehre	***Lebensrettung*** – Leben aller Patienten ***Sicherung der Lebensqualität*** – 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-

Zurück zum Inhaltsverzeichnis

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 universellen 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:

Zurück zum Inhaltsverzeichnis

> *„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-

Zurück zum Inhaltsverzeichnis

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 beispielweise 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*

Zurück zum Inhaltsverzeichnis

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.

Zurück zum Inhaltsverzeichnis

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 LottoPrinzip 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-

Zurück zum Inhaltsverzeichnis

dungshilfe 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 Prinzipen 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 Elternteil – 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 Verpflichtungsgefühl 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

Zurück zum Inhaltsverzeichnis

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 medizinethischer Prinzipien beeinflusst. Weitere Fälle seien hier kurz angeführt: die Notwendigkeit, für eine effektivere Kriegsführung 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

Zurück zum Inhaltsverzeichnis

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, Militärethik, 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.*

Zurück zum Inhaltsverzeichnis