

# **Den Feind medizinisch versorgen? Notfallsanitäter zwischen Medizinethik und militärischem Auftrag**

**Eine empirische Erhebung bei Veteranen**

---

Hauptfeldweibel Sandra Maria KÜRZINGER



*EuroISME Masterarbeit des Jahres 2023*



# **Den Feind medizinisch versorgen? Notfallsanitäter zwischen Medizinethik und militärischem Auftrag**

**Eine empirische Erhebung bei Veteranen**

---

Hauptfeldwebel Sandra Maria KÜRZINGER

Die in der vorliegenden Publikation vorgetragene(n) Ansichten und Meinungen sind ausschließlich diejenigen der Autorin und geben nicht notwendigerweise die Sicht oder die Auffassung des Bundesministeriums der Verteidigung wieder.

Aus Gründen der Lesbarkeit wird im Text die männliche Form gewählt, nichtsdestoweniger beziehen sich die Angaben auf Angehörige aller Geschlechter.

Wird von der Berufsqualifikation Notfallsanitäter gesprochen, so ist der frühere Ausbildungsberuf des Rettungsassistenten mit eingeschlossen.

Umschlagentwurf:  
Ted van Baarda

Umschlagbild:  
© Bundeswehr



# **Den Feind medizinisch versorgen? Notfallsanitäter zwischen Medizinethik und militärischem Auftrag**

**Eine empirische Erhebung bei Veteranen**

---

Hauptfeldweibel Sandra Maria KÜRZINGER

Masterarbeit zur Erlangung des Grades Master of Science  
an der  
DHGS Deutschen Hochschule für Gesundheit und Sport  
an der  
Fakultät Gesundheit, Fachbereich Gesundheitswissenschaften im  
Studiengang Gesundheitswissenschaften, Schwerpunkt  
Management im Rettungswesen

© EuroISME 2023

## **Jury Mitglieder**

- 1 Oberst Rev. Prof. Dr. P.J. McCormack, MBE,  
(Vorsitzender, United Kingdom)
- 2 Brigadegeneral a.D. Benoît Royal (Frankreich)
- 3 Oberkaplan OTL Dr. Janne Aalto (Finnland)
- 4 Dr. Veronika Bock (Deutschland)
- 5 Mil Superior MMag. Stefan Gugerel (Österreich)
- 6 Dr. Asta Maskaliūnaitė (Estland)
- 7 Generalmajor Dr. Juan Moliner Gonzalez (Spanien)
- Frau Ivana Gošić (Serbien, Sekretärin der Jury)

Anfragen: [secretariat.ethicsprize@euroisme.eu](mailto:secretariat.ethicsprize@euroisme.eu)

[www.euroisme.eu](http://www.euroisme.eu)

Der Preis wird unterstützt von:



Fondation Charles Léopold Mayer  
pour le Progrès de l'Homme



Ich hatt einen Kameraden,  
einen bessern find'st du nit.  
Die Trommel schlug zum Streite,  
er ging an meiner Seite  
in gleichem Schritt und Tritt.

Eine Kugel kam geflogen,  
Gilt's mir oder gilt es dir?  
Ihn hat es weggerissen.  
Er liegt mir vor den Füßen,  
als wär's ein Stück von mir.

Will mir die Hand noch reichen,  
derweil ich eben lad.  
Kann dir die Hand nicht geben,  
bleib du im ew'gen Leben  
mein guter Kamerad!

*(Der gute Kamerad: Ludwig Uhland, um 1815)*

**Gewidmet meinen gefallenen Kameraden  
des 22. Ktgt ISAF Kunduz  
Robert, Martin, Nils**



# Inhalt

Abkürzungsverzeichnis.....	xvi
Tabellenverzeichnis .....	xviii
Abbildungsverzeichnis .....	xviii
Zusammenfassung.....	xix
<b>1 Einleitung.....</b>	<b>1</b>
<b>2 Theoretischer Hintergrund.....</b>	<b>3</b>
2.1 Die Humanisierung der Kriegsführung.....	3
2.2 Militärmedizinisches Rollenverständnis aus völkerrechtlicher Sicht .....	5
2.2.1 Humanitäres Völkerrecht im bewaffneten Konflikt: Ein kurzer Überblick .....	5
2.2.2 Der Anwendungsbereich des Humanitären Völkerrechts: Der bewaffnete Konflikt als Chamäleon.....	8
2.2.3 Wer ist Kombattant und wer nicht? Das Beispiel Afghanistan .....	10
2.2.4 Die Grundprinzipien für die Behandlung Verwundeter: Die zu schützende Person.....	13
2.3 Den Feind medizinisch versorgen? Betrachtung des deutschen geltenden Rechts.....	17

2.3.1	Strafrechtliche Konsequenzen .....	17
2.3.2	Disziplinarrechtliche Konsequenzen.....	22
2.4	Mögliche Diskrepanz zwischen Befehlsrecht und medizinischem Ehrenkodex? Eine praktische Überlegung .....	23
2.5	Ethik als mögliches Instrument der Entscheidungsfindung?.....	25
2.5.1	Einführung in die Wehrmedizinethik.....	26
2.5.2	Modell der drei Dimensionen der Ethik.....	28
2.5.3	Vier-Prinzipien-Modell nach Beauchamp und Childress .....	33
2.6	Entscheiden .....	39
2.6.1	Typen von Entscheidungstheorien .....	40
2.6.2	Der Prozess des Entscheidens .....	42
2.6.3	Entscheiden in komplexen Situationen.....	46
2.6.4	Entscheiden unter Unsicherheit .....	50
<b>3</b>	<b>Methoden.....</b>	<b>57</b>
3.1	Darstellung des methodischen Vorgehens.....	57
3.2	Darstellung der Stichprobe .....	64
3.3	Darstellung der Hypothesen.....	67
3.4	Vorgehen bei der Auswertung und statistischer Analyse .....	69

<b>4</b>	<b>Ergebnisse .....</b>	<b>71</b>
4.1	Soziodemographische Daten.....	71
4.2	Entscheidungen in den Szenarien und Ergebnisse der Clusteranalyse.....	73
4.3	Allgemeine Handlungsintention und Schwierigkeiten bei der Entscheidungsfindung.....	79
4.4	Gruppierung der freien Antworten aus den Szenarien 1 bis 3.....	81
4.5	Recht.....	84
4.6	Militärische versus medizinische Bedürfnisse.....	86
4.7	Ethik .....	89
4.8	Subjektive Kompetenzerwartung .....	91
<b>5</b>	<b>Diskussion .....</b>	<b>94</b>
5.1	Asklepios oder Mars? Faktoren, welche die Entscheidung beeinflussen.....	94
5.1.1	Militärische versus medizinische Notwendigkeit.....	95
5.1.2	Doppelloyalität .....	99
5.1.3	Ressourcenknappheit .....	103
5.1.4	Ethik der Kameradschaft .....	106
5.1.5	Prägestempel Auslandseinsatz.....	114
5.2	Mögliche Problembereiche bei Entscheiden in der Realität aus Sicht der Psychologie.....	116

5.3	Militärische Tugenden versus Medizinethik: Abwägung von Menschenleben .....	120
5.4	Limitationen .....	125
5.4.1	Art der Datenerhebung.....	125
5.4.2	Selektionsbias .....	127
5.4.3	Beeinflussung durch Durchführende .....	128
<b>6</b>	<b>Fazit.....</b>	<b>129</b>
	Einhaltung ethischer Richtlinien .....	131
	Literaturverzeichnis .....	132
	Anhang .....	150
	Danksagung .....	152
	Ehrenwörtliche Erklärung .....	153



## Abkürzungsverzeichnis

AFG	Afghanistan
ANA	Afghan National Army
ANP	Afghan National Police
ASKU	Allgemeine Selbstwirksamkeit Kurzskala
BAT	Beweglicher Arzttrupp
BMVg	Bundesministerium für Verteidigung
BRD	Bundesrepublik Deutschland
CasEvac	Casualty Evacuation
COVID-19	Corona Virus Disease-19
DBRD	Deutscher Berufsverband für den Rettungsdienst
DGINA	Deutsche Gesellschaft für Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin
DIVI	Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin
GA	Genfer Abkommen
HLKO	Haager Landkriegsordnung
HVR	Humanitäres Völkerrecht
ICMM	International Committee of Military Medicine
IED	Improvised Explosive Device
ISAF	International Security Assistance Force
KFOR	Kosovo Force
MASCAL	Mass Casualties
MedEvac	Medical Evacuation
MRoE	Medical Rules of Eligibility
NotSan	Notfallsanitäter
OEF	Operation Enduring Freedom
RettAss	Rettungsassistent
RettTrp	Rettungstrupp
SD	Standardabweichung
SG	Soldatengesetz
SK	Sichtungskategorie

SOP2	Skala Optimismus-Pessimismus-2
StGB	Strafgesetzbuch
UNO	United Nation Organisation
VS-NfD	Verschlusssache – Nur für den Dienstgebrauch
VStGB	Völkerstrafgesetzbuch
WDO	Wehrdisziplinarordnung
WMA	World Medical Association
WStG	Wehrstrafgesetz
ZDv	Zentrale Dienstvorschrift der Bundeswehr
ZMSBw	Zentrum für Militärgeschichte und Sozialwissenschaften der Bundeswehr
ZP	Zusatzprotokoll
ZSanBw	Zentraler Sanitätsdienst der Bundeswehr

## Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Übersicht der Facebook-Gruppen einschließlich Anzahl der Mitglieder .....	64
Tab. 2: Soziodemographische Angaben der Studienteilnehmer .....	72
Tab. 3: Werteverteilung der getroffenen Entscheidungen in den Szenarien 1 bis 3 .....	74
Tab. 4: Werteverteilung in Bezug auf die allgemeine Handlungsintention .....	80
Tab. 5: Schwere der allgemein empfundenen Schwierigkeiten beim Entscheiden .....	81
Tab. 6: Gebildete Haupt- und Subkategorien der Faktoren, welche die Entscheidung beeinflussten .....	82
Tab. 7: Werteverteilung zum Themenkomplex Recht .....	85
Tab. 8: Befragung zur militärischen und medizinischen Tätigkeit .....	86
Tab. 9: Werteverteilung zum Themenkomplex Ethik .....	90
Tab. 10: Erfassung der subjektiven Kompetenzerwartung ...	92
Tab. 11: Erfassung des psychologischen Merkmals Optimismus-Pessimismus .....	93

## Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Die drei Dimensionen der Ethik .....	28
Abb. 2: 4-Prinzipien-Modell nach Beauchamp & Childress .....	36
Abb. 3: Entscheidungsprozess .....	45
Abb. 4: Wenn-Dann-Entscheidung als Handlungsalgorithmus .....	53
Abb. 5: Wenn-Dann-Entscheidung als Checkliste .....	54
Abb. 6: Gegenüberstellung der militärischen und medizinischen Notwendigkeit .....	97

# Zusammenfassung

## *Hintergrund*

Ziel dieser Studie war zu erforschen, wie sich Notfallsanitäter im Auslandseinsatz entscheiden, wenn sie bei der Verwundetenversorgung zwischen dem eigenen Kameraden und dem feindlichen Kämpfer wählen müssen. Zudem sollte erschlossen werden, warum sie sich in der Art und Weise (Motiv) entscheiden, da auf diesem Gebiet bisher keine empirischen Studien durchgeführt wurden. Als Basis der Untersuchung dienten dabei theoretische Überlegungen, welche auf dem Wissen der Psychologie, der Ethik sowie der Rechtswissenschaft gründen.

## *Material und Methoden*

Um Ursachen und Zusammenhänge zu erschließen wurde ein explorativer Ansatz gewählt. Zudem erfolgte die Verknüpfung mit einer hypothesenprüfenden Forschung als auch einer Gruppierung der Hauptmotive in Haupt- und Nebengruppen. Die Rekrutierung erfolgte per E-Mail (Schneeballsystem) und über Beiträge in dementsprechenden Facebook-Gruppen. Aufgrund einer zum Zeitpunkt der Datenerhebung herrschenden COVID-19-Pandemie und den damit verbundenen Einschränkungen betrug der Befragungszeitraum 8 Wochen. Insgesamt konnten 59 gültige Fragebögen ausgewertet werden. Zur Zielgruppe gehörten Notfallsanitäter und Rettungsassistenten, welche hauptberuflich in einer Streitkraft dienen / dienten und mindestens einmal an einem Auslandseinsatz teilgenommen hatten.

## *Ergebnisse*

Alle NotSan entschieden sich bei gleich schwerer Verwundung für den Kameraden. Bei schwererer Verwundung des Feindes entschieden sich 25% der NotSan für die Versorgung des Kameraden und 75% für die des Feindes. Bei mäßig ungleich schwerer Verwundung (Kamerad Funktionsverlust der Beine, Feind Lebensbedrohung) wählten 87% den Kameraden und 13%

den Feind. 8 von 10 Personen fiel dabei die Entscheidung leicht oder sehr leicht. Bei den Entscheidungsmotiven dominierten Ressourcenmangel, Loyalität und Kameradschaft. Ethische Normen und medizinisches Berufsverständnis waren dagegen von geringer Wichtigkeit.

### *Schlussfolgerung*

Die Studie zeigte, dass die Soldaten zwar eher den ethischen Verpflichtungen folgen, aber dabei nicht unbedingt die rechtlichen Vorgaben missachten. Sie handeln vielmehr gleichzeitig rechtskonform, da die unklare Einsatzlage eine Hilfeleistung gegenüber dem Feind regelmäßig nicht zumutbar macht. Zudem sind NotSan bereit den Feind zu versorgen, sofern für den eigenen Kameraden die Selbst- und Kameradenhilfe sichergestellt ist. Schlussendlich muss er seine Entscheidung gegenüber sich selbst als auch den Kameraden verantworten und mit ihr leben müssen, denn das Gewissen ist der härteste Richter.

.

# 1 Einleitung

Mitglieder eines medizinischen Teams, gleich ob zivil oder militärisch, stehen tagtäglich ethischen Herausforderungen gegenüber und fühlen die damit verbundenen Spannungen. In Friedenszeiten ist militärisches Sanitätspersonal als auch ihre nicht-militärischen Kollegen mit diesem Sachverhalt konfrontiert. Insbesondere in der Militärmedizin ergeben sich einige weitere ethische Herausforderungen. Andererseits ist kaum eine herausfordernde Umgebung für die medizinische Versorgung von Patienten vorstellbar als das Gefechtsfeld. Es ist die Antithese eines idealen Umfelds zur Patientenbehandlung: Es ist laut, die Umgebung fremd, die Nerven angespannt, ausreichend Schlaf fehlt. Und die Situation ist unberechenbar. Zwischen Leben und Tod sind binnen weniger Sekunden Entscheidungen zu treffen. Entscheidungen inmitten eines erbarmungslosen und chaotischen Schauplatzes. Entscheidungen, die nur ein Entweder - Oder zulassen. Doch wer wird zuerst behandelt? Der Kamerad? Der Zivilist? Oder gar der feindliche Kämpfer; der Aufständische? Sind die Soldaten mehr Sanitäter oder mehr Kämpfer? Oder ist gar eine Bevorzugung der eigenen Soldaten gegenüber dem Feind ethisch gerechtfertigt, wenn Letzteren daraus ein Nachteil entsteht?

Im Auslandseinsatz führen diese Fragen oft zu einem Dilemma welches von vielerlei Seiten zu betrachten ist. Doch wie und warum entscheiden sich Notfallsanitäter bzw. Rettungsassistenten im konkreten Fall?

Mit diesen und ähnlichen Fragen muss sich der militärische Notfallsanitäter zwangsweise im Laufe seines Berufslebens beschäftigen, da sich die Wahrscheinlichkeit eines Auslandseinsatzes aufgrund der vielen Konfliktherde nachhaltig erhöht hat.

Ziel dieser Studie ist zu erforschen, wie sich Notfallsanitäter im Auslandseinsatz entscheiden, wenn sie bei der Verwundetenversorgung zwischen dem eigenen Kameraden und

dem feindlichen Kämpfer wählen müssen. Zudem soll erschlossen werden, warum sie sich in der Art und Weise (Motiv) entscheiden, da auf diesem Gebiet bisher keine empirischen Studien durchgeführt wurden. Als Basis der Untersuchung dienen dabei theoretische Überlegungen, welche auf dem Wissen der Psychologie, Ethik sowie Rechtswissenschaft gründen. Aufgrund des explorativen Vorgehens gibt die Studie anschließend einen ersten Einblick auf das „wie“ und „warum“ der getroffenen Entscheidungen.

## 2 Theoretischer Hintergrund

In der Bundeswehr steht am Ende der Befehlskette der „strategische Feldweibel“, in diesem Fall der Notfallsanitäter, welcher bei allen Einsätzen militärisch professionell und interkulturell kompetent ausnahmslos allen Herausforderungen verantwortungsvoll begegnen soll. Doch welche Überlegungen sind für die gestellte Forschungsfrage zu beachten? Diese werden im Folgenden vorgestellt. Bezüglich der rechtlichen Rahmenbedingungen werden das Humanitäre Völkerrecht und das Strafrecht einschließlich Sonderstrafrecht betrachtet. Zudem wird auf die Ethik als mögliches Entscheidungsinstrument und sowie auf die Psychologie des Entscheidens eingegangen.

### 2.1 *Die Humanisierung der Kriegsführung*

Bereits in der Antike waren Ärzte in den Streitkräften tätig, wobei deren Rolle meist nicht klar definiert war und sich die Aufgabe der eingesetzten Kräfte vornehmlich auf die Kampftätigkeit richtete [17]. Die Verwundeten der Streitkräfte wurden zu dieser Zeit auf dem Schlachtfeld zurückgelassen, da ein Transport hinter die Frontlinie als Flucht vor dem Gegner angesehen wurde [17]. Erst ab dem ausgehenden 18. Jahrhundert gewann die Qualifikation der Militärärzte in den deutschen Staaten an Bedeutung [59]. Ursache dafür war die Ausbildung des neuzeitlichen Staates sowie die Errichtung stehender und schlagkräftiger Heere als Instrumente der Fürsten für geführte kriegerische Auseinandersetzungen [59]. Als die Militärchirurgen Napoleons, Larrey und Percy um 1797 eine Art Feldkrankenhaus erfanden, begannen auch Militärärzte die Verwundetenversorgung auf dem Gefechtsfeld [17]. Nach ihrem Verständnis medizinischer Ethik behandelten sie eigene Soldaten genauso wie ihre Feinde und setzten sich dafür ein, dass die Verwundetenversorgung dem Unabhängigkeitsgrundsatz folgt [17]. Die unparteiische Versorgung von Soldaten beider Seiten

fürte zu großer Bewunderung als auch Anerkennung, sodass bei der Schlacht in Waterloo der Herzog von Wellington die Ambulanzen von Angriffsfeuer verschonen lies um die gegnerischen Verwundeten bergen zu können [17].

Als Henry Dunant 1859 im italienischen Einigungskrieg auf dem Schlachtfeld von Solferino das Sterben und Elend erlebte, fasste er den Entschluss, Hilfseinsätze für Verwundete zu organisieren [24; 90]. Nach dieser Schlacht inserierte er im „Journal de Genève“ einen Aufruf zur Gründung von Hilfsvereinigungen [24]. Ein Jahr später veröffentlichte er das Dokument „Eine Erinnerung an Solferino“, welches weltweit bekannt wurde [24]. Daraufhin wurde 1864 das Genfer Abkommen zum Schutz der Verwundeten der Armeen im Felde beschlossen [24]. Die Krieg führenden Armeen verpflichteten sich damit, allen verwundeten Kriegsteilnehmern unparteiische Hilfe zu leisten [24]. Das eingesetzte Sanitätspersonal sollte als neutral betrachtet, geschützt und respektiert werden.

Der Deutsch-Amerikaner Francis Lieber verfasste etwa zeitgleich im Auftrag von Präsident Abraham Lincoln die sogenannten Lieber Codes, welche 1863 als Feldinstruktionen für die amerikanischen Unionsstreitkräfte im Sezessionskrieg Anwendung finden sollten [117]. Dabei handelte es sich um ein rechtlich nicht bindendes militärisches Handbuch für Soldaten der Nordstaaten, das in 10 Abschnitten und 157 Artikeln die spezifischen Rechte und Pflichten der Kriegsführenden niederschrieb und Theorie mit der Praxis in verständlicher Form für die Truppen zusammen führte [117]. Die Entstehung der Lieber Codes beruhte auf dem tradierten Kodex der Ritterlichkeit und fairen Kampfführung bzw. den damals praktizierten Gebräuchen des Landkrieges [51].

Im Jahre 1868 erfolgte sodann die Bildung eines Sanitätskorps in der Preußischen Armee sowie 1873 im Deutschen Kaiserreich ein Sanitäts- und Sanitätsoffizierkorps als Teil der Truppen, was zu mehr Anerkennung, Selbständigkeit und einer deutlichen Aufwertung des Sanitätsdienstes innerhalb der

Streitkräfte führte [59]. Eine Reihe von europäischen Staaten erließen außerdem Armee-Reglements im Sinne der Lieber Codes [51]. In den Vereinigten Staaten von Amerika blieb der Lieber Code bis 1914 in Kraft [125]. Stattdessen existieren für die US-Streitkräfte heute unzählige Field Manuals.

## 2.2 *Militärmedizinisches Rollenverständnis aus völkerrechtlicher Sicht*

Aufgrund aktueller und in naher Vergangenheit statt gefundenen Konflikten müssen auch völkerrechtliche Überlegungen angestellt werden. Doch ist das geltende Völkerrecht, das sich zum Ziel gemacht hat das Leiden im Krieg zu begrenzen, noch zeitgemäß? Und ist es in der Lage, heutige Konflikte sachgerecht zu bewältigen? Der zwischenstaatliche Krieg ist heute ein historisches Auslaufmodell. Vielmehr sind neue Erscheinungsformen des Krieges inzwischen Realität: denkt man nur an sektoral begrenzte Konflikte oder welche mit nicht-staatlichen Akteuren. Sie sind die neuen Herausforderungen für das HVR mit der zu beantwortenden Frage, inwiefern das Humanitäre Völkerrecht bei Angriffen durch den internationalen Terrorismus bzw. den daraus folgenden asymmetrischen Konflikten überhaupt anwendbar ist. In den folgenden Unterkapiteln wird versucht, diese Frage weitgehend zu klären und einen Überblick über die wichtigsten Bestimmungen des Völkerrechts zu geben.

### 2.2.1 *Humanitäres Völkerrecht im bewaffneten Konflikt: Ein kurzer Überblick*

Während das *ius ad bellum*, das Recht zum Krieg, die Frage der rechtlichen Zulässigkeit bewaffneter Kriegshandlungen festlegt, regelt das *ius in bello* Rechtsfragen der Kampfführung und Gewaltanwendung und stellt bestimmte Verhaltensregeln auf. Hierbei sucht das *Humanitäre Völkerrecht* (HVR) einen Ausgleich zwischen den militärischen Notwendigkeiten wirkungsvoller Kampfführung und den Opferschutz militärischer Auseinandersetzungen. Ihr Zweck ist es, die Einhaltung eines

individualschützenden Mindeststandards in militärischen Konflikten zu sichern. Das HVR ist dabei zu unterscheiden von den Menschenrechten, welche alle Staaten daran binden und den Schutz aller Menschen, unabhängig von bewaffneten Konflikten, anstreben.

Die soldatischen Rechte und Pflichten im bewaffneten Konflikt sind vornehmlich in der HLKO von 1907, den vier Genfer Konventionen von 1949 sowie in den Zusatzprotokollen (ZP) I und II von 1977 verankert:

- Anlage zum (Haager) Abkommen betreffend die „Gesetze und Gebräuche des Landkrieges“,
- I. Genfer Abkommen zur Verbesserung des Loses der Verwundeten und Kranken der Streitkräfte im Feld,
- II. Genfer Abkommen zur Verbesserung des Loses der Verwundeten, Kranken und Schiffbrüchigen der Streitkräfte zur See,
- III. Genfer Abkommen über die Behandlung der Kriegsgefangenen,
- IV. Genfer Abkommen zum Schutze von Zivilpersonen in Kriegszeiten,
- Zusatzprotokoll I über den Schutz der Opfer internationaler bewaffneter Konflikte und
- Zusatzprotokoll II über den Schutz der Opfer nicht-internationaler bewaffneter Konflikte.

Die Bundesrepublik Deutschland (BRD) ist Vertragspartner dieser Abkommen [23]. Das HVR wurde zu innerstaatlichem Recht, indem der Deutsche Bundestag ihm in Form von Bundesgesetzen zustimmte. Es findet sich wieder in Artikel 59 des Grundgesetzes der Bundesrepublik. Somit sind die Genfer Abkommen (GA) und ihre Zusatzprotokolle (ZP) für jedermann in Deutschland so verbindlich wie jedes andere Bundesgesetz. Darüber hinaus ist jeder Soldat verpflichtet, die Regeln des HVR in allen bewaffneten

Konflikten einzuhalten [24]. Nur wer selbst die Vorgaben beachtet kann erwarten, dass sich auch der Gegner an das geltende Recht hält. Das eben geschilderte Gegenseitigkeitsprinzip, auch Reziprozität genannt, ist Teil der Grundprinzipien des Völkerrechts und wohl das stärkste soziologische Motiv für die Einhaltung des Völkerrechts. Außerdem muss jeder Soldat bei einem begangenen Verstoß gegen das geltende Recht damit rechnen, je nach Schwere des Verstoßes, strafrechtlich und / oder disziplinarisch zur Verantwortung gezogen zu werden.

Um eine mögliche Antwort auf die eingangs gestellte Forschungsfrage herbeizuführen, ist die im HVR festgelegte Grundregel der Neutralität zu betrachten. Nach Artikel 12, I. GA sowie Artikel 12, II. GA von 1949 sind verwundete, kranke, und schiffbrüchige Angehörige der Streitkräfte mit Menschlichkeit zu behandeln und zu pflegen. Aus anderen als medizinischen Gründen darf keine Benachteiligung entstehen [24]. Um Missverständnissen vorzubeugen wird im Kommentar zu Artikel 12 I. GA noch einmal darauf hingewiesen, dass jede Kriegspartei den verwundeten Gegner so behandeln muss, wie sie die Verwundeten ihrer eigenen Truppen behandeln würde [54]. Dieser Schutz wird ihnen allerdings nur gewährt, wenn sie feindliche Handlungen unterlassen. Versuchen diese, eine schutzwürdige Person (z. B. gekennzeichnetes Sanitätspersonal) zu töten, haben sie unter diesen Umständen ihr Recht auf Rettung verwirkt [93].

Abschließend sei zugestanden, dass zahlreiche Detailregelungen zum HVR existieren, deren komplette Darstellung und Diskussion im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht möglich ist. Allein die in der Bundeswehr geltende Zentrale Dienstvorschrift (ZDv) A-2141/1 umfasst mehr als 1.500 Einzelpunkte mit Regelungen zum HVR. Darüber hinaus scheint es so, als wäre in Zeiten asymmetrischer Bedrohung durch internationale Terrorgruppen dessen Anwendung zweifelhaft geworden und wichtige Einzelfragen wie „Den Feind medizinisch versorgen?“ nach wie vor unbeantwortet bleiben. Aus

völkerrechtlicher Sicht empfiehlt es sich, unter der Beachtung der Menschenwürde und Neutralität zu handeln.

### *2.2.2 Der Anwendungsbereich des Humanitären Völkerrechts: Der bewaffnete Konflikt als Chamäleon*

Betrachtet man laufende als auch vergangene Einsatzgebiete der Bundeswehr [27], stellt sich die Frage, ob es sich wirklich immer um Fälle handelte, in denen das Humanitäre Völkerrecht auch tatsächlich anwendbar ist. Dieses Problem ahnten wohl schon die Gründer der GA und normierten bereits 1949, dass das GA „in allen Fällen des erklärten Krieges oder eines anderen bewaffneten Konflikts, der zwischen zwei oder mehreren der Hohen Vertragsparteien entsteht, auch wenn der Kriegszustand von einer dieser Parteien nicht anerkannt wird“ gilt [62].

Heute sind Kriegserklärungen zwar nicht mehr üblich, in der Sache aber geht es gleichwohl um Krieg bzw. um einen bewaffneten Konflikt. Die Konfliktgeschehen sind asymmetrisch, kommerzialisiert, privatisiert. Den Streitkräften stehen zudem oft nicht-staatliche Akteure wie irreguläre Kämpfer, Partisanen, Söldner, oder ethnisch geprägte militärische Gruppen gegenüber. Auch bei der Debatte, ob es sich bei dem Einsatz deutscher Soldaten in Afghanistan (AFG) um einen Krieg handelte, herrschte lange in der Politik Uneinigkeit. Dr. Guido Westerwelle erklärte damals bei seiner Regierungserklärung Anfang Februar 2010 „... die Intensität mit der Waffengewalt ausgetragenen Auseinandersetzung mit Aufständischen und deren militärischen Organisation [veranlasst die Koalition] zu der Bewertung, die Einsatzsituation von ISAF auch im Norden Afghanistans als bewaffneten Konflikt im Sinne des humanitären Völkerrechts zu qualifizieren.“ [25]. Der damalige Verteidigungsminister Karl Theodor zu Guttenberg benannte nach dem Karfreitagsgefecht im April 2010 die Situation in AFG sogar als „kriegsähnlicher Zustand“ [26]. Hintergrund war die ansteigende Intensität der mit Waffengewalt ausgetragenen Auseinandersetzungen mit

Aufständischen als auch deren zunehmende militärische Organisation.

Bei der Klärung des Begriffs des „bewaffneten Konflikts“ geht es indessen um mehr als nur politische Rhetorik, da sich die Rechtslage außerhalb eines bewaffneten Konflikts anders darstellt. Es kommt deshalb erst einmal darauf an festzustellen, ob überhaupt ein bewaffneter Konflikt vorliegt.

Handelt es sich um einen bewaffneten Konflikt, so gilt das HVR. Es umfasst einerseits Schutzbestimmungen, aber auch die kriegsrechtliche Erlaubnis zur Kampfführung einschließlich des Rechts zur Schädigung des Gegners. Als bewaffneter Konflikt werden gewaltsame Auseinandersetzungen bezeichnet, in denen noch keine oder keine Stetigkeit mehr bezüglich der Kampfhandlungen gegeben ist und deshalb die Kriegsdefinition nicht erfüllen. Das HVR unterscheidet zusätzlich nach internationalen und nicht-internationalen bewaffneten Konflikten. Der internationale bewaffnete Konflikt wird zwischen mindestens zwei Staaten ausgetragen, wogegen sich im nicht-internationale Konflikt staatliche Streitkräfte und interne Aufständische bzw. paramilitärische Organisationen, häufig unter Beteiligung von Streitkräften eines anderen Staates, gegenüberstehen. Zusätzlich wird von einer asymmetrischen Konfliktform im nicht-internationalen Konflikt gesprochen, sobald bewaffnete Gruppierungen, welche keinen Staat repräsentieren, gegeneinander oder gegen einen Staat und seine Streitkräfte kämpfen, welche mittels des Staats getroffenen Organisationsentscheidung zum Kampf legitimiert sind [39].

Die Unterscheidung von internationalen und nicht-internationalen bewaffneten Konflikten wirkt sich auf die Anwendbarkeit seiner Bestimmungen aus. Die Regelungen des internationalen bewaffneten Konflikts sind mit Beginn des ersten Waffeneinsatzes anwendbar, wogegen beim nicht-internationalen bewaffneten Konflikt eine bestimmte Schwelle der Gewaltanwendung überschritten werden muss [152]. Nach Artikel 1 Absatz 1 des ZP II scheint diese Begriffsbestimmung jedoch zu

eng. Dagegen sieht das Römische Statut des Internationalen Strafgerichtshofs (IStGH) einen nicht-internationalen bewaffneten Konflikt bereits als gegeben an, falls zwischen staatlichen Institutionen und organisierten bewaffneten Gruppen oder zwischen solchen Gruppen anhaltend bewaffnete Gewalt ausgeübt wird, die über Fälle innerer Unruhen und Spannungen wie Tumulte, vereinzelt auftretende Gewalttaten oder ähnliche Handlungen hinausgehen. In die gleiche Richtung weist die Tadic-Entscheidung des Internationalen Jugoslawien-Straftribunals [80]. Ob die bestimmte Schwelle überschritten wurde, entscheidet sich nach den Gegebenheiten im Konfliktgebiet. Eine Entscheidung einer staatlichen Stelle bedarf es jedoch nicht [152].

Nach wie vor lässt sich manchen bewaffneten Konflikten kein eindeutiger Beginn zuordnen. Sie schwelen oft über mehrere Jahre in unterschiedlichen Intensitäten und lassen sich bezüglich ihres Verlaufs nur schwer einschätzen. Fronten sind kaum zu definieren und zahlreiche Akteure mit undurchschaubaren Interessen profitieren von fortbestehenden gewaltsamen Auseinandersetzungen. In einigen solchen Fällen wird es vermutlich nie zu einer Feststellung der Ausgangslage bzw. der Ausgangslage, wie sie sich für den handelnden Soldaten darstellte, kommen können. Eine Verschleierung / Verharmlosung der Realität aus Gründen politischer Zweckmäßigkeit wäre jedoch genauso wenig hilfreich; denn die beteiligten Soldaten brauchen Rechtssicherheit für ihr Agieren.

Genau diese neuartigen Erscheinungsformen des Krieges, sind die neuen Herausforderungen für das HVR mit der zu beantwortenden Frage, inwiefern das HVR bei Angriffen durch den internationalen Terrorismus überhaupt anwendbar ist.

### *2.2.3 Wer ist Kombattant und wer nicht? Das Beispiel Afghanistan*

Zumindest eines steht fest: Bereits die GA mit ihren Zusatzprotokollen I und II umfassen eine Menge Bestimmungen, die für medizinisches Personal im bewaffneten Konflikt von Bedeutung sind. Den Führungskräften der Bundeswehr ist aber

auch bekannt, dass die asymmetrische Kriegsführung in AFG die Bereitschaft der militärischen NotSan zur Selbstverteidigung bis hin zum Kampf verändert. Wird Sanitätspersonal dazu befragt, argumentieren sie häufig mit „der Gegner hat die Regeln auf dem Gefechtsfeld verändert“ um ihr eigenes Verhalten im Auslandseinsatz zu rechtfertigen [140]. Diese Darlegung ist durchaus nachvollziehbar. Doch müssen die Konfliktparteien erst einmal dem HVR unterliegen. (Die allgemeinen Voraussetzungen dazu wurden in Kapitel 2.2.2 dargestellt.)

Betrachtet man den vergangenen ISAF-Einsatz (International Security Assistance Force) in AFG, wird die Problematik besonders deutlich. Hier zeigte sich eine Lage, welche man vorher noch nicht kannte [30]. Die eingesetzten ISAF-Truppen verpflichteten sich zur Einhaltung der Regeln des HVR. Die Aufständischen verhielten sich im Gegensatz dazu menschenverachtend: Irreguläre Kämpfer agierten heimtückisch und nutzten perfide Kriegsmittel [135]. Außerdem bewegten sie sich als kleine hoch bewegliche Gruppen ohne Uniform und kaum unterscheidbar inmitten der afghanischen Zivilbevölkerung. Sie handelten völkerrechtswidrig, indem sie Zivilpersonen als vorgeschobene Schutzschilde missbrauchten und den Schutz von Sanitätspersonal nicht anerkannten. Nach eigener Erfahrung wurden nicht nur kämpfende Einheiten, sondern auch militärische Sanitätskräfte wiederholt durch Aufständische angegriffen. Fahrzeuge der Sanität wurden gerade wegen ihrer Kennzeichnung gezielt attackiert. Das Schutzzeichen diente dem Gegner als Zielscheibe um der Gegenseite medizinische Hilfe zu entziehen und damit die Kampfmoral zu schwächen und als Sieger aus dem Gefecht hervorzugehen.

Das Vorgehen des bewussten Ausnutzens der Tatsache, dass die Gegenseite an das geltende Recht gebunden ist, wird zuweilen in den USA als „Lawfare“ bezeichnet [40]. Dieser Begriff beschreibt das Ausnutzen des Rechts als Waffe im Kampf gegen den, welcher gewillt und verpflichtet ist, sich an das Recht zu halten („the use of law as a weapon of war“) [40]. Als Konsequenz auf die

von den Aufständischen angewandte Strategie entschied die damalige Führung der Bundeswehr in AFG, die Schutzkennzeichnung, an den Einsatzfahrzeugen und Sanitätspersonal zu entfernen um den Gegner keine Orientierungshilfe zu liefern. Das Anbringen des Schutzzeichens ist überdies keine absolute völkerrechtliche Pflicht. Ihr Abtarnen stellt keinen Verstoß dar, wenn dies aus militärischen Gründen notwendig ist [150]. Vielmehr ist es aufgrund der inversen Funktionalität und des ohnehin nicht geachteten Sonderstatus nahezu geboten, das Schutzzeichen abzutarnen.

Um die Auslegung des Begriffs des Kombattanten rechtlich anzugleichen, muss es sich bei den gegnerischen Kräften überhaupt um Kombattanten im Sinne des Kriegsvölkerrechts (*ius in bello*) handeln. Den Status des Kombattanten, sieht das HVR allerdings nur für den internationalen bewaffneten Konflikt vor [44; 144]. Der Begriff des „unrechtmäßigen Kombattanten“ wird häufig verwendet, ist als Sonderkategorie aber im Völkerrecht nicht anerkannt [24]. Gemäß Art. 43 ZP I fallen unter Kombattanten alle Personen, die sich als Staatsorgane unmittelbar an Feindseligkeiten beteiligen dürfen (sog. Kombattantenprivileg). Sie gelten dann als rechtmäßige Teilnehmer eines bewaffneten Konflikts und sind verpflichtet, sich durch Tragen einer Uniform von der Zivilbevölkerung zu unterscheiden, sofern sie an einem Angriff oder dessen Vorbereitung beteiligt sind. Zudem haben sie ihre Waffen offen zu führen. Nur sie als Kombattanten dürfen auf Grundlage des Völkerrechts Schädigungs- bzw. Kampfhandlungen vornehmen.

Bei der Auseinandersetzung in AFG gilt zwar aufgrund eines bewaffneten Konflikts (alliierte Streitkräfte gegen Taliban bzw. Islamischer Staat) Kriegsrecht, jedoch handelt es sich um einen nicht-internationalen Konflikt, für den im Rahmen des *ius in bello* kein völkerrechtlicher Kombattantenstatus vorgesehen ist [24]. Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass die für den international bewaffneten Konflikt entwickelten Grundsätze auch im nicht-international bewaffneten Konflikt unverkürzt gelten.

Dafür spricht das Fehlen von völkervertraglichen Regelungen zum militärischen Ziel, zum Grundsatz der Verhältnismäßigkeit und zum Verbot, übermäßige Kollateralschäden zu verursachen [39].

Anders würde es sich verhalten, wenn sich gemäß Art. 1 Abs. 4 ZP I der Kampf der Aufständischen im nicht-internationalen bewaffneten Konflikt gegen fremde Besetzung oder Kolonialherrschaft hinsichtlich ihres Rechts auf Selbstbestimmung richtet. In diesem fiktiven Szenario müsste ihnen bei der Einhaltung bestimmter Mindeststandards der Kombattantenstatus zugeschrieben werden. Vorausgesetzt, die Aufständischen verfügen über einem Staat ähnlichen Strukturen, über die Bereitschaft wie ein Staat zu agieren und über eigene Streitkräfte, welche die Einhaltung der im bewaffneten Konflikt geltenden Regeln gewährleisten [24]. Dies war allerdings in AFG nicht der Fall. Somit steht den Aufständischen die rechtliche Klassifizierung als Kombattant nicht zu. Sie sind nach §8 Völkerstrafgesetzbuch (VStGB) als Zivilpersonen im Sinne von Kriminellen zu werten, welche das nationale afghanische Recht verletzen und dessen Angriffe auf afghanische und alliierte Soldaten unter Strafe gestellt sind.

Die im Rahmen des ISAF-Einsatzes stationierten Soldaten waren ebenfalls keine Kombattanten, da sie lediglich die nationalen afghanischen Soldaten (ANA) und Polizisten (ANP) bei der Bekämpfung der Aufständischen unterstützten [144]. Sie mussten sich aber aufgrund der Selbstverpflichtung ihrer Nationen bei der Gewaltanwendung an die Prinzipien des Kriegsvölkerrechts halten.

#### *2.2.4 Die Grundprinzipien für die Behandlung Verwundeter: Die zu schützende Person*

Eins vorneweg: Kranke und Verwundete sind im HVR besonders geschützt. Dieser Schutz gilt für alle Verwundete und Kranke, und zwar unabhängig ob Kriegsgefangener, Kombattant, Zivilperson oder Person mit ungeklärtem Status wie Terroristen oder Guerilla-Kämpfer [95]. Nichtsdestotrotz ist die Unterscheidung zwischen Genfer und Haager Recht zu beachten, welche im humanitären

Recht nach wie vor wichtig ist. Durch das ZP I wurde zwar eine kodifikatorische Fusion von Genfer und Haager Recht erreicht, doch stehen sich der Sache nach weiterhin einerseits die Kampfführungsbestimmungen und andererseits die humanitär-völkerrechtlichen Schutzbedingungen gegenüber, welche außerhalb des Gefechts greifen [99]. Da gewisse Handlungen auf dem Gefechtsfeld erlaubt sind, welche sonst nach dem Genfer Recht verboten wären, ist es notwendig die beiden Regelungen voneinander abzugrenzen. Diese Funktion erfüllt im Recht des internationalen bewaffneten Konflikts der Begriff der geschützten Person, welche sich wie folgt in drei Gruppen unterteilt:

Die erste Gruppe besteht aus Zivilpersonen, welche grundsätzlich nicht zu Kampfhandlungen berechtigt sind und aufgrund dessen einen besonderen Schutz bedürfen. Sie sind durch das GA IV geschützt, wenn sie sich im Machtbereich der Konfliktpartei befinden der sie nicht angehören, dürfen aber prinzipiell nicht an feindlichen Auseinandersetzungen teilnehmen. Ferner sind Zivilpersonen nur durch das *ius in bello* geschützt, das die Tötung von Zivilisten eben nicht unter allen Umständen verbietet. Hervorzuheben ist, dass Art. 51 Abs. 5b ZP I bzw. das dementsprechende Völkergewohnheitsrecht die Herbeiführung nicht unverhältnismäßiger Schäden an zivilen Rechtsgütern bis hin zu Personenschäden und Toten (Kollateralschäden) nicht absolut verbietet, sondern diese rechtlich hinzunehmen sind.

Die zweite Gruppe umfasst Personen, welche aufgrund ihrer Funktion besonders schutzwürdig sind. Dazu zählen unter anderem Sanitätspersonal und Militärgeistliche. Sie sind unter allen Umständen zu schonen und schützen. Sie entfallen auf das GA I und II. Es ist ihnen verboten, sich an Kampfhandlungen oder Feindseligkeiten zu beteiligen. Art. 22 GA I erlaubt ihnen jedoch die Selbstverteidigung an sich und die Verteidigung der Verwundeten und Kranken, die sich in ihrer Obhut befinden. Solche Handlungen gelten nicht als Feindseligkeit.

Die dritte Gruppe der geschützten Personen besteht aus Kombattanten, welche außer Gefecht und deswegen besonders

schutzwürdig sind. Es handelt sich dabei um verwundete, kranke oder schiffsbrüchige Soldaten welche somit auf das GA I und II entfallen. Jeder Angriff auf ihr Leben oder die Person sind verboten. Sie sind medizinisch zu versorgen und zu pflegen. Ein Schutz wird ihnen jedoch nur gewährt, wenn sie jegliche feindselige Handlung unterlassen.

Es ist also zusammenzufassen, dass die GA allen schutzwürdigen Personen einen ebensolchen bieten, indem Verwundete und Kranke entweder als Kombattanten durch die GA I und II oder als Zivilisten durch GA I geschützt sind. Hier überschneidet sich der Anwendungsbereich des Haager und Genfer Rechts, da sich die geschützte Person eben gerade nicht in der Gewalt des Gegners befinden muss. Noch nicht erfasste Personen, welche sich ebenfalls im Machtbereich der gegnerischen Konfliktpartei aufhalten, werden als Kriegsgefangene durch das GA III oder als Zivilist durch das GA IV bzw. Art. 75 ZP I erfasst [99].

Neben den allgemeinen rahmengebenden Schutzbestimmungen sind weitere spezifischere Regelungen vorhanden, welche die medizinische Behandlung in einem bewaffneten Konflikt regeln. Im Folgenden sollen die relevanten Bestimmungen ausführlicher beleuchtet werden.

Grundsätzlich gilt, dass Verwundete und Kranke, welche nicht oder nicht mehr aktiv an Feindhandlungen teilnehmen durch Art. 3 GA I – IV, Art. 12 GA I und II, 16 GA IV, 10 ZP I und 7 ZP II geschützt („protect“) und geschont („respect“) werden sollen. Der Schutz besteht folglich unabhängig, ob ein internationaler oder nicht-internationaler bewaffneter Konflikt vorherrscht. Diese Schutzbestimmung gilt also absolut. Nicht einmal die militärische Notwendigkeit bildet eine Ausnahme [91]. Art. 10 (2) ZP I und 7 (2) ZP II geben klar vor, den Verwundeten und Kranken die für ihren Zustand notwendige med. Versorgung so schnell wie möglich zukommen zu lassen, soweit es die militärischen Erfordernisse zulassen. Keiner soll Unmögliches leisten, doch was unter „so schnell wie möglich“ und „für ihren

Zustand notwendig“ zu verstehen ist, wurde nicht genauer definiert. Schützen im Sinne des HVR bedeutet für die am bewaffneten Konflikt beteiligten Staaten, Soldaten und Sanitätspersonal eine positive Verpflichtung für die Gesundheit von Verwundeten und Kranken zu sorgen und wenn nötig medizinische Versorgung zu leisten. Andererseits bedeutet Schonen im Sinne des HVR auch, nichts zu unternehmen, was dem Anvertrauten schaden könnte. Des Weiteren sind sie menschlich zu behandeln. Diese drei Prinzipien (Schonen, Schützen, menschlich behandeln) bilden den roten Faden, der sich durch das gesamte HVR zieht.

Ergänzung finden sie durch das essentielle Prinzip der Gleichbehandlung, welches Art. 3 GA I - IV, Art. 12 GA I und II, 16 GA III und 27 GA IV festlegen. Eine Differenzierung nach Rasse, Nationalität, politischer Meinung usw. ist in bewaffneten Konflikten verboten, was die Klassifizierung als Gegner miteinschließt. Aus anderen als aus medizinischen Gründen darf kein Unterschied bei der Versorgung von Verwundeten und Kranken gemacht werden (Gleichbehandlungsgrundsatz). Lediglich bei der Triage bzw. Sichtung darf entschieden werden, wer zuerst behandelt wird. Hier sei auf Kapitel 2.4 verwiesen.

Außerdem besagen Art. 16 ZP I und 10 ZP II, dass alle Personen, die ärztliche Tätigkeiten ausführen, gegen Verfolgung und Zwang geschützt sind. Ob NotSan, welche aufgrund ihrer Ausbildung ärztliche Tätigkeiten ausführen, auch unter diesen Schutz stehen, wäre durch die Bundeswehr zu klären. Zumindest fällt Sanitätspersonal, das von der gegnerischen Konfliktpartei zur Versorgung der eigenen Kriegsgefangenen zurückgehalten wurde und nach eigenem beruflichen Wertebewusstsein Patienten behandelt, unter die eben genannten Bestimmungen [131]. In Ergänzung schließt Art. 18 GA I eine strafrechtliche Verfolgung durch die eigene Konfliktpartei oder den Gegner aus, wenn sich jemand um Verwundete oder Kranke gekümmert und sich ethisch korrekt verhalten hat. Diese Bestimmung beruht auf der Erfahrung aus dem Zweiten Weltkrieg, in dem Ärzte als Kollaborateure

verrufen und teilweise getötet wurden, weil sie den Feind versorgt hatten [118].

### *2.3 Den Feind medizinisch versorgen? Betrachtung des deutschen geltenden Rechts*

Grundsätzlich ist zu überlegen, inwieweit sich der Bundeswehr-Soldat strafbar macht, wenn er bei einer unsicheren Eigen- und Fremdlage es als NotSan unterlässt, den feindlichen Kämpfer zu behandeln und stattdessen eine medizinische Versorgung des verwundeten Kameraden durchführt.

Zur Betrachtung der Rechtslage sind das nebeneinander stehende Wehrstrafrecht und Strafrecht heranzuziehen, welche hier ergebnisorientiert dargestellt werden soll. Ebenfalls betrachtet werden muss die disziplinarrechtliche Situation. Grundsätzlich wäre auch die Tatbestandsmäßigkeit nach dem Völkerstrafgesetz (VStG) zu prüfen. Nachdem sich hierfür aber kein Straftatbestand ergibt, werden im Folgenden die Aspekte des VStG nicht weiter ausgeführt.

#### *2.3.1 Strafrechtliche Konsequenzen*

Bezüglich strafrechtlicher Konsequenzen sind das Wehrstrafgesetz (WStG) und das Strafgesetzbuch (StGB) zu betrachten. Grundsätzlich gilt auch für Soldaten der Bundeswehr das StGB, welches durch das WStG ergänzt wird. Ist ein Dienstvergehen eine Straftat, so erfolgt gemäß §33 Wehrdisziplinarordnung (WDO) die Abgabe an die zuständige Strafverfolgungsbehörde, welche die Staatsanwaltschaft des jeweiligen Landgerichts ist. Bei Straftaten eines Bundeswehr-Soldaten in besonderer Auslandsverwendung wurde eine Sonderzuständigkeit im Jahr 2012 geschaffen womit die Ermittlungen zentral durch die Schwerpunktstaatsanwaltschaft Kempten geführt werden. Seitens der Staatsanwaltschaft würden primär die Straftatbestände Unterlassene Hilfeleistung und Ungehorsam, ggf. auch Tötungsdelikte durch Unterlassen, geprüft.

Im Folgenden soll geklärt werden, ob sich der militärische NotSan wegen Unterlassener Hilfeleistung (§323c StGB) strafbar macht, sollte er den Feind trotz gebotener Hilfe nicht medizinisch versorgen. Er könnte sich durch das Unterlassen der Hilfeleistung gegenüber dem verwundeten Feind strafbar gemacht haben.

Grundsätzlich wären die Voraussetzungen für den objektiven als auch subjektiven Tatbestand als gegeben anzusehen. Konkret handelt es sich bei der gemeinen Gefahr um die körperliche Verschrtheit bzw. Verwundung, welche durch beidseitige Gefechtshandlungen verursacht wurden. Zudem ist anzunehmen, dass der Beschuldigte mit Wissen und Wollen den verwundeten Gegner nicht behandelt bzw. den verwundeten Kameraden diesem gegenüber vorzieht.

Als kritisch zu bewerten ist die Frage, inwieweit die Hilfe erforderlich und auch zumutbar ist. Art und Maß der erforderlichen Hilfeleistung richten sich nach den Fähigkeiten und Möglichkeiten des Beschuldigten. Zudem muss die Hilfeleistung ohne erhebliche eigene Gefahr möglich sein. Bei den vorgestellten Szenarien ist davon auszugehen, dass die Rahmenbedingungen und die Einsatzlage vor Ort eine Handlung zu Gunsten des Gegners nicht möglich macht. Solange die Lage vor Ort als nicht sicher eingestuft ist, kann die Rettung bzw. Hilfeleistung als nicht zumutbar eingeschätzt werden. Der NotSan würde sich selbst, aber potentiell auch Kameraden, durch die Versorgung des Gegners in Gefahr bringen. Es ist nicht sicher auszuschließen, dass der Feind seine vorher im Feuergefecht benutzte Waffe am Körper trägt und somit eine potenzielle Gefahr für den Beschuldigten darstellt. Dieser wäre bei der Verwundetenversorgung im Wirkungskreis der feindlichen Waffe und sein Leben somit potentiell bedroht. Ebenfalls möglich wäre, dass durch einen gezielt gelegten Hinterhalt mittels Vortäuschen einer Verwundung versucht wird, weiteres Sanitätspersonal zu schädigen und die Kampfmoral der Einheit zu schwächen. Daraus folgt, dass die medizinische Versorgung des feindlichen Kämpfers aufgrund der angewendeten Taktiken terroristischer Vereinigungen nicht ohne erhebliche

eigene Gefahr für den Beschuldigten durchführbar wäre. Aufgrund dieser unklaren Einsatzlage wird die Hilfeleistung nicht zumutbar sein und §323c StGB nicht greifen.

Zudem ergibt sich keine Verpflichtung gegenüber dem Gegner, diesen, gegenüber verletzen eigenen Soldaten bevorzugt, notfallmedizinisch zu versorgen. Vielmehr kann dem verwundeten Kameraden, unabhängig von dessen Verletzungsschwere, die volle Aufmerksamkeit geschenkt werden.

Zieht man das für den Beschuldigten geltende Soldatengesetz heran, so hat er nach §12 SG die Pflicht, dem Kameraden in Not und Gefahr beizustehen (Kameradschaftspflicht). Daraus leitet sich eine Garantenstellung gegenüber dem verwundeten Kameraden ab. Folglich besteht eine höherwertigere Verpflichtung, den Kameraden medizinisch zu versorgen als den feindlichen Kämpfer. Allerdings gilt hier ebenfalls die Einschränkung, dem verwundeten Kameraden nur insoweit zu helfen, sofern der NotSan dazu, ohne eigene Gefährdung oder Gefährdung des konkreten Auftrags der Einheit, in der Lage ist.

Als Ausnahme wären lediglich eine klare Feindlage, keine oder geringere Verwundung des Kameraden und gleichzeitig eine schwerere Verwundung des feindlichen Kämpfers denkbar. Nur wenn diese Konstellation eintritt, schlägt die Situation um und die Interessen des feindlichen Kämpfers überwiegen. Und nur dann ist dem Feind Vorrang zu geben. Zu betonen ist, dass sich selbst bei der alleinigen Verwundung des Feindes, also unabhängig der Gefährdung Dritter, für den NotSan keine Verpflichtung zur Versorgung dessen ergäbe, weil das Umfeld dies nicht zumutbar macht.

Schlussendlich ist anzumerken, dass die Strafverfolgung in den dargestellten Fällen ein sehr theoretisches Szenario darstellt. In der Praxis wird eine Nachweisführung für die Staatsanwaltschaft kaum möglich sein, da es an den notwendigen Ermittlungsdaten scheitern wird. Personenbezogene Daten, die Verwundungsart usw. werden nicht greifbar sein. Zudem müsste zur Klärung der Todesursache eine gerichtsmedizinische Untersuchung oder

Obduktion durchgeführt werden, d. h. der Bundeswehr der verwundete Feind oder dessen Leichnam zur Verfügung stehen. Schon allein hier wird die Ermittlung scheitern. Ohne diese Daten ist ein Tätigwerden der Staatsanwaltschaft oder seiner Hilfsorgane nicht möglich.

Überdies ist zu betrachten, inwiefern sich der militärische NotSan bei Nichtbehandlung des feindlichen Kämpfers wegen Ungehorsam strafbar machen würde. Befolgt ein Soldat einen verbindlichen Befehl nicht, so sind gegen ihn disziplinäre Maßnahmen wegen Verletzung der Pflicht aus §11 SG (Gehorsam) möglich. Handelt er wenigstens fahrlässig und führt die Nichtbefolgung des Befehls zu einer schwerwiegenden Folge nach §2 (3) WStG, so begeht er einen strafbaren Ungehorsam im Sinne des §19 WStG.

Die grundsätzlichen Voraussetzungen nach §19 WStG könnten vorliegen, da eine Befehlslage vorliegt. Als Befehl gelten alle Anweisungen zu einem bestimmten Verhalten, welcher ein militärischer Vorgesetzter einem Untergebenen schriftlich, mündlich oder in anderer Art und Weise mit dem Anspruch auf Gehorsam erteilt (§2 (2) WStG). Zu prüfen sind die *Zentrale Dienstvorschrift (ZDv) A-2141/1* bzw. die *Taschenkarte zu den Regeln für die Anwendung militärischer Gewalt* („Rules of Engagement“), ob sie einem Befehl entsprechen. Eine Zentrale Dienstvorschrift gilt immer dann als Befehl, wenn sie durch eine vorgesetzte Dienststelle, sprich Bundesministerium für Verteidigung (BMVg) oder dessen Staatssekretären, erlassen wurde. Die zu betrachtende *ZDv A-2141/1* wurde herausgegeben durch das BMVg und gebilligt durch den Referatsleiter R I 3. Sie ist als verbindlicher Befehl zu werten [24]. Die Nichtbeachtung einer vom BMVg erlassenen ZDv verletzt somit die Gehorsamspflicht.

Jedoch ist auch die *Taschenkarte zu den Regeln für die Anwendung militärischer Gewalt* bezüglich ihren Befehlscharakters zu betrachten. Sie wird ebenfalls durch das BMVg auf der Grundlage der Rules of Engagement erlassen und stellt einen expliziten Befehl dar. In ihr ist festgeschrieben, dass Hilfe zu leisten ist, sofern die

Lage es zulässt. Um zu klären ob die Lage es zulässt, ist eine Einschätzung durch den Führer vor Ort notwendig. Regelmäßig ist die Lage als nicht sicher anzusehen. Die Gefahr eines erneuten Angriffs, Hinterhalts oder Sprengstoffanschlags ist stets gegenwärtig und Teil der Taktik und Psychologie des Terrorismus. Beide Befehle sind zudem verbindlich und nicht rechtswidrig. Zudem wenden sie sich schriftlich an alle Untergebenen des Bundesministers der Verteidigung. Sie erfüllen also beide die Definition eines Befehls. Folglich liegt eine Befehlslage vor, wodurch grundsätzlich ein Befehl besteht auch verwundeten Aufständischen medizinische Hilfe zu leisten. Die Pflicht zu helfen wäre also unstrittig.

Die Befehlslage besagt allerdings auch, dass die Hilfe nur soweit zumutbar ist, solange der Einsatzauftrag und der Eigenschutz dies zulassen. So kann beispielsweise ein anderslautender Befehl dazu führen, dass die Hilfeleistung nicht zumutbar ist. Dies wäre immer dann der Fall, wenn der Zweck oder die Erfüllung des Einsatzauftrages durch die Hilfeleistung gefährdet werden würde. Zieht man außerdem das für den Beschuldigten geltende Soldatengesetz heran, so hat er nach §12 SG die Pflicht dem Kameraden in Not und Gefahr beizustehen. Daraus leitet sich eine Garantenstellung gegenüber dem verwundeten Kameraden ab. Die Versorgung des Gegners würde damit eine Verletzung anderer wichtiger bzw. höherwertigerer Pflichten darstellen.

Zudem gilt wie bei §323c StGB, dass bei unklarer Sicherheitslage die Garantenpflicht gegenüber dem Kameraden die Hilfeleistungspflicht gegenüber dem Feind überwiegt. Die unterlassene Hilfeleistung wäre überdies nur dann strafbar, wenn nachweislich ein gesicherter Zustand herrscht und der Zustand des Feindes eine medizinische Versorgung erfordert. Die Lage vor Ort ist dabei nicht im Nachhinein zu betrachten, sondern so, wie sie sich dem NotSan in der konkreten Situation darstellt.

Im Ergebnis wird es aufgrund der gleichen Darlegung wie bei §323c StGB kein Tätigwerden der Staatsanwaltschaft nach §19

WStG geben. Zudem wird, außer in besonderen Einzelfällen, ein solches Szenario in der juristischen Praxis nicht vorkommen, da sich eine nachträgliche Betrachtung der Gefährdungslage des Einsatzlandes verbietet. Zumindest jedoch wäre bei einer nachträglich abweichenden Bewertung der Gefahrensituation letztendlich von einem vermutlich unvermeidbaren Verbotsirrtum auszugehen. Jeglicher Vergleich mit einem schweren Verkehrsunfall im Inland verbietet sich.

Grundsätzlich wären noch Straftaten gegen die körperliche Unversehrtheit §§223, 226, 227 StGB in Verbindung mit §13 StGB zu prüfen. Diese Prüfung ist jedoch hinfällig, da sich aus der dienstlichen Funktion des Beschuldigten keine Garantenstellung gegenüber dem verwundeten Feind herleiten lässt. Eine aus diesem Rechtsverhältnis folgende Pflicht zum Tätigwerden ergäbe sich somit nicht.

### *2.3.2 Disziplinarrechtliche Konsequenzen*

Die Bewertung der disziplinarrechtlichen Konsequenzen entspricht dem, was bereits vorher bezüglich der strafrechtlichen Konsequenzen ausgeführt wurde.

Sollte die Staatsanwaltschaft in einem unwahrscheinlichen Szenario ausnahmsweise Anklage wegen eines Verstoßes gegen §323c StGB bzw. §19 WStG erheben, so wäre seitens der Wehrdisziplinaranwaltschaft zu prüfen, ob ein gerichtliches Disziplinarverfahren gemäß WDO erforderlich ist. Für deren Erledigung ist dann die Truppendienstgerichtsbarkeit zuständig. Da Strafverfahren (Bestrafung) und Disziplinarmaßnahmen (Erziehung) unterschiedlichen Zwecken dienen, würde die Durchführung beider Verfahren auch keinen Verstoß gegen das grundgesetzlich verankerte Verbot der Doppelbestrafung (Art. 103 Abs. 3 GG) darstellen.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> BVerfGE 21, 378

## 2.4 *Mögliche Diskrepanz zwischen Befehlsrecht und medizinischem Ehrenkodex? Eine praktische Überlegung*

Angenommen, der NotSan möchte dem schwer verwundeten feindlichen Kämpfer Nothilfe leisten, erhält aber durch seinen Vorgesetzten den Befehl, dies zu unterlassen und im geschützten Fahrzeug zu verbleiben oder den militärischen Auftrag fortzuführen. Eigentlich wäre dies eine Nothilfesituation, da sich dort ein Mensch befindet, dessen Leben bedroht ist. Wenn jetzt aber der NotSan das Fahrzeug verlässt, verrät er die Position der Einheit. Zudem kann nicht ausgeschlossen werden, dass es sich um einen geplanten Hinterhalt handelt. Er würde also damit nicht nur sich selbst gefährden, sondern auch seine Kameraden, welche mit vor Ort sind. Überdies kann der NotSan von den eigenen Kameraden belangt werden, weil er dem Gegner geholfen hat.

Doch wie sind nun Art. 16 ZP I und Regel 26 IKRK [72] zu handhaben? Aus beiden Vorschriften ist zu entnehmen, dass ein Arzt gemäß humanitärem Völkerrecht nicht für seine ärztliche Tätigkeit bestraft werden darf, die er zugunsten des Gegners ausgeübt hat. Natürlich steht jede ärztliche Handlung mit dem Ehrenkodex in Verbindung. Das ist unbestritten. Die Frage ist jedoch, ob daraus überhaupt herzuleiten ist, dass der NotSan einem Befehl des militärischen Vorgesetzten nicht folgen muss, welcher ihm untersagt, in einer bestimmten Situation Nothilfe zu leisten. Gemäß den Taschenkarten für den Einsatz, kann Nothilfe durch den militärischen Befehl eines Vorgesetzten eingeschränkt werden. Das heißt, auch die ärztliche Tätigkeit würde hiermit verboten.

Zu überlegen ist, ob die Vorschriften überhaupt Anwendung für nichtärztliches Sanitätspersonal finden. Bereits in Regel 26 IKRK findet sich die Erweiterung der Vorschrift auf nichtärztliches Assistenzpersonal. Zudem führen NotSan ärztliche Maßnahmen durch, welche beispielsweise die Medikamentengabe und die Durchführung einer Notfallkoniotomie einschließen. Gegen eine erweiterte Anwendung auf Assistenzpersonal bestehen aus Ziel und Zweck der Regeln keine Bedenken.

Wesentlich ist vielmehr, dass sich die Aussagen des Art. 16 ZP I und Regel 26 IKRK nach dem Wortlaut auf bereits Geschehenes, also eine bereits erfolgte Behandlung des Gegners, beziehen. Ziel der beiden Vorschriften ist es, dass kein Arzt eine Bestrafung zu befürchten hat, wenn eine ärztliche Tätigkeit am Gegner ausgeübt wurde, was jedoch nicht gleichzusetzen ist mit dem Unterbinden einer Behandlung des Feindes durch vorherigen Befehl des Vorgesetzten. Leistet der NotSan entgegen eines gültigen Befehls Nothilfe und bringt dabei die Truppe in Gefahr, stellt dies eine Gehorsamsverweigerung dar. Daraus würde sich zwingend ein Straf- und Disziplinarverfahren ergeben. Vielmehr lässt sich aus dem Wortlaut der Vorschriften nicht herleiten, dass nicht befohlen werden darf, ärztliche Hilfe zu unterlassen, sofern die militärisch erforderlich ist.

Selbst wenn man der Auffassung sein sollte, dass die beiden Regeln Anwendung finden sollten, ist festzustellen, dass bei dieser Diskrepanz der militärische Befehl immer Vorrang hat, da dieser Befehl zulässig und verbindlich ist. Er stellt keinen Verstoß gegen die Menschenwürde dar, da bei einem Befehl lediglich die eigene Menschenwürde, also die des Befehlsempfängers, geschützt ist. Nur auf diese kann sich der Soldat berufen. Das Leben bzw. die Menschenwürde kann für den NotSan keine Rechtfertigung für eine Gehorsamsverweigerung eines Befehls des Nicht-Handelns sein, wenn es um die Frage geht „Muss ich dem Befehl Folge leisten?“.

Die andere Konstellation eines unverbindlichen Befehls wäre, dass er eine Straftat impliziert. Wie bereits vorne dargelegt, liegt ein strafbares Verhalten wegen Unterlassens einer Hilfeleistung nicht vor, sodass der NotSan auch hier nicht berechtigt ist, im Rahmen der Nothilfe dem Feind medizinische Hilfe entgegen ausdrücklichen Befehls des Vorgesetzten zu leisten. Weitere möglicherweise übergesetzliche Rechtfertigungsgründe für ein Hinwegsetzen über einen anderslautenden militärischen Befehl sind nicht ersichtlich.

Letztendlich wäre bei Vernachlässigung aller bisherigen Argumente abzuwägen ob der ärztliche Ehrenkodex der Hilfeleistung oder der militärische Befehl, keine Nothilfe zu leisten, überwiegen. Da der NotSan in dieser Situation primär Soldat mit Spezialqualifikation ist, ist dem militärischen Befehl Vorrang zu geben. Anders würde es sich in einer Situation verhalten, in welcher der NotSan in einem Rettungszentrum, beispielsweise im Schockraum oder Notaufnahme, tätig ist. Hier wäre der medizinischen Tätigkeit und folglich dem Ehrenkodex der Vorrang zu geben. Insoweit wäre durchaus an eine analoge Anwendung der oben aufgeführten Regeln des HVR zu denken. Also ein Verbot der Behandlung eines gefangenen Gegners völkerrechtswidrig.

Abschließend bleibt festzustellen, dass es keinen ärztlichen Ehrenkodex gibt, welcher fordert, einer Person zu helfen, um gleichzeitig dadurch mehrere andere Personen in Gefahr zu bringen. Möglicherweise wäre der Feind gerettet, doch dafür mehrere Kameraden bzgl. Gesundheit und Leben gefährdet worden. Hier ist immer eine ganzheitliche Betrachtung der Situation gefordert.

Im Ergebnis ist festzuhalten, dass die Taschenkarten der Bundeswehr mit dem darin enthaltenen möglichen Verbot der Ausübung der Nothilfe keinen Verstoß gegen völkerrechtliche Bestimmungen darstellen.

## *2.5 Ethik als mögliches Instrument der Entscheidungsfindung?*

Ethik bestimmt mehr oder weniger stark das Denken und Handeln des sozial-integrierten Menschen. Werte und Normen, richtig und falsch, werden von der zivilen als auch militärischen Gesellschaft vermittelt. Wer sich nicht an diese vermittelten Richtlinien hält, läuft Gefahr, ausgeschlossen oder sanktioniert zu werden. Diese Werte liegen den angewandten Normen und Zielen als Soll-Richtlinien zugrunde und grenzen das Gebotene und Verbotene gegenüber Erlaubtem ab. Zudem sind sie Wertkonzepte mit unterschiedlicher Reichweite. In der Medizin als auch Militär wird

man zwangsläufig irgendwann mit einer speziellen Form der Ethik konfrontiert, welche im Folgenden vorgestellt wird. Außerdem geben die Unterkapitel eine Einführung in die Wehrmedizinethik. Aufgrund unterschiedlicher Auffassungen über Ethik und den damit verbundenen Werthaltungen zwischen einzelnen Lehrbeauftragten innerhalb eines Militärs bzw. Institution [98] können hier nur die bekanntesten Sichtweisen einschließlich der vier Prinzipien ethischen Handelns in der Medizin dargestellt werden.

### *2.5.1 Einführung in die Wehrmedizinethik*

Eine Entscheidung im militärischen Einsatz zu treffen gestaltet sich häufig kompliziert und komplex, da bei der Beurteilung der Lage die Auftrags Erfüllung, die Zweckmäßigkeit, die Rahmenbedingungen sowie die Legalität und Legitimität berücksichtigt werden müssen. Das Mittel zur Prüfung als auch Betrachtung der Legitimität ist die Ethik. Zur Klärung des Begriffs Wehrmedizinethik sollen im Folgenden verschiedene Begriffe betrachtet werden.

Ethik ist nicht Moral. Moral bezeichnet die „Gesamtheit der in einer Gruppe, Gemeinschaft oder Gesellschaft als verbindlich behaupteten bzw. anerkannten moralischen Wertvorstellungen und Urteilsweisen, Grundsätze und Normen“ [43]. Dagegen ist Ethik „die wissenschaftliche, insbesondere die philosophische Untersuchung moralischer Überzeugungen und Entscheidungen“ [43]. Ethik versucht systematische Kriterien zu entwickeln, nach denen sich moralische Probleme in möglichst sachlicher Weise bewältigen lassen. Ergänzend geht sie moralischen Aussagen auf den Grund, indem sie reflektierend hinterfragt und die Bewertungsmaßstäbe herausarbeitet [45].

Ethik ist nicht Recht. Politischer Auftrag und juristische Zulässigkeit sind nicht von vornherein kongruent mit ethischer Rechtfertigung. Die Justiz prüft die Legalität, nicht die Legitimität. Häufig ist jedoch die Legalität Voraussetzung für die Legitimität. Die Kenntnis dieser Rechtslage schafft für den Entscheider in der

konkreten Situation zwar Rechtssicherheit, jedoch bleibt der ethische Konflikt bestehen.

Militäretik ist nicht Wehrmedizinethik, auch Medizinethik ist nicht Wehrmedizinethik. Bei Militär- und Medizinethik handelt es sich um zwei Beispiele angewandter Ethik, die von der Fundamenteethik zu unterscheiden sind [45]. Die Militäretik befasst sich mit der Anwendung normativ-ethischer Kriterien auf die ethisch relevanten Herausforderungen der militärischen Lebenswelt, die beispielsweise alle Aspekte der täglichen Erfüllung von Dienstpflichten mit einschließt [98]. Auch die Frage der Gewaltanwendung fällt unter den Bereich der Militäretik, denn dem Soldaten ist in zweifacher Sicht Leben anvertraut: zum Bewahren und falls notwendig zum Nehmen. Der Soldat hat sich zu vergegenwärtigen, dass der tiefste Ernst und die größte Herausforderung seines Daseins in der Gewaltanwendung liegen, in der die Tötung anderer und der eigene Tod potenziell immanent sind [98]. Die mögliche Todesfolge ist Teil der Ausübung dieser besonderen, berufsständischen Pflichten im staatlichen Dienst. Ob und wann dies ethisch-moralisch legitimierbar ist, steht im Zentrum der Fragen, denen militäretisch nachzuspüren ist und jeder Einzelne für sich zu beantworten hat. Dahingegen versucht die Medizinethik, das systematisch-philosophische Denken in direkten Bezug zum konkreten Handlungsfeld der Medizin zu bringen [45].

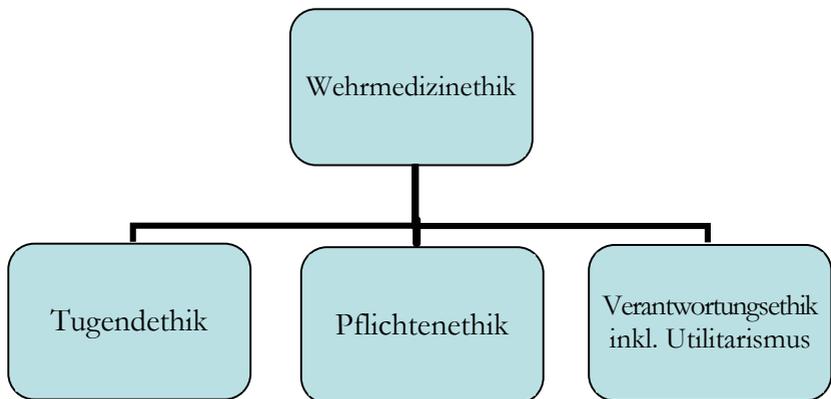
Die Doppelverwendung als NotSan und Soldat weist demzufolge eine Multidimensionalität auf, welche von Seiten der Medizinethik oder der Militäretik angegangen werden könnte [47]. Diese besondere Multidimensionalität fordert hier eine interdisziplinäre Herangehensweise, die sowohl die Medizin- als auch Militäretik einbezieht. Bezüglich ethischer Fragen im Rahmen der medizinischen Versorgung im Auslandseinsatz hat sich dabei der Begriff Wehrmedizinethik durchgesetzt, welcher sich von dem allgemeinen Terminus „military medical ethics“ der englischsprachigen Fachliteratur ableitet [47]. Wehrmedizinethik beschäftigt sich demnach mit aktuellen politischen Fragestellungen

und Einzelfragen des konkreten wehr- und einsatzmedizinischen Alltags.

### 2.5.2 Modell der drei Dimensionen der Ethik

Eine mögliche Betrachtungsweise ist die Differenzierung in ethische Dimensionen bzw. Sichtweisen. In der Medizin betrifft dies insbesondere:

- Tugendethik
- Pflichtenethik
- Verantwortungsethik und Utilitarismus



**Abb. 1: Die drei Dimensionen der Ethik**

Innerhalb der Wehrmedizinethik spielen die Tugendethik, Pflichtenethik und die Verantwortungsethik inklusiv Utilitarismus eine Rolle.

Als ursprünglichster Ethiktyp kann die Tugendethik verstanden werden, da sie von der Antike bis zur frühen Neuzeit das Verständnis der Ethik dominierte [145]. Aristoteles verstand unter Tugend die vorzügliche Haltung, welche durch die Vernunft des Menschen bestimmt wird und durch Erlernen bzw. Üben am Leitfaden gelebter Vorbilder erworben werden muss [145]. Nach seiner Ansicht kann Tugend nur durch die zu findende Mitte bzw. Balance zwischen den beiden Verhaltensexremen erreicht werden und sieht dies als Kunst des rechten Maßes an [32; 44]. Der

aristotelische Tugendbegriff zergliedert sich dabei in zwei Bereiche, nämlich in die Primär- bzw. Kardinaltugenden und Sekundärtugenden [46]. Die Kardinaltugenden umfassen Klugheit, Tapferkeit, Gerechtigkeit und Mäßigung, welche bereits seit der Antike als solche gelten und im Kern des Verständnisses der Tugendethik stehen [46]. Auch die preußischen Tugenden gehen mit Ausnahme des Gehorsams auf die eben genannten Kardinaltugenden zurück [116]. Ursprünglich galten die preußischen Tugenden nur für das Heer, wurden aber später von der Gesellschaft übernommen, da sie sich am Militär orientierte [19]. Treue, Tapferkeit, Härte, Mut und Gehorsam gelten dabei heute nach wie vor als erstrebenswerte Selbstdisziplin des Soldaten und als sittlich-moralische Verhaltensregeln für das Zusammenleben in der Bundeswehr [141].

Die deontologische Ethik bzw. Pflichtenethik formuliert, dass die vom betroffenen Individuum übernommenen Pflichten der Ausgangspunkt der Überlegungen sind [143]. Die Handlungen können durch eigenen Antrieb gut oder schlecht sein, wobei entscheidend ist, ob das Tun einer verpflichtenden Regel folgt oder ob sie aufgrund dieser Verpflichtung begangen wird und nicht welche Folgen die Handlung hat [143].

Die Pflichtenethik ist aufgrund der Doppelfunktion von Soldat und Notfallsanitäter in eine medizinische und militärische Seite zu differenzieren. Für Ärzte gilt der Hippokratische Eid als auch die Berufsordnungen der Landesärztekammern, die sich an der Muster-Berufsordnung der Bundesärztekammer anschließen [21; 22]. Notfallsanitäter schwören jedoch nicht den Hippokratischen Eid noch sind sie den Ärztekammern gegenüber gebunden. Nicht einmal in dem *Gesetz über den Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters* noch in der *Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter* sind ethische Prinzipien für den tätigen NotSan verankert. Doch lassen sich Ethik-Kodizes der Deutschen Gesellschaft für Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA) und der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und

Notfallmedizin (DIVI) Sektion Ethik finden [33]. Im angloamerikanischen Raum finden sich der „Code of Ethics“ und „EMT Oath“ [101]. Allen gemeinsam ist die Verpflichtung, den Heilberuf nach bestem Wissen und Gewissen, mit Würde und nach guter medizinischer Praxis auszuüben.

Dem gegenüber steht die soldatische Dimension der Pflichtenethik, die sich aus der Eidesformel ergibt, welche jeder Soldat beim feierlichen Gelöbnis schwört: *„Ich schwöre, der Bundesrepublik Deutschland treu zu dienen und das Recht und die Freiheit des deutschen Volkes tapfer zu verteidigen.“* [§9 SG]. Ganz konkret formuliert dazu §11 SG den Gehorsam des Soldaten, der zwar nicht uneingeschränkt gefordert werden kann (wenn eine Straftat begangen werden würde), aber ein grundlegendes Prinzip des Militärs ist: *„Der Soldat muss seinen Vorgesetzten gehorchen. Er hat ihre Befehle nach bestem Kräfte vollständig, gewissenhaft und unverzüglich auszuführen...“* [§11 SG]. In der Eidesformel ist gleichfalls die Verpflichtung zur Tapferkeit eingeflochten, was bedeutet, dass der Soldat auch aus Furcht vor der persönlichen Gefahr der Erfüllung seiner Dienstpflichten nachkommen muss. §12 SG beeinflusst ebenfalls die soldatische Dimension der Pflichtenethik, indem die Pflicht zur Kameradschaft befohlen wird. Das Gesetz geht sogar so weit, dass gefordert wird *„... die Würde, die Ehre und Rechte des Kameraden zu achten und ihm in Not und Gefahr beizustehen.“*

Angelehnt an die Pflicht zur Kameradschaft enthalten die Operationsbefehle in den Einsatzgebieten der Bundeswehr ausdrücklich den Befehl, die sanitätsdienstliche Versorgung eigener und ggf. verbündeter Soldaten sicherzustellen. Der Einschluss aller Patientengruppen des Einsatz- bzw. Kampfgebietes existiert grundsätzlich nicht. Daraus lässt sich schließen, dass Sanitätspersonal per schriftlicher Anweisung durch §12 SG gegenüber einer Patientengruppe besonders verpflichtet ist: Den deutschen als auch den verbündeten Streitkräften.

Zudem ist die Verantwortungsethik, zugehörig der teleologischen Ethik, zu betrachten. Sie bezeichnet ethische

Systeme, die bei Entscheidungen zwischen Handlungsalternativen die tatsächlichen Ergebnisse und deren Verantwortbarkeit in den Vordergrund stellen, also demnach die Folgen des eigenen Handelns [109]. Ihr Handlungsmotiv ist es, bei begrenzten Ressourcen diejenigen Maßnahmen vorzuziehen, welche den größtmöglichen Erfolgs-/Wirkungs-Koeffizienten haben, oder aber die vorhandenen Ressourcen nach diesem Koeffizienten verteilen [109]. Das Ergebnis der Handlung ist somit ausschlaggebend, ob sie als gut oder schlecht bewertet wird, und nicht die Handlung selbst. Sie ist zu unterscheiden von der Gesinnungsethik. Bei ihr ist ausschlaggebend, mit welcher Gesinnung die Handlung vorgenommen wird [109]. Das bedeutet, wenn eine Handlung mit den richtigen guten Absichten, der Moral oder ethischen Einstellung ausgeführt wird, ist diese Handlung gut [109]. Wichtig ist es, so zu handeln, dass es den eigenen moralischen Maßstäben entspricht. Hier wird nicht das Ergebnis der Handlung betrachtet, sondern nur das Motiv der Handlung [109]. Diesen Unterschied hat Max Weber, deutscher Soziologe, herausgearbeitet und den Begriff der Verantwortungsethik durch seinen 1916 gehaltenen Vortrag „Politik als Beruf“ mitgeprägt [148].

Utilitarismus ist, als Unterform der teleologischen Ethik, eines der bekanntesten Ethikkonzepte. Er wurde von vielen großen Denkern wie Jeremy Bentham, Johan Stuart Mill oder Thomas Hobbes vertreten und hat eine große geistesgeschichtliche Tradition [35; 74; 100; 115]. Die Kernaussage des Utilitarismus beschreibt, dass eine Handlung genau dann moralisch richtig ist, wenn sie der größtmöglichen Zahl von Menschen nützt [15]. Sie ist eine sogenannte Ethik des Nutzens. Ganz unten steht nicht, was an sich ethisch ist. Das moralisch Richtige ist, was nach dem Motto „der Zweck heiligt die Mittel“ den insgesamt besten Ausgang einer Situation bewirkt [15]. Nützen kann es dem Handelnden selbst oder einem Menschen der Umgebung, der Familie oder der Gemeinschaft als größtmögliche Zahl. Der einzelne Mensch und sein Schicksal spielen dabei eine untergeordnete Rolle.

Typische Frage des Utilitarismus ist die Frage danach, ob ein Mensch getötet bzw. geopfert werden darf um eine größere Menge an Menschen zu retten. Klassischer Utilitarismus wäre, den Einen zu töten um die Anderen zu retten [2]. Hier wird der Schaden, welcher durch die Verletzung einer sonst sinnvollen Regel hervorgerufen wird, aufgehoben, indem der Nutzen mit einer Rettung mehrerer Menschenleben verbunden ist [2]. Häufig mit Utilitarismus in Verbindung gebracht wird zudem das sogenannte *Trolley-Problem* (moralisches Gedankenexperiment, bei dem sich zwischen einer und mehreren zu rettenden Personen entschieden werden muss), welches erstmals 1967 von der britischen Philosophin Philippa Foot diskutiert wurde [2].

Auch die Triage bei einer Großzahl von Verwundeten folgt dem Konzept des Utilitarismus [106]. Der Begriff der Triage entstammt der Militärmedizin, welcher so viel bedeutet wie Sortierung [78]. Hier erfolgt die Priorisierung zwischen allen Patienten, welche eine Behandlung bedürfen und die Behandlungsreihenfolge wird festgelegt. Als Priorisierungskriterium wird die Erfolgsaussicht bezogen auf Überleben und Prognose verwendet. Sie ist folglich die Entscheidungsgrundlage bei Ressourcenknappheit, bei welcher die sonst gebotene patientenzentrierte Behandlungsentscheidung eingeschränkt wird. Klassische Beispiele für ihren Einsatz sind der Flugzeugabsturz, die Zugentgleisung oder im militärischen Bereich eben das Gefecht. In diesen Situationen muss Katastrophenmedizin statt Individualmedizin praktiziert werden, da eine optimale Versorgung der Verwundeten bzw. Verletzten nicht mehr möglich ist. Die Versorgung des Einzelnen tritt gegenüber der Versorgung Vieler in den Hintergrund. In der Regel übersteigen die Anzahl und Art der Verwundeten die Möglichkeiten der vorhandenen Kräfte. Knappe Ressourcen, wie beispielsweise Medikamente und medizinisches Personal, werden leichter Verwundeten (Sichtungskategorie (SK) grün und gelb) und Verwundeten ohne oder einer sehr geringen Überlebenschance (SK blau) vorenthalten um anderen verletzten Kameraden mit einer realistischen Chance auf Überleben zu retten.

Im Gegensatz zum nicht-militärischen Bereich wird der NotSan im Auslandseinsatz den Verwundeten in der Regel persönlich kennen. Nach eigener Erfahrung ist eine Angst vor einer zu schnellen Einstufung des Kameraden in die SK blau gegenstandslos. Der Einsatz der Ressourcen erfolgt somit in einer Weise, dass möglichst viele Verwundete überleben, was der utilitaristischen Sichtweise entspricht. Zudem sollte erwähnt werden, dass die Priorisierung auf der bestmöglichen verfügbaren Informationsgrundlage zum gegebenen Zeitpunkt erfolgt. Eine Betrachtung im Nachhinein stellt sich wohl meist einfacher dar.

Wie bereits weiter oben angesprochen ist es nicht zielführend, sich bei der Entscheidungsfindung auf eines der Ethikmodelle zu beschränken. Die Betrachtung bzw. Berücksichtigung nur eines einzigen Ethikmodells mindert zwar den Aufwand der ethischen Abwägung, birgt aber die Gefahr der Eindimensionalität. Sie könnte zu einer einseitigen Bewertung und Entscheidung führen.

### *2.5.3 Vier-Prinzipien-Modell nach Beauchamp und Childress*

Das Buch „Principles of Biomedical Ethics“ von Beauchamp und Childress kann als prominentes Lehrbuch der Medizinethik angesehen werden. In ihm stellen Beauchamp und Childress das 4-Prinzipien-Modell bezüglich ethischer Prinzipien in der Biomedizin vor [8]. Dieses Modell beruht auf ethischen Prinzipien, welche als Ausgangspunkt für die systematische Bearbeitung moralischer Probleme im Bereich der Medizin dienen sollen [8]. Die beiden Wissenschaftler entwickelten dabei ihren Ansatz vor dem Hintergrund ungelöster Kontroversen in der Medizinethik [113]. Auch für die Entscheidung, wer auf dem Gefechtsfeld zuerst behandelt werden soll, welche wiederum eine schnelle Entscheidung verlangt, ist dieses ursprünglich aus der Biomedizin stammende Modell passend.

Beauchamp und Childress empfehlen bei Entscheidungen, welche in kürzester Zeit getroffen werden müssen, den Anspruch eines umfassenden Ethikmodells mit einem obersten Moralprinzip

aufzugeben und sich dagegen an konsensfähigen, mittleren Prinzipien verschiedener Moraltheorien zu orientieren [88]. Bei den mittleren Prinzipien handelt es sich um Prinzipien die auf moralischen Alltagsüberzeugungen aufbauen und mit verschiedenen ethischen Begründungen verträglich sind [88]. Zudem sind sie nur dann verpflichtend, solange sie nicht mit gleichwertigen oder stärkeren Verpflichtungen kollidieren [94].

Die Grundidee des Werkes ist, ethische Entscheidungen im biomedizinischen Kontext mit Hilfe von 4 Prinzipien zu rationalisieren, welche im Folgenden beschrieben werden [138].

Die Prinzipien Respekt vor der Autonomie des Patienten, Nichtschaden und Wohlwollen beziehen sich dabei allein auf den Patienten bzw. Verwundeten, wogegen das Prinzip der Gerechtigkeit auch Interessen Dritter berücksichtigt [138]. Diese genannten vier Prinzipien werden bewertet und gegeneinander aufgewogen [138]. Aus diesem Vorgang ermöglichen sie zwar eine von der Gewichtung der Argumente abhängige subjektive, aber immerhin begründ- und nachvollziehbare Gesamtbeurteilung und Entscheidung. Im Folgenden werden diese Prinzipien ausführlicher erläutert.

Das Autonomieprinzip gibt jedem Patienten bzw. Verwundeten das Recht, seine eigene Ansicht zu haben, als auch eine eigene Entscheidung zu fällen, welche seinen eigenen Wertvorstellungen entspricht [76; 94]. Demnach hat medizinisches Personal nicht nur die (aus dessen Sicht negative) Verpflichtung, die Entscheidungen des Patienten zu achten, sondern auch die (positive) Verpflichtung, beispielsweise durch eine dem Patienten angepasste und sorgfältige Aufklärung, den Entscheidungsprozess an sich zu unterstützen. Das Autonomieprinzip äußert sich ebenso in der Forderung nach dem sogenannten informierten Einverständnis [88]. Das bedeutet, dass eine Erlaubnis für diagnostische und oder therapeutische Maßnahmen nur durch die ausdrückliche Einwilligung des Patienten erreicht werden kann. Ein informiertes Einverständnis liegt folglich immer dann vor, wenn der Patient ausreichend über die Maßnahmen (Diagnostik, mögliche Behandlung

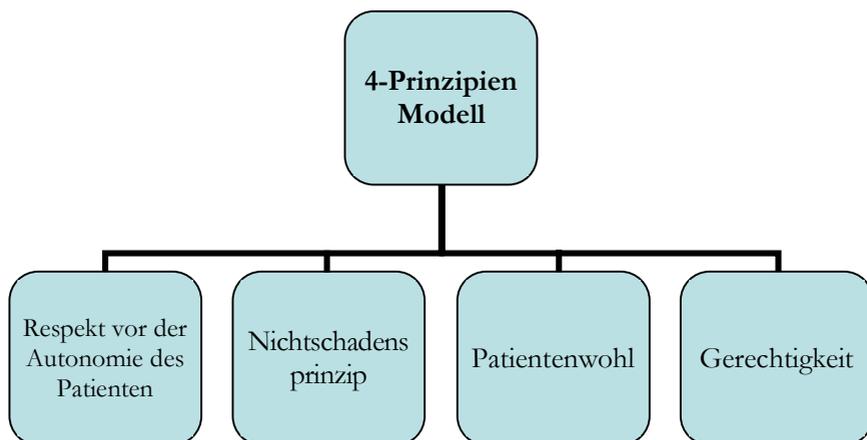
und dessen Folgen) aufgeklärt worden ist und diese verstanden hat. Zudem muss er sich freiwillig entscheiden, dabei entscheidungskompetent sein und schließlich seine Zustimmung geben. Dabei richtet sich das Autonomieprinzip gegen die wohlwollende Bevormundung durch medizinisches Personal – im Sinne eines Paternalismus - und verlangt die Beachtung der Wünsche, Ziele und Wertvorstellungen des Patienten [88]. Konkret bedeutet Respekt vor der Autonomie des Patienten, dass kompetenten Individuen eine selbstbestimmte Entscheidung ermöglicht und Verwundete mit „verminderter Willensfreiheit“ vor eigenen als auch schädigenden Entscheidungen anderer geschützt werden sollen [94].

Das zweite Prinzip, das der Schadensvermeidung, bezieht sich auf die Pflicht schädigende Handlungen zu unterlassen [64]. Dies wiederum bezieht sich auf eines der ältesten Prinzipien in der Medizin, dem traditionellen Grundsatz nach Hippokrates „*primum non nocere*“ (Richte keinen Schaden an), welcher im Zentrum des moralisch geforderten ärztlichen Handelns steht. Das Nichtschadensprinzip sagt aus, es soll nicht Schlechtes oder Schaden zugefügt werden, wobei Schaden als eine nachteilige Auswirkung auf die Interessen des Patienten definiert wird [64]. Zudem schließt dieses Prinzip weitere moralische Regeln mit ein:

- Töte niemanden;
- Füge kein Leid oder Schmerzen zu;
- Mache niemanden zum Invaliden [8].

Schädigende Handlungen sind *prima facie* falsch, jedoch nicht, wenn der Schaden legitimierbar ist [8]. Eine Schädigung des Patienten ist gerechtfertigt, sobald ein dem jeweiligen geltenden Gesetz entsprechender Rechtfertigungsgrund für die schädigende Handlung vorliegt. Jemanden zu töten ist grundsätzlich unter dem Prinzip des Nichtschadens unzulässig. Jemanden zu töten um sich selbst zu verteidigen ist zweifelsohne genauso schädigend wie im vorherigen Beispiel, jedoch nicht ungerechtfertigt und unrechtmäßig.

So verhält es sich auch bezüglich der Frage, ob der verwundete Gegner medizinisch versorgt werden muss. Sind der Gegner als auch ein eigener oder verbündeter Soldat verwundet und die Ressourcen reichen nur für die Versorgung von einem Verwundeten aus, so ist die Schädigung des gegnerischen Verwundeten durch Unterlassen falsch, jedoch nicht ungerechtfertigt, wenn dafür der eigene oder verbündete Soldat medizinisch versorgt und gerettet wird. [8]



**Abb. 2: 4-Prinzipien-Modell nach Beauchamp & Childress**

Sie umfassen den Respekt vor der Autonomie (respect for autonomy), Nichtschadensprinzip (non maleficence), Patientenwohl (beneficence) und Gerechtigkeit (justice). [adaptiert aus 138]

Ein weiteres Prinzip ist Wohlwollen bzw. das Prinzip des Patientenwohls. Es beinhaltet alles daran zu setzen um das Wohl des Patienten zu sichern, den größtmöglichen Nutzen zu erreichen und Schaden zu minimieren [8]. Im Kontext der biomedizinischen Betrachtung erkennt man, dass Subjekte unterschiedlichen Ausmaßes an physischen und mentalen Risiken ausgesetzt sind und diese nicht wortwörtlich dem Prinzip des Wohlwollens gefolgt werden kann [76]. Medizinisches Personal soll also nur eine

Behandlung durchführen, wenn der erwartete Nutzen den Schaden für den Patienten überwiegt [94]. Jedoch hat Wohlwollen noch eine weitere Auswirkung auf die Patientenbehandlung: Das medizinische Personal soll den Nutzen für den Patienten maximieren anstatt für jeden anderen oder sich selbst [94].

Der Schwerpunkt auf die Güte bzw. Wohlwollens gegenüber dem individuellen Patienten steht im scharfen Kontrast zur militärischen Tugend der Selbstlosigkeit gegenüber den Kameraden. Im nicht-militärischen Bereich sind nur zwei Umstände denkbar, in denen das persönliche Patientenwohl gegenüber dem Wohl anderer in den Hintergrund tritt: Zum einen tritt dies ein bei der Sichtung einer großen Anzahl von Verletzten bzw. Erkrankten. Zum Anderen, wenn die öffentliche Sicherheit durch eine übertragbare Krankheit gefährdet wird und der Staat die individuelle Freiheit einschränkt um eine weitere Ausbreitung zu verhindern.

Und doch ist keines der beiden Beispiele so umfassend wie der Grundsatz der Unterordnung und Selbstlosigkeit des individuellen Soldaten zum Wohle der militärischen Einheit, des Einsatzauftrags oder des Landes. Während die Triage dem utilitaristischen Ansatz folgt um das Wohl innerhalb einer Gruppe zu maximieren, ist der militärische Ansatz ein anderer: Das Militär versucht das Wohl einer Gruppe von Kämpfern zu maximieren um den militärischen Einsatzauftrag abzuschließen und eben nicht der Gruppe per se [31; 121]. Darüber hinaus werden weitere moralische Regeln des Wohlwollens unterstützt:

- Beschütze und verteidige die Rechte des Verwundeten;
- Verhindere eine mögliche Schädigung durch Andere;
- Rette Personen aus Gefahr [8].

Diese Erweiterung des Prinzips kann für als auch gegen die Behandlung des verwundeten Gegners sprechen.

Das letzte Prinzip hat die Gerechtigkeit als Inhalt und beschreibt, dass die Risiken als auch der Nutzen der Behandlung bzw. Behandlungsmöglichkeiten fair verteilt werden sollen, damit

bestimmte Gruppen von Individuen nicht benachteiligt werden [8]. Gleiches soll folglich gleich behandelt werden. Aber wer ist gleich und wer nicht? Die Unterscheidung nach Erfahrung, Alter, Kompetenz, Leistung kann manchmal erlaubt sein um bestimmte Zwecke zu verfolgen [8]. Es ist allerdings notwendig zu klären, nach welchen Kriterien die Verwundeten gleich behandelt werden können:

- Gleicher Anteil für jede Person;
- Anteil bezogen auf den individuellen Bedarf der Person;
- Anteil bezogen auf den individuell notwendigen Aufwand;
- Anteil bezogen auf den gesellschaftlichen Beitrag, der Mitwirkung oder der Teilhabe der Person;
- Anteil bezogen auf die erbrachte Leistung bzw. Wert der Person für die Gruppe [8].

Das wesentliche Prinzip der Gerechtigkeit, welches jemand verwendet, ist zudem davon abhängig, welcher Gerechtigkeitstheorie er folgt. Im Allgemeinen sollten in der Medizin Ressourcen nach dem individuellen Bedarf der Patienten verteilt werden. Doch was, wenn nicht alle gleichzeitig behandelt werden können? Nach welchem System soll die Ressourcenverteilung erfolgen? Chronologische Reihenfolge, Lotterie-System, Warteliste-System, Kriterien-System? Nach eigenem Erleben besteht im militärischen Kontext bzw. im Gefecht grundsätzlich ein latenter Ressourcenmangel an medizinischen Behandlungskapazitäten. Dort findet das Kriterium der militärischen Tugend, nämlich der Unterordnung von individuellem Wohlergehen gegenüber dem Wohl der Einheit, des Einsatzauftrags oder dem Land, Anwendung.

Letztendlich beruhen die Prinzipien von Beauchamp & Childress auf anderen Kerntugenden als auf denen des Militärs und könnten möglicherweise deshalb nur eine beschränkte Rolle bei der Entscheidungsfindung im militärmedizinischen Kontext spielen.

Es scheint, als bräuchte die Wehrmedizinethik ihre eigenen Prinzipien, welche besser zu den militärischen Kerntugenden passen.

## 2.6 *Entscheiden*

Spricht der Mensch von Entscheiden, dann geht es meist um die wichtigen Dinge im Alltag oder des Lebens: Den Arbeitsplatz kündigen? Das Studium abbrechen oder sich durchkämpfen? Doch weit mehr als 30.000 Entscheidungen pro Tag gelingen uns [149]. Wo also liegt das Problem?

Ziehe ich das T-Shirt oder das Langarm-Shirt unter die Feldbluse? Fahre ich mit dem Bus oder mit dem Auto zur Arbeit? Gehe ich heute zum Essen in die Truppenküche oder nicht? Noch einen Schluck trinken? Von diesen Entscheidungen wird nur äußerst selten gesprochen. Außer das Essen schmeckt nicht oder für das T-Shirt war es zu kalt. Und sogar dann wird nicht ausgiebig darüber gesprochen, sondern lediglich versucht vorher den Wetterbericht anzuhören oder etwas anderes zu essen. All das sind Entscheidungen, die wir im Alltag nicht nur täglich und in großer Menge treffen, sondern auch noch angemessen, sicher und zuverlässig. Wie es sich allerdings verhält, wenn zu viele Faktoren eine Rolle spielen und wenn Routine nicht mehr greift, soll in den kommenden Abschnitten dargestellt werden.

### 2.6.1 Typen von Entscheidungstheorien

Eines vorneweg: Die Entscheidungsforschung ist ein interdisziplinäres Feld. Mit Entscheidungen befassen sich neben Psychologen beispielsweise auch Soziologen, Politologen und Historiker. Je nach Forschungsfeld unterscheiden sich ihre Forschungsmethoden an sich und darin, was unter Entscheidung zu verstehen ist. Selbst innerhalb der Psychologie finden sich unterschiedliche Ansätze. Generell wird Entscheiden definiert als „Prozess des Wählens zwischen mindestens zwei Optionen, mit dem Ziel, erwünschte Konsequenzen zu erhalten und unerwünschte Konsequenzen zu vermeiden.“[10]. Im besten Fall führt der Prozess zu einer Entscheidung bzw. Wahl.

Die Teilgebiete der Entscheidungstheorien sind folgendermaßen gegliedert:

- Normative bzw. präskriptive Entscheidungstheorien;
- Deskriptive Entscheidungstheorien.

Die normative bzw. präskriptive Entscheidungstheorie will erklären, wie Entscheidungen im Idealfall gefällt werden sollten und gibt Verhaltensempfehlungen für alternative Entscheidungssituationen in der Realität [10]. Einfacher erklärt: sie geht von einem gegebenen Problem aus und beschäftigt sich mit der Frage „Wie soll entschieden werden?“. Diese Anleitungen und Regeln, die sogenannten *Axiome rationalen Entscheidens*, sind das prägende Merkmal normativer Entscheidungen und werden bei deduktiven Untersuchungen gewonnen [58]. Dabei setzen sie voraus, dass der Entscheider sich seiner Ziele und den Auswirkungen seines Handelns bewusst ist [58]. Ein zentraler Bestandteil der normativen Theorien ist auch die Entwicklung von Entscheidungsmodellen, welche das Entscheidungsproblem in abstrakter Form und formeller Sprache darstellen soll, damit die Lösung logisch abgeleitet werden kann [58]. Ein normatives Modell ist immer dann als gut zu bewerten, wenn es tatsächlich hilft Entscheidungen zu treffen, welche sich den normativen Vorstellungen von Rationalität annähern [10]. Ihr Ziel ist also zu

zeigen, wie Entscheidungen mithilfe von Regeln rational getroffen werden. Die Umsetzung der Regeln in die Praxis kann jedoch kompliziert sein, da sich allein die Bestimmung aller möglichen Optionen als schwierig erweisen kann.

Aufgrund der besonderen Relevanz für die Praxis nimmt das Entscheiden bei Unsicherheit großen Raum der normativen Entscheidungstheorie ein. Zu dieser Situation des Entscheidens begründete Bernoulli die Erwartungsnutzentheorie, welche im deutschsprachigen Raum als Bernoulli-Prinzip bekannt ist [82]. Sie basiert auf der Annahme, dass der Nutzen der getroffenen Entscheidung zu beurteilen und diejenige Alternative optimal ist, mit welcher der Erwartungswert des Nutzens hinsichtlich der Ergebnisse maximiert wird [82]. Nach dem Bernoulli-Prinzip wird die Entscheidung in zwei Schritten getroffen. Zuerst wird auf der Basis einfacher hypothetischer Entscheidungsprobleme eine Nutzenfunktion festgelegt, welche den Ergebnissen reelle Nutzenwerte zuordnet [82]. Im zweiten Schritt wird dann diejenige Alternative gewählt, deren Ergebnis dem höchsten Erwartungswert des Nutzens entspricht [82]. Führen mehrere Alternativen zu einem maximalen Erwartungswert des Nutzens, so wird nach Belieben eine dieser Alternativen in die Realität umgesetzt [82]. Seine Theorie ist dabei zum allgemein akzeptierten Standard und Grundpfeiler der normativen Entscheidungstheorie geworden [58]. Bezüglich der Darstellung der Formel wird auf den Anhang verwiesen.

Im Gegensatz dazu wollen deskriptive Theorien erklären und vorhersagen, wie Menschen tatsächlich Entscheidungen treffen und warum sie gerade in dieser und nicht auf anderer Art und Weise zustande kommen [10]. Sie wollen Gesetzmäßigkeiten identifizieren wie sich Menschen in der Realität entscheiden [37]. Dazu sollen ausgehend von Beobachtungen Hypothesen über das Verhalten des Entscheiders abgeleitet werden [10]. Hier werden Beschränkungen der Rationalität realer Entscheider erkennbar. Bereits die ersten Schwierigkeiten ergeben sich beim Erkennen und Abgrenzen des Problems. Außerdem wird es im Allgemeinen

schwierig sein bei der Alternativensuche bereits alle möglichen Alternativen und dessen Konsequenzen zu umreißen. Schon bei sehr einfachen Wahlsituationen hat sich gezeigt, dass Entscheider gegen die Anforderungen der normativen Entscheidungstheorie verstoßen [37]. Speziell Kahneman und Tversky haben in mehreren durchgeführten Forschungsarbeiten systematische Verstöße gegen die Axiome rationalen Entscheidens nachgewiesen [75]. Aus ihren Beobachtungen leiteten sie die Prospect-Theorie als alternative, deskriptive Entscheidungstheorie bei Unsicherheit ab [75]. Im Gegensatz zum Bernoulli-Prinzip geht sie davon aus, dass der Entscheider vor der eigentlichen Alternativenbewertung die Alternativen mit dessen Konsequenzen und Eintrittswahrscheinlichkeit bewerten [75]. In dieser sog. Editing-Phase erfolgt die Kodierung der Ergebnisse in Relation zu einem Referenzpunkt [58]. Darüber hinaus macht die Theorie von Kahneman und Tversky Annahmen über die Nutzen- bzw. Wertefunktion von Entscheidern und wie sie Wahrscheinlichkeiten gewichten [75]. Es wird Verlustaversion im Hinblick auf Gewinn und Verlust unterstellt sowie Risikoaversion hinsichtlich Gewinn, jedoch Risikofreude hinsichtlich Verlust [75]. Bezüglich Wahrscheinlichkeitsgewichtung bei sicheren Ereignissen werden eine Überschätzung geringer Wahrscheinlichkeiten und Unterschätzung hoher Wahrscheinlichkeiten angenommen [75]. Bezüglich der Darstellung der Formel sei auf den Anhang verwiesen.

Weitere Entscheidungsmodelle sind beispielsweise die *Präferenztheorie* (Vorzugswahl bei Sicherheit), die *Spieltheorie* (Entscheiden bei Risiko und Unsicherheit) und das Konfliktmodell der Folgenantizipation, auf welche hier nicht weiter eingegangen werden soll [48].

### 2.6.2 *Der Prozess des Entscheidens*

Zu unterscheiden ist die „Entscheidung bei Unsicherheit“, „Entscheidung bei Risiko“ und die „Entscheidung bei Sicherheit“. Wann der Zeitpunkt für eine Entscheidung bei Risiko erreicht ist, hängt vom Einzelfall ab [128]. In Rahmen dieser Arbeit kann

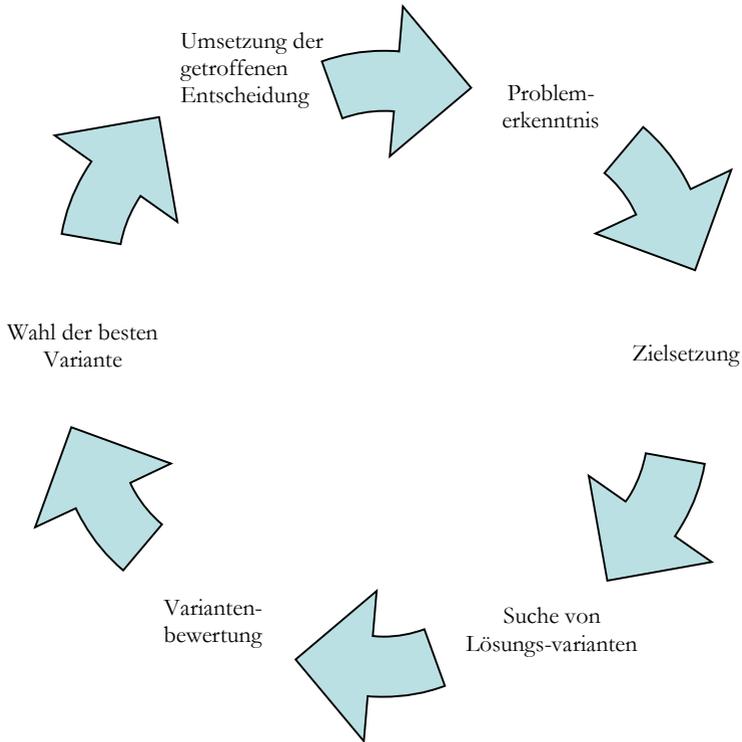
jedoch nur auf Entscheidungen bei Unsicherheit eingegangen werden.

Entscheiden lässt sich als ein im Zeitablauf vollziehender Prozess auffassen, der aus mehreren aufeinander folgenden und aufbauenden Schritten besteht. Dieser Entscheidungsprozess ist im Grunde ein Problemlösungsprozess, in dem die möglichen Lösungen des Entscheidungsproblems durch die in Erwägung gezogenen Alternativen repräsentiert werden und die tatsächliche Lösung sich durch gewählte Alternative ergibt [82]. Zur Erklärung des Entscheidungsprozesses sind verschiedene Blickwinkel möglich: psychologischer Ansatz, organisationaler Ansatz und kognitiver Ansatz. Im Rahmen dieser Arbeit wird nur auf den kognitiven Ansatz eingegangen, in welchem sich der Entscheidungsprozess modellhaft in sechs Phasen gliedern lässt [82; 128]:

1. Problemerkennntnis
2. Zielsetzung
3. Lösungsvariantensuche
4. Variantenbewertung
5. Wahl der (subjektiv) besten Variante
6. Umsetzung der Entscheidung

Der Entscheidungsprozess wird immer dann in Gang gesetzt, wenn der Entscheider erkennt, dass sich eine bestimmte Situation nicht wie erwartet entwickelt oder möglicherweise verbessert werden kann bzw. muss [82]. Die Problemerkennntnis kann routinemäßig zur Problemformulierung führen: Wenn der Trageriemen des Rettungsrucksacks gerissen ist, stellt sich unmittelbar das Problem, ob der Rucksack repariert oder einer neuer beschafft werden soll. In anders gelagerten Fällen benötigt die Problemformulierung einen langwierigen und ggf. kreativen Suchprozess mit einem deutlich benannten Entscheidungsproblem. Als nächster Schritt folgt die Präzisierung und Festlegung der Entscheidungsziele, denn Alternativen können nur bewertet werden, wenn klare Zielvorstellungen vorliegen [82]. Das Ziel ist

in aller Regel, einen bestimmten Endzustand zu erreichen. Darauf folgt die Suche nach Lösungsvarianten und deren Bewertung [82]. Grundsätzlich sind immer mehrere Möglichkeiten vorhanden, wie ein Entscheidungsproblem gelöst werden kann. Welche Ideen dabei generiert werden, hängt vom Wissensstand und der Kreativität des Entscheiders ab [20]. Je umfangreicher der Erfahrungsbereich des Entscheiders ist, desto mehr Alternativen kennt er und kann deren Konsequenzen besser abschätzen [20]. Hier werden auch die Beschränkungen und Bedingungen festgelegt denen die Problemlösung genügen muss, da es nur Sinn macht, wirklich realisierbare Alternativen zu bewerten [82]. Anschließend erfolgt die Abwägung der Alternativen gegeneinander sowie die Auswahl der im Hinblick auf die Zielsetzung besten oder zumindest guten Variante zur Problemlösung [82]. Die Durchführung der Auswahl kann sich dabei an verschiedenen Entscheidungsmodellen orientieren, deren Grundstruktur im vorherigen Kapitel erklärt wurde. Im letzten Schritt, auch Realisationsphase genannt, wird die gewählte Alternative in die Tat umgesetzt [82]. Logischerweise erfolgen während des ganzen Entscheidungsprozesses immerwährend Entscheidungen. Er ist also ein Lösungsprozess zahlreicher Einzelentscheidungsprobleme [82]. Diese eben erklärte Abfolge bringt somit die einzelnen Aktivitäten des Entscheidungsprozesses in eine gewisse Systematik, was jedoch nicht bedeutet, dass die einzelnen Aktivitäten starr getrennt voneinander ablaufen. Vielmehr besteht zwischen den einzelnen Phasen gegenseitige Abhängigkeit, sodass über die Aktivitäten der jeweiligen Phasen nur dann zielgerecht entschieden werden kann, wenn gleichzeitig Überlegungen anderer Phasen betreffend angestellt werden.



### Abb. 3: Entscheidungsprozess

Der Entscheidungsprozess beschreibt die Phasen von der Entstehung bis zur Umsetzung einer Entscheidung, wobei zwischen den einzelnen Phasen gegenseitige Abhängigkeit besteht. [adaptiert aus 66]

Innerhalb des ganzen Prozesses ändert sich zudem mehrmals das Aktivitätsniveau [128]. Sobald erkannt wird, dass eine Problemlösung und damit Entscheidung in einer Situation notwendig ist, steigt das Aktivitätsniveau. Da trotz weiteren Informationen Ziele und Aktivitäten noch unklar und ungeordnet sind, fehlt es dem Akteur an Orientierung [128]. Daraus können Spannungen, Unbehagen bis hin zu Passivität oder Ausweichverhalten entstehen. Allerdings folgt darauf eine Phase der Orientierung mit wieder steigender Aktivität und

Distanzierung von dem Problem. Nach Überwinden der Distanz ist in der neuen Aktivitätsphase die Entscheidung möglich.

### 2.6.3 *Entscheiden in komplexen Situationen*

Auch wenn es erscheint, dass medizinische Entscheidungssituationen im Militär vieles mit denen im nichtmilitärischen Alltag in der Notfallmedizin gemeinsam haben, so unterscheiden sie sich doch erheblich in den Rahmenbedingungen. Kriege werden gekämpft, gewonnen und verloren durch Menschen, die in Gruppen zusammenarbeiten. Dieses Phänomen vollzieht sich dabei unabhängig von der Hierarchie auf jeder Befehlsebene: Egal ob Infanterie-Einheit im Gefecht, die Fluggerätemechaniker im Hangar oder das Sanitätspersonal auf dem beweglichen Arzttrupp. Jeder einzelne der genannten hat dabei Entscheidungen in komplexen Situationen zu treffen.

Bei der Untersuchung menschlichen Handelns als auch von Systemen herrscht zwischen den verschiedenen Ansätzen Einigkeit über die Kernmerkmale von Komplexität. Bezogen auf die Problemlöseforschung und damit der Entscheidungsfindung sind dies:

- Großer Umfang,
- Vernetztheit und Kopplung,
- Intransparenz,
- Eigendynamik und Zeitverzögerung,
- Irreversibilität [36; 38].

Ein Merkmal ist das Vorhandensein vieler Variablen im System, zwischen denen selbst wiederum Relationen bestehen. Außerdem zeichnet sich das Problem durch einen großen Umfang aus. Beide Aspekte führen dazu, dass große Datenmengen vorhanden sind und verarbeitet werden müssen. Durch das gleichzeitige Einströmen der Informationen kommt es zur Überlastung der kognitiven Fähigkeiten und die Wahrscheinlichkeit steigt, wichtige Aspekte zu übersehen oder falsche Schlüsse zu ziehen. [38].

Ein weiteres wichtiges Merkmal ist die Vernetztheit und Kopplung. Zwischen den einzelnen Variablen bestehen Verknüpfungen, welche gegenseitig und teilweise unvorhergesehen in ihrer Art und Weise aufeinander einwirken [126]. Es entsteht ein System von einander abhängigen Variablen: Der Verwundete mit seinem Verletzungsmuster, die Lage vor Ort, die verschiedenen Berufsgruppen (Kampftruppe, Sanitäter, Aufklärer usw.). Das alles und noch vieles mehr bildet ein Geflecht aus Wechselbeziehungen, in dem eine Handlung Auswirkung auf eine andere Handlung im System hat und ggf. wiederum unvorhersehbare Entscheidungen und Handlungen nach sich zieht. Nichtbeachtung oder fehlendes Verständnis für Neben- oder Fernwirkung der der Handlung sind dabei mögliche Fehler in komplexen Situationen [126]. Je größer die Vernetztheit der Variablen ist, desto schwieriger wird es, die Konsequenzen einer Handlung zu beurteilen. Auch soziale Abhängigkeit kann zur Vernetztheit gehören [65].

Die vorher beschriebene Vernetztheit als auch der große Umfang des Problems verursachen Intransparenz. Ein Verständnis der Situation oder des Systems ist nicht umfassend möglich und seine Entwicklung kann nicht klar prognostiziert werden [5].

Außerdem sind Eigendynamik und Zeitverzögerung Merkmale von Komplexität. Die Situation entwickelt sich unabhängig vom Zutun des beteiligten Akteurs, ganz egal, ob etwas unternommen wird oder nicht [38]. Während über eine mögliche Problemlösung nachgedacht wird, entwickelt sich die Situation bereits weiter. Umso wichtiger ist es, stets über die aktuelle Lage informiert zu sein und Lage vor Ort nicht hinterher zu laufen. Es können ebenfalls unerwartete Effekte und damit verbundene Zeitverzögerungen entstehen, da sich nicht alle Neben- und Langzeiteffekte unmittelbar zeigen [5]. Die medizinische Versorgung des Aufständischen kann beispielsweise ermöglichen, dass er nach seiner Genesung wieder Soldaten angreift und im schlimmsten Fall tötet (als Langzeitwirkung der Handlung).

Durchlaufene Entwicklungen der Situation bzw. Systems sind nicht reversibel [126]. Eine einmal getroffene Entscheidung muss mit all ihren gewollten und ungewollten Auswirkungen hingenommen werden. Der Akteur erhält in der Regel nur einen einzigen Versuch, das Richtige zu tun. Ein Handeln nach dem Prinzip „try and error“ kann in militärischen Situationen tödlich enden.

Alle diese Kernmerkmale für Komplexität treffen auf Entscheidungen über Leben und Tod zu. Und zwar unabhängig, ob im nichtmilitärischen oder militärischen Bereich. Zum Berufsfeld des militärischen NotSan gehören nun einmal vor allem kritische bzw. entscheidende Situationen zum Alltag im Auslandseinsatz; also Situationen, in denen die Entscheidung des Handelnden den Ausgang der Situation bestimmt. Erschwerend kommt hinzu, dass es bei getroffenen Entscheidungen häufig unklar ist, ob der gewünschte Effekt eintreten wird. Umso wichtiger scheint es, vorher mögliche Erfolgswahrscheinlichkeiten und unerwünschte Konsequenzen zu bedenken. Es besteht jedoch immer ein Entscheidungsbedarf, welcher auf allen Ebenen des Handelns notwendig ist.

Durch die Vielzahl an Einflussgrößen werden kognitive Ressourcen stark belastet und wichtige Informationen sind nicht zugänglich [65]. Besonders häufig trifft der Soldat eine unklare Ausgangslage an und kennt die Rahmenbedingungen nur vage. Zudem muss im Militär bzw. in der Gefechtssituation innerhalb weniger Sekunden eine Entscheidung unter hoher Belastung getroffen werden, von welcher Menschenleben abhängig sind und die getroffene Entscheidung moralisch als auch ethisch vertreten werden muss. „Gutes“ Entscheiden in komplexen Situationen kann folglich nur als Prozess beschrieben werden und schließt deshalb Zielbildung, Informationsmanagement, Modellbildung als Verknüpfung von Einzelinformationen, Planen, Entscheiden, Kontrolle und Selbstreflexion ein [65].

Überdies ist das problemlösende Verhalten der Akteure zu betrachten. Dabei treten die im Folgenden beschriebenen

Probleme nicht isoliert auf, sondern beeinflussen sich teilweise gegenseitig. Folgende Fehler stehen beispielhaft für Probleme mit Komplexität:

- Verfolgung eines Ziels ohne Prioritäten zu setzen: Es werden nur die gerade anstehenden Probleme gelöst;
- Neigung, das Denken zu vereinfachen: Es werden einfache Erklärungen bevorzugt;
- Fehlende Analyse von Fern- und Nebenwirkungen;
- Planungsoptimismus: Ein Scheitern oder negative Konsequenzen werden ausgeblendet; eine Alternativplanung unterbleibt;
- Selektive Informationsgewinnung: Es werden nur Informationen gesammelt und bearbeitet, die zur eigenen Ansicht passen;
- Übergeneralisierung: In der Vergangenheit bereits dienliche Denkmodelle werden ohne vorherige Prüfung auf die neue Situation übertragen;
- Flucht vor der Wirklichkeit: Es wird das geplant, was man gut kann [65].

Die hier angeschnittenen Phänomene und Mechanismen zeigen, dass das gesamte psychische System darauf hin arbeitet sich selbst zumindest kurzfristig handlungsfähig zu halten [65]. Dabei setzt es alle verfügbare, jedoch nicht immer sachlich zielführende Mittel ein [65]. Es ist aber zu berücksichtigen, dass den beschriebenen Anforderungen Menschen gegenüber stehen, die mit ihren jeweiligen psychischen, emotionale und physischen Ressourcen in Teams verankert sind und in einem vorgegebenen System mit Regeln und Gesetzen handeln müssen. Dies gelingt nicht immer und eröffnet deshalb die beschriebenen Problembereiche. Handlungsfehler kommen somit bei fast jeder Entscheidung vor. Wird die Überforderung durch Komplexität zu groß, zeigen sich die wie beschrieben extremere Verhaltensweisen [65].

#### 2.6.4 *Entscheiden unter Unsicherheit*

Zu unterscheiden ist die „Entscheidung bei Unsicherheit“, „Entscheidung bei Risiko“ und die „Entscheidung bei Sicherheit“. Wann der Zeitpunkt für eine Entscheidung bei Risiko erreicht ist, hängt von Einzelfall ab [5]. Im Rahmen dieser Arbeit kann aufgrund des beschränkten Umfangs keine umfassende Übersicht über alle drei Bereiche gegeben sondern nur auf Entscheidungen bei Unsicherheit eingegangen werden.

Menschliche Entscheidungen können auf zwei Arten ausgelöst werden: Einerseits geht einer Handlung eine bewusste Entscheidung als Reaktion auf ein Ereignis oder als gezielte Aktion voraus. Andererseits kann es aber auch eine reflexartige Handlung des Menschen auf einen bestimmten Auslösereiz sein. Was von einem Individuum als unsichere oder kritische Situation empfunden wird, ist gleichwohl sehr vom jeweiligen Menschen abhängig. Einerseits können Menschen bereits Alltagssituationen als hochgradig stressend empfinden. Andererseits gibt es Personengruppen wie Eliteeinheiten, die aufgrund von Auswahl und Training erst sehr spät Stress empfinden.

Die unsichere Situation definiert sich dabei als Sachlage, die als eine abgrenzbare Phase in einem Gesamtprozess eine wesentliche Veränderung in der Prozessentwicklung nach sich zieht und schnelle Entscheidungen auf der Grundlage ungenügender Informationen erfordert [4]. Grundsätzlich kann jeder Mensch oder Organisation in eine solche Situation geraten. Dagegen agieren Angehörige bestimmter Zielgruppen routinemäßig in unsicheren Situationen, da die Notfallorganisation die Normalorganisation ist [3]. Beispielfhaft können Behörden mit Sicherheitsaufgaben (Polizei, Feuerwehr, Rettungsdienste, Verfassungsschutz usw.) oder Organisationen für Sicherheit (Versorgung und Infrastruktur) genannt werden. Die betrifft auch das Militär und insbesondere Gefechtssituationen. Das Problemlösungsverhalten ist dabei eine Mischung aus Disposition und Improvisation [128]. Unter Disposition werden vorgedachte, geplante Handlungsmöglichkeiten für vorher festgelegte bzw. erwartete Lagen verstanden. Improvisation

findet immer dann statt, wenn Bedingungen, Faktoren oder Abläufe von vorausgedachten Lagen abweichen [128]. Das bedeutet, von vorgegebenen Lösungspfaden wird in kleinen Nuancen abgewichen, um sie den konkreten Gegebenheiten vor Ort anzupassen. Kritisch wird es immer dann, wenn etwas gänzlich anders oder Unerwartetes abläuft und Routine nicht mehr greift [4].

Mögliche Entscheidungsmethoden für unsichere Situationen sind der Ablauf programmierter Entscheidungen, reflexhafter Handlungen sowie das Abrufen vorgedachter Entscheidungen [129]. Zudem ist das Erwerben von Handlungskompetenz notwendig um neuartige, seltene oder komplizierte Entscheidungssituationen mittels nicht-programmierten Entscheidungen zu lösen.

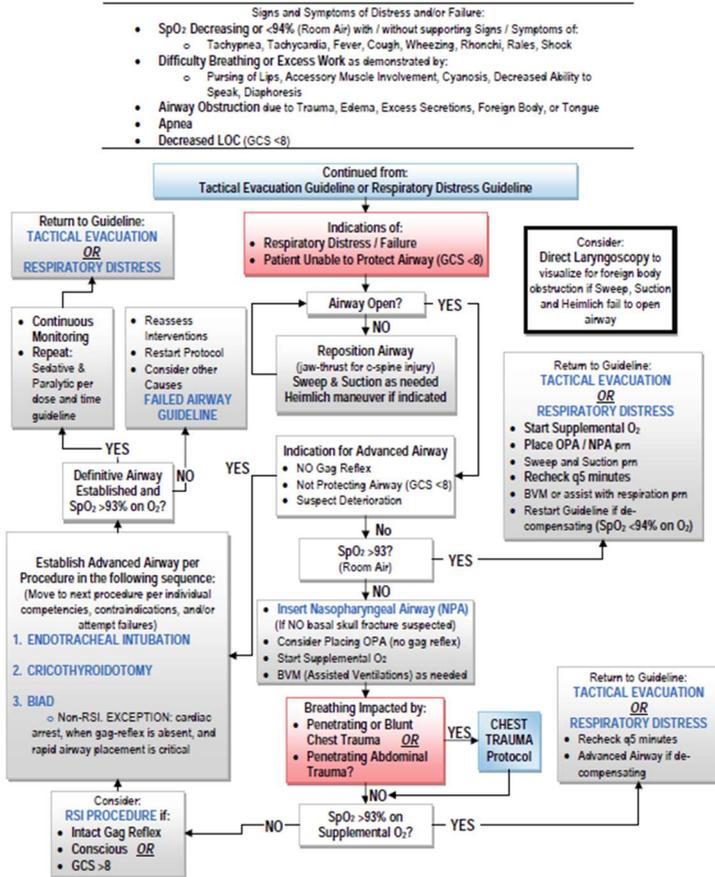
Programmierte Entscheidungen basieren auf Wenn-Dann-Situationen [129]. Es werden hierbei für vorher festgelegte Lagen mehr oder weniger detaillierte Lösungspfade und Handlungsanweisungen festgelegt. Dies kann in Form von Dienstvorschriften, Erlasse oder Einsatzbefehle erfolgen. Sie bilden somit Grundstrukturen für Entscheidungen in bestimmten, zu erwartenden Situationen.

Mitarbeiter in Risikobranchen müssen sich für vorhersehbare gefährliche und insbesondere lebensbedrohliche Situationen feste Handlungsmuster antrainieren, welche bei bestimmten Reizen eine unbewusst ablaufende Aktion auslösen [128]. Das Erkennen der Situation und die Entscheidung zu Handeln oder nicht, geschehen zwar bewusst (in weniger als einer Sekunde), das darauffolgende Handlungsmuster läuft jedoch reflexhaft ab [12]. Eine solche eben gezeichnete Situation wäre zum Beispiel die Notwehrsituationen für Polizisten und Soldaten, d.h. ein lebensbedrohlicher Angriff, welcher eine sofortige Reaktion in Form des Schusswaffengebrauchs erfordert. Ähnlich verhält es sich auch für Notfallsanitäter im Gefecht: Das Erfassen, welcher Kamerad verletzt ist, geschieht unbewusst innerhalb kürzester Zeit und setzt die reflexhafte Handlung der Verwundetenversorgung in Gang. Das Erkennen des

Auslösereizes muss vorher jedoch Teil eines Trainings sein, bei dem der Schwerpunkt auf die Eindeutigkeit des Auslösereizes liegen muss [128]. Dies zielt darauf ab, einerseits potentiell tödliche Fehlreaktionen zu vermeiden und andererseits den lebensrettenden Fall eintreten zu lassen [128]. Damit Handlungsrouninen zu erlernten Reflexen werden, müssen sie mittels Wiederholung und Drill antrainiert werden [12]. Für bedrohliche Situationen kann diese reflexhafte Handlung lebensrettend sein: Das Ziehen der Waffe aus dem Holster, das Zielen, das Spannen und Abdrücken des Abzugs müssen unbewusst ablaufen. Dem Handelnden obliegt es jedoch nach wie vor zu prüfen, ob die Situation dem antizipierten und zulässigen Auslösereiz für die reflexhafte Handlungsrounne entspricht.

Checklisten sind eine weitere und weit verbreitete Form von Wenn-Dann-Entscheidungen (Abb. 5) [128]. Sie sind vergleichsweise einfache vorgedachte Entscheidungen und als knappe Handlungsanweisung mit Stichwörtern konzipiert. Die Stichwörter leiten den Nutzer an, bei bestimmten Zuständen eine Auflistung von eskalierenden Aktionen oder Zustandsüberprüfungen durchzuführen. Etwas aufwändiger sind Handlungsalgorithmen mit verzweigten oder vernetzten Handlungssträngen (Abb. 4).

# AIRWAY



64

Abb. 4: Wenn-Dann-Entscheidung als Handlungsalgorithmus  
Wenn-Dann-Entscheidung mit verzweigten und vernetzten Handlungssträngen.  
Hier wurde ein Algorithmus bezüglich des Atemwegmanagements verfasst. [123]

# PRE-FLIGHT CHECKLIST

(for Critical Care and Post-Surgical Transfers)

Once the decision is made to transfer a patient and an accepting physician has been obtained, the following steps will be taken to prepare the patient for transport:

Initials	Evaluation Steps
	1. Sending location/physician: _____ Accepting location/physician: _____ Flight nurse called: name / time: _____
	2. Anesthesia called: intubation if indicated. ETT secured/marked
	3. Patient meets criteria for en route critical care transport: risk documented by sending physician <a href="#">[POST-OPERATIVE and CC INTRAFACILITY TRANSFER, Pre-Transfer Patient Status Requirements]</a>
	Preparation Steps
	Positioning and Proper Monitoring:
	1. Patient moved to litter (collapsible handles), positioned, padded, strapped, equipment (with necessary attachments) added and secured.
	2. For head-injured patients, a pre-sedation neurologic examination will be performed. GCS and neurological exam documented on the en route care form, suggest placing patient sitting at 30°-45°. (For eye injured patients, fox shield in place. For burn patients, <a href="#">JTS burn sheet initiated</a> .)
	3. Ventilator switched to PMI vent at least 20-30 min prior to flight and set with transfer settings ordered by physician.
	4. IV / IO access verified, patent, and secured.
	5. Arterial line inserted and secured, if indicated. Transducer accessible.
	6. Ventilator tubing checked to be free from obstruction, with ETCO <sub>2</sub> and secondary lines attached.
	7. Orogastric or nasogastric tube is inserted (unless contraindicated), placement verified with chest x-ray, and attached to low-intermittent suction.
	8. Chest tubes to water seal/suction (place Heimlich valve for non-atrium chest drainage systems).
	9. Wound vacuum disconnected and stowed.
	10. Foley catheter secured, urine output measured and documented.
	Equipment, Medication, Chart, and Personnel Preparation:
	11. Medications needed for flight prepared and organized.
	12. Flight equipment bag obtained and checked. Backup pulse oximeter readily available.
	13. Complete chart photocopied (including x-ray cd), patient belongings bagged and tagged. Transfer Document, or other theater / unit approved transfer document, has been initiated.
	14. Earplugs and eye protection for patient and flight nurse.
	15. If facility sends medical attendant, attendant must have relevant personal protective equipment. In a combat environment this includes: Uniform, Kevlar, IBA, Weapon, ID Card, and equipment for transport.
	Ventilator Management:
	16. Blood gas (preferably ABG) obtained, 15 min after initial settings and ventilator changes. All efforts will be made to have a documented blood gas within 30 minutes prior to flight time.
	17. Adjust ventilator settings and check O <sub>2</sub> tank for length of flight. Resuscitator bag under patient's head with tubing connected to O <sub>2</sub> source, vent tubing free from obstruction.
	Final Verification:
	18. Transferring Physician, Flight Paramedic, ECCN (or Flight Provider) verbally agrees to flight care plan.
	19. Critical Care Transfer Orders reviewed and signed by transferring physician. <a href="#">[STANDARD ORDER SET for CRITICAL CARE TRANSFERS]</a>
	20. Enroute CC Transfer Document with completed preflight and enroute care data handed over to and confirmed by receiving provider / facility. <a href="#">[CENTCOM Transfer Document]</a>

## Abb. 5: Wenn-Dann-Entscheidung als Checkliste

Checkliste als Wenn-Dann-Entscheidung mit knappen Handlungsanweisungen und Aufforderung zu Zustandsüberprüfungen. Hier wurde eine Checkliste zur Überprüfung des Patientenzustands vor dem Flug konzipiert. [132]

Noch etwas komplexer und aufwändiger bezüglich der Erstellung sind vorformulierte und schriftlich formulierte Entscheidungen, welche als Rahmenbefehle ausgegeben werden können. Rahmenbefehle enthalten Textpassagen mit ergänzungsbedürftigen Angaben für bestimmte Lagen mit strategischen und taktischen Zielvorgaben und Maßnahmen. So gibt die Bundeswehr beispielsweise die *Taschenkarte zu den Regeln für die Anwendung militärischer Gewalt* heraus und legt damit im Vorhinein fest, wann militärische Gewalt angewendet werden darf und wann nicht. Insgesamt entlasten die oben aufgeführten programmierten Entscheidungshilfen dessen Anwender und sparen wertvolle Reaktionszeit. Vor allem können in der Vorbereitung dieser Hilfen Experten hinzugezogen werden, was in der eingetretenen bzw. konkreten Situation nicht möglich ist.

Sich nur auf programmierte Entscheidungen zu stützen wäre aufgrund der Kosten und Mühseligkeit der Erstellung nicht umsetzbar. Zudem ist es nicht möglich, alle denkbaren Situationen zu erfassen und mit Handlungsanweisungen zu versehen. Nicht-programmierbare Entscheidungen finden deshalb Verwendung bei neuartigen, seltenen oder komplizierten Entscheidungen [128]. Der Mensch ist mit seinen kognitiven Fähigkeiten jedoch nur begrenzt fähig, derart komplexe Zusammenhänge zu überblicken [128]. Wie bereits im vorherigen Kapitel erläutert, scheint es besonders schwierig, Wechselwirkungen zwischen den einzelnen Elementen und den ablaufenden Prozessen sowie die Dynamik der Situation zu erkennen [128]. Bei solchen Arten von Entscheidungen wird vom Akteur ein hohes Maß an Handlungskompetenz als auch Entscheidungs- und Problemlösungstechniken verlangt [128]. Der erste Schritt zum Erwerb dieser Fähigkeiten ist das Wissen um systematische Zusammenhänge, welches durch Schulung und Berufserfahrung erlangt wird. In der Praxis ist das Treffen von nicht-programmierten Entscheidungen im Militär routinemäßig ausgebildet und wird durch die Anwendung von

Entscheidungsmethoden, z.B. die Beurteilung der Eigen- und Feindlage, professionell gehandhabt [68].

Entscheidungen können auch durch die Nutzung von Schwarmintelligenz im Sinne von Teamarbeit erleichtert werden [60]. Thielmann ist der Ansicht, dass selbst bei schnell zu treffenden Entscheidungen meist ein kleines Zeitfenster bleibt, um sich zu beraten [128]. Fraglich ist, ob dies auf dem Gefechtsfeld tatsächlich umsetzbar ist. Im Gegensatz dazu gibt es auch Wissenschaftler, welche die sogenannte „Bauchentscheidung“ als Form der nicht-programmierbaren Entscheidung gerade für unsichere Situationen als angemessene Methode halten [52]. Diese Ansicht soll jedoch nicht dazu verleiten, sich nur noch auf „Bauchentscheidungen“ zu verlassen. Neben der Ausbildung ist es wichtig, Erfahrungen aufzubauen um spontane Entscheidungsprozesse zu ermöglichen und zu optimieren. Dies kann nur durch Übung und Training sowie Hospitation bei erfahrenen Entscheidern geschehen.

### 3 Methoden

Der Zweck dieser Studie war das Finden möglicher Ursachen für interessante Variablen, da bisher nur wenig über die Entscheidungen an sich und dessen Motive bekannt war. Um Ursachen und Zusammenhänge zu erschließen, wurde ein explorativer Ansatz gewählt. Hierbei stand das Verschaffen eines Einblicks über den Forschungsgegenstand dessen Strukturierung im Vordergrund. Anschließend wurde die explorative mit der hypothesenprüfenden Forschung kombiniert. Dies geschah indem zusätzlich Annahmen abgeleitet wurden und diese in Form von Hypothesen getestet wurden ob diese zutreffen. Zusätzlich erfolgte eine Gruppierung der freien Antworten aus den gestellten Szenarien in Haupt- und Subgruppen.

#### *3.1 Darstellung des methodischen Vorgehens*

Als Erhebungsinstrument der empirischen Untersuchung wurde eine Onlinebefragung in Form eines standardisierten Fragebogens durchgeführt. Der Aufbau des Fragebogens orientierte sich dabei an den allgemein gültigen Regeln. Zudem wurde vor der eigentlichen Befragung ein Pretest durchgeführt um mögliche heikle Fragen und Problemen vorzubeugen. Zur Erstellung des Fragebogens und Durchführung der Onlinebefragung kam die Software „SoSci Survey“ zur Anwendung.

Die Basis der empirischen Untersuchung bildete ein standardisierter Fragebogen. Aufgrund des explorativen Charakters der Arbeit schien das Erhebungsinstrument der schriftlichen Befragung in Form eines standardisierten Fragebogens geeignet, die eingangs gestellte Forschungsfrage systematisch und zielgerichtet empirisch zu überprüfen. Grundsätzlich wurden hypothesengerichtete Fragen gestellt, die sich, sofern vorhanden, an der wissenschaftlichen Literatur zum Thema orientierten. Als Layout wurde eine neutrale Darstellung

des Fragebogens gewählt, welche die Unabhängigkeit der Studie zur Bundeswehr betonen sollte.

Gemäß der hier beschriebenen Vorgehensweise und Anforderungen war der Fragebogen wie folgt aufgebaut: In der Begrüßung wurde der potentielle Befragungsteilnehmer über das Ziel der Studie, den Zeitaufwand der Befragung, die Freiwilligkeit und die Möglichkeit des Abbruchs zu jedem Zeitpunkt der Befragung aufgeklärt. Um die Bereitschaft der Befragten zur Teilnahme zu erhöhen, wurde hier völlige Anonymität zugesichert und dass keine Weitergabe der erhobenen Daten an die Bundeswehr erfolgt. Zudem wurden die Wichtigkeit und Sinnhaftigkeit ihrer Teilnahme verdeutlicht. Am Ende der Begrüßung erfolgte die obligatorische Aufklärung bezüglich des in Deutschland geltenden Datenschutzes. Als nächstes folgten die Ausfüllhinweise mit der Angabe, dass aufgrund der besseren Übersicht nur die männliche Form verwendet wird. Es wurde mit der Bitte darauf hingewiesen, alle Fragen genau zu lesen und ehrlich zu beantworten sowie bei den vorgestellten Szenarien nicht lange zu überlegen, damit die Einsatzrealität, im Sinne von Zeitdruck, zumindest annähernd abgebildet werden kann. Zudem wurde der Befragungsteilnehmer über die Antwortmöglichkeiten und die Kategorie „sonstiges mit Freitext“ aufgeklärt.

Anschließend erfolgte der Einstieg in die eigentliche Befragung mit fünf Fragenkomplexen. Der Fragenkomplex „soziodemographischen Daten“ teilte sich in zwei Bereiche. Erste Daten wurden am Anfang der Befragung erhoben um die gewünschte Population zu erhalten. Alle restlichen soziodemographischen Daten wurden am Ende der Befragung erhoben. Diese Strategie wurde verfolgt, damit Teilnehmer, die bis zum Ende der Befragung durchgehalten haben, die Befragung nicht mehr wegen der Aufforderung zur Abgabe soziodemographischer Daten abbrechen.

Der zweite Fragenkomplex beschäftigte sich mit der Selbsteinschätzung bezüglich Optimismus und Pessimismus des Teilnehmers. Hier wurde die bereits validierte Allgemeine

Selbstwirksamkeit Kurzskaala (ASKU) und Skala Optimismus-Pessimismus-2 (SOP2) verwendet. An ihr schloss sich der dritte Fragenkomplex mit einer Einstellungsmessung bezüglich militärischem und medizinischem Selbstverständnis an. Dieser Fragenkomplex wurde bewusst hier platziert um die Teilnehmer auf das Thema einzustimmen, jedoch auch damit die Antworten nicht durch die gestellten Szenarien beeinflusst werden.

Hierauf folgend beschäftigte sich der vierte Fragenkomplex mit drei konkreten Szenarien, in welchen sich der Befragte bei der Verwundetenversorgung zwischen dem eigenen Kameraden und dem feindlichen Kämpfer bzw. Aufständischen entscheiden musste. Zudem erfolgte die Abfrage der Handlungsmotive jedes Szenarios in Form von Freitext als auch allgemeiner Bedenken und Schwierigkeiten bei der Entscheidungsfindung. Die allgemeinen Handlungsintentionen mit Item-Vorschlägen wurden erst nach der Bearbeitung aller Szenarien erfasst um die Entscheidung bei den Szenarien nicht zu beeinflussen.

Im fünften und letzten Teil wurden dem Teilnehmer Fragen zur Rechtslage, bekannten ethischen Richtlinien einschließlich soldatischem Wertebewusstsein und Furcht vor Konsequenzen gestellt. Auf der vorletzten Seite hatte der Befragte die Möglichkeit sich zum Fragebogen zu äußern sowie Kommentare und Anregungen zu hinterlassen. Hier wurde viel Raum für Text gelassen um damit reales Interesse an den Kommentaren zu bekunden. Zum Schluss erfolgte die Danksagung an die Befragungsteilnehmer, die Angabe der Erreichbarkeit des Durchführenden via E-Mail sowie die Verabschiedung.

Insgesamt enthielt die Befragung 29 Fragen, welche sich nach Themengebieten gliederten. Die geschlossenen Fragen waren grundsätzlich als Aussagen formuliert, zu welchen die Studienteilnehmer Stellung beziehen sollten. Neben den geschlossenen Fragen wurden drei offene Fragen formuliert. Diese wurden immer dann eingesetzt, wenn die Teilnehmer nicht durch Antwortvorga-

ben oder Staffellungen eingeschränkt werden sollten. Offene Fragen wurden bei der Erhebung von Motivationsgründen ihrer Entscheidung eingesetzt. Dies vermied eine Richtungsvorgabe und verringerte das Risiko, dass eine Kategorie nur genannt wird, weil sie eine Auswahlmöglichkeit war und nicht, weil sie die tatsächliche Meinung des Befragten widerspiegelt [156]. Zudem muss sich der Befragte nicht an die vorgegebenen Antwortkategorien halten, sondern kann seine Antwort selbst verbalisieren. Die Verwendung dieses Typs erfolgte jedoch sparsam um die Teilnehmer nicht zu überfordern [156]. Ebenfalls genutzt wurden halboffene Fragen. Hier hatten die Teilnehmer bei zwei Fragen die Möglichkeit, aus den gegebenen Antwortkategorien auszuwählen oder als weitere Option selbst eine Antwort zu formulieren. Dieser Fragentyp ist immer dann von Vorteil, wenn bei komplexen Themen die Zahl der Antwortmöglichkeiten sehr groß und unüberschaubar ist [123]. Die Ausführlichkeit der Antwort bei offenen und halboffenen Fragen wurde durch die Formatierung des Textfeldes gesteuert.

Bei den im Fragebogen verwendeten Szenarien wurde ein dichotomes Antwortformat gewählt. Es handelte sich dabei um die sog. *Forced-Choice-Methode* [123]. Hierbei werden dem Befragungsteilnehmer nur zwei Antwortmöglichkeiten angeboten und dementsprechend eine Entscheidung erzwungen. Dieses Format bot sich besonders an für die Evaluierung der getroffenen Entscheidung in den Szenarien, da auf diese Weise die Realität im Auslandseinsatz abgebildet werden konnte. Für den Großteil der Fragen wurde ein mehrkategorielles Antwortformat verwendet. Die Mehrstufigkeit der Ratingskala entsprach dabei dem Bedürfnis der befragten Personen nach differenzierter Darstellung ihrer Aussagen [123]. Zum Einsatz kamen, abhängig von der jeweiligen Frage; unipolare als auch bipolare Ratingskalen. Im Sinne der *Forced-Choice-Methode* fanden überwiegend Viererskalen Verwendung, da die Verwendung von Mittelkategorien einen ungünstigen Einfluss auf den Informationsgehalt des Fragebogens haben kann [123]. Zudem wurde ungeraden Skalen eine Tendenz zur Mittelkategorie sowie ein Verleiten zum Ankreuzen der Mittelkategorie bei fehlen-

der Meinungsbildung oder Antwortverweigerung unterstellt [123]. Als Ausnahme kam eine Fünferskala und zwei Siebenerskalen zur Verwendung, welche jedoch durch die beiden bereits validierten Testverfahren (ASKU; SOP2) festgelegt waren. Da es sich um Fragen handelte, welche auf die subjektive Wahrnehmung und Einstellung des Befragten abzielte, erfolgte die Art der Etikettierung als verbale Skalenbezeichnung der Endpunkte mit zusätzlicher graphischer, horizontaler Verankerung. Der Vorteil verbaler Skalenbezeichnung lag darin, dass durch die sprachliche Beschreibung die Antwortstufen für die Teilnehmer in gewisser Art und Weise vereinheitlicht wurden [123]. Eine Markierung mit Ziffern erfolgte nicht um eine mögliche subjektive Wahrnehmung unterschiedlicher Abstände zu vermeiden [96].

Bei der Fragenkonstruktion wurde darauf geachtet, dass die Fragen und Aussagen verständlich und leicht zu beantworten waren, da dies eine Voraussetzung für eine möglichst fehlerfreie Datenerhebung ist [84]. Die Verwendung von unbekanntem und wenig geläufigen Begriffen sowie Abkürzungen wurde vermieden, da diese nicht oder unterschiedlich verstanden werden können. Der Zielgruppe geläufige Fachbegriffe aus dem medizinischen und militärischen Bereich wurden beibehalten. Die Vermeidung doppelter Stimuli, hypothetischer Fragen, Negationen und doppelten Verneinungen sowie Suggestivfragen wurde angestrebt. Außerdem wurde darauf geachtet, dass die Antwortmöglichkeiten eindeutig formuliert, erschöpfend sowie widerspruchs- und überschneidungsfrei sind. Damit keine Irritationen bei den Befragten auftauchen konnten, waren die Antwortkategorien an den Fragentext angepasst. Grundsätzlich war nur eine Einfachnennung bezüglich der Antworten möglich. Bei der Abfrage der allgemeinen Handlungsintention und bekannten Ethikkodizes war eine Mehrfachnennung möglich. Diese Fragen wurden durch einen Hinweis in den Anweisungen gekennzeichnet. Im soziodemographischen Teil wurde an einer Stelle nach exakten Quantifizierungen gefragt. Dies betraf die Frage nach der Anzahl der bereits absolvierten Auslandseinsätze. Es wurde davon

ausgegangen, dass diese Frage trotz des langen Zeitraums, auf den sie sich bezog einfach zu beantworten sein würde, da das abgefragte Ereignis zum Berufsleben eines Soldaten gehört. Sie wurde als offene Frage mit der Mindestzahl „1“ formuliert, da sie gleichzeitig als Filterfrage genutzt wurde um an die gewünschte Population zu kommen. Lediglich bei einer Frage erfolgte ein direkter Vergleich innerhalb einer Frage, und zwar bezüglich der Identifikation mit Soldatsein und medizinischem Beruf. Hier konnte ein Einfluss der Vergleichsrichtung nicht ausgeschlossen werden. Eine einzelne Bewertung mittels der Teilnehmer kam hier nicht in Frage, da die Befragten bewusst zum Thema Identifikation Stellung beziehen sollten. Die Einstufung als „heikle“ Fragen könnte bei den Fragen nach den Entscheidungen bezüglich der medizinischen Versorgung von Kamerad und feindlichem Kämpfer erfolgen. Eine Frage ist immer dann „heikel“, wenn der Befragungsperson aufgrund verinnerlichter sozialer Normen bewusst wird, dass eine bestimmte Antwort auf die Frage eine Verletzung bestehender sozialer Normen oder allgemein eine Erwartung negativer Sanktionierung verbunden ist [18]. Als heikle Fragen könnten demnach die Fragen bezüglich den Entscheidungen zwischen der medizinischen Versorgung von Kamerad und feindlichem Kämpfer empfunden haben. Um diese möglicherweise heiklen Fragen zu entschärfen, wurden der Zielperson bereits bei der Begrüßung absolute Vertraulichkeit bzw. Anonymität dessen Angaben und absolute Konsequenzlosigkeit der gegebenen Antworten versichert.

Um zu vermeiden, dass Studienteilnehmer mit Fragen konfrontiert werden, die auf sie nicht zutreffen, wurde mit sogenannten Filtern gearbeitet [110]. Zum Einsatz kamen punktuelle Filter, welche bei der Erhebung soziodemographischen Daten zum Erreichen der Zielpopulation verwendet wurden. Bei der Filterführung galt, dass nur diejenigen Teilnehmer, welche auf eine bestimmte Frage eine bestimmte Antwort gaben, gefiltert werden. Wurde eine dieser vorher festgelegten Antwortoptionen ausgewählt, so wurde der Verabschiedungstext angezeigt und das

Interview beendet. Interne Filter kamen nicht zur Anwendung. Damit ein möglichst komplett ausgefüllter Fragebogen entstand, wurde die Prüfungsfunktion der verwendeten Software genutzt. Dadurch wurde grundsätzlich bei fehlenden Antworten nachgehakt. Bei Fragen mit besonderer Relevanz für die Studie musste die Frage beantwortet werden.

Nach der Entwicklung des Fragebogens wurde vor dessen Anwendung in einem Pretest (Standardbeobachtungspretest) die Brauchbarkeit und Qualität anhand einer Stichprobe von sieben Befragten untersucht. Ziel war es, die Bearbeitungsdauer heraus zu finden und die Verständlichkeit des Inhalts zu prüfen. Es traten keine grundsätzlichen Schwierigkeiten auf. Lediglich kleine sprachliche und inhaltliche Änderungen waren notwendig. Mit der Durchführung des Pretests konnte sichergestellt werden, dass die substantielle Tiefe als auch der Umfang des Fragebogens für die Zielpopulation angemessen war.

Für die Datenerhebung wurde die Software „SoSci Survey“ verwendet, welche zur Erstellung von Onlinefragebögen und Onlinebefragungen geeignet ist. Ihre Nutzung benötigte keine Softwareinstallation, sondern war per Browser möglich. Der mittels Software erstellte Fragebogen konnte den Personen zur Beantwortung über eine Internetadresse (URL) zur Verfügung gestellt werden. Die Speicherung der erhobenen Daten erfolgte automatisch in einer Cloud, welche dem jeweiligen registrierten Nutzer von „SoSci Survey“ zugeordnet wird. Die erhobenen Daten des Befragungsprojekts wurden für mindestens drei Monate ab Erhebungsende gespeichert. Der Befragte konnte seine Antworten zu den Fragen durch Auswahloptionen oder durch Eingabe von Text hinterlassen. Er musste sich nicht registrieren. Von den gespeicherten Datensätzen konnte nicht auf den Befragungsteilnehmer geschlossen werden. Die in Deutschland geltenden Datenschutzvorschriften wurden eingehalten.

### 3.2 Darstellung der Stichprobe

Zur Rekrutierung der Studienteilnehmer war der Fragebogen über einen Link der Umfragesoftware online gestellt. Dieser Link zur Umfrage wurde per E-Mail mit Bitte um Verteilung im Sinne eines Schneeball-Systems an mögliche Zielpersonen und Interessenten versendet [104]. Außerdem erfolgte die Veröffentlichung der Umfrage-Link in mehreren, der Zielpopulation entsprechenden Facebook-Gruppen als Beitrag, welche aus Tabelle 1 zu entnehmen sind. Zudem musste der Befragungszeitraum von ursprünglich geplanten zwei Wochen auf zwei Monate ausgedehnt werden. Dieses Vorgehen machten die zu dem Zeitpunkt herrschende COVID-19-Pandemie und die damit verbundenen Einschränkungen notwendig.

Facebook-Gruppe	Anzahl der Mitglieder
Next Generation Combat Medic	50.800
Special Operations Medicine	10.000
Tactical Emergency Medicine	45.600
68WF2: U.S. Army Critical Care Flight Paramedic	733
National Association of Emergency Medical Technicians	31.600
Paramedics on Facebook	60.800

**Tabelle 1: Übersicht der Facebook-Gruppen einschließlich Anzahl der Mitglieder**

Die Tabelle zeigt alle Facebook-Gruppen nach absteigender Relevanz, in welchen der Link zur Umfrage als Beitrag eingestellt wurde.

Der Online-Fragebogen wurde im Befragungszeitraum 8. April 2020 bis 8. Juni 2020 insgesamt 230mal aufgerufen. 85 Personen erfüllten die Einschlusskriterien. Davon konnten 59 Fragebögen

ausgewertet werden, da diese nahezu komplett ausgefüllt und somit verwertbar waren.

Die Ein- und Ausschlusskriterien ergaben sich aus der gesuchten Zielgruppe. Sie umfasste alle RettAss / NotSan, welche hauptberuflich in einer Streitkraft dienten und mindestens einmal an einem Auslandseinsatz teilgenommen hatten. Reservendienstleistende, welche vorher nicht als Zeit- oder Berufssoldat dienten, wurden ausgeschlossen. Als Zeit- / Berufssoldat waren alle Personen definiert, welche sich aufgrund freiwilliger Verpflichtung auf bestimmte Zeit oder auf Lebenszeit in einem Wehrdienstverhältnis befinden. Als aktiver oder früherer Soldat galten alle Personen, welche zum Zeitpunkt der Datenerhebung oder in der Vergangenheit mindestens in einem Wehrdienstverhältnis auf Zeit waren. Der Qualifikation „NotSan / RettAss“ entsprach jede Person, welche die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung NotSan bzw. RettAss oder eine gleichwertige notfallmedizinische Qualifikation besaß. Im angloamerikanischen Sprachraum entsprach dies dem Paramedic / Combat Medic. Als Auslandseinsatz galt jeder vom Deutschen Bundestag mandatierte Einsatz der Bundeswehr sowie ausgewiesene internationale Missionen anderer Länder wie beispielsweise Operation Enduring Freedom (OEF). Aus den Einschlusskriterien ergaben sich die Ausschlusskriterien. In Hinblick auf die Nationalität der Teilnehmer gab es keine Beschränkungen. In die Stichprobe aufgenommen wurden nur Personen, die alle drei Voraussetzungen erfüllten. Für alle anderen wurde die Umfrage bei Nicht-Erfüllen der Einschlusskriterien automatisch beendet.

Als Auswahlverfahren für die Stichprobenziehung wurde die Selbstselektion als eine Form der willkürlichen Stichprobenziehung verwendet, weil die im Rahmen der Stichprobe untersuchten Personen nicht durch ein zufälliges oder systematisches Stichprobenverfahren selektiert wurden, sondern selbst die Entscheidung trafen zur Stichprobe zu gehören indem sie den Online-Fragebogen ausfüllten. Die Stichprobe war als

„merkmalspezifisch“ repräsentativ anzusehen, da ihre Zusammensetzung hinsichtlich einiger relevanter Merkmale der Populationszusammensetzung entsprach. Dazu gehörten:

- Aktiver oder früherer Zeit- / Berufssoldat,
- Notfallmedizinische Qualifikation (RettAss und höher),
- Absolvierung von mindestens einem Auslandseinsatz,
- Erfahrung im Auslandseinsatz als medizinisches Fachpersonal,
- Altersspanne von 20 bis 60 Jahre,
- Einschluss aller Geschlechter.

Die verwendete Art der Stichprobenziehung führte jedoch dazu, dass die Stichprobe als nicht repräsentativ anzusehen und deshalb Rückschlüsse auf die Eigenschaften der Grundgesamtheit nur in eingeschränktem Maß zulässig waren, obwohl die soziodemographischen Merkmale der untersuchten Personen mit denen der Grundgesamtheit übereinstimmten.

Aufgrund der klaren und zugespitzten Fragestellung der vorliegenden Arbeit handelte es sich bei der Befragungspopulation um eine verhältnismäßig kleine Grundgesamtheit. Zudem war der Stichprobenumfang durch die sehr spezielle zu untersuchende Befragungspopulation beschränkt, da keine in Ausbildung zum NotSan befindliche Personen und keine nicht-militärischen NotSan eingeschlossen werden konnten sowie mindestens ein Auslandseinsatz Voraussetzung war. Erschwerend kam hinzu, dass aufgrund der COVID-19-Pandemie viele nationale und internationale Institutionen geschlossen und die Erreichbarkeit potenzieller Zielpersonen limitiert war. Zumindest konnten mit Hilfe der Online-Befragung alle relevanten Aspekte zielgenau abgefragt werden.

Die Auswahl der Zielpopulation fußte auf mehreren Überlegungen, welche im Folgenden dargestellt werden. Die Zielpopulation sollte nur aus aktiven und ehemaligen Zeit- / Berufssoldaten bestehen damit sichergestellt war, dass sie über ein

bestimmtes Maß an soldatischer bzw. dienstlicher Erfahrung mitbringen. Reservisten, welche nur ihre Wehrpflicht leisteten, wurden nicht eingeschlossen, da sie lediglich über Erfahrungen aus Wehrübungen (ca. 4 Wochen im Jahr) oder Dienstlichen Veranstaltungen (DVag), welche nicht mit dem soldatischen Alltag zu vergleichen sind. Gleiches gilt für ehemalige Wehrpflichtleistende, da diese nur eine geringe Zeit im aktiven Dienst waren und nur über einen beschränkten Einblick in den dienstlichen Alltag verfügen. Die Beschränkung auf NotSan ergab sich daraus, dass dies die Einsatzrealität am besten abbildet. Sofern im Auslandseinsatz kein Arzt verfügbar ist, was aufgrund des Ärztemangels häufig der Fall ist, hat der NotSan als höchstqualifizierter vor Ort die medizinischen Entscheidungen zu treffen. Zudem kommen immer häufiger nicht-arztbesetzte Rettungsmittel außerhalb des Lagers zum Einsatz. Zwar ist immer ein Einsatzsanitäter (entspricht der Qualifikation Rettungssanitäter) mit auf dem gepanzerten Fahrzeug, welcher jedoch als Kraftfahrer dient und in aller Regel nicht zur Verwundetenversorgung absieht. Angehende NotSan wurden ausgeschlossen, weil diese noch keine medizinische Erfahrung besitzen. Das Gleiche gilt für Personen ohne Auslandserfahrung in Bezug auf die dortige Belastung und den Alltag im Einsatz (Klima, Feuergefecht, eingeschworene Gemeinschaft, Verantwortung für „seine“ Soldaten zu haben).

### *3.3 Darstellung der Hypothesen*

1. Lässt sich die getroffene Entscheidung des NotSan bei gleich schwerer Verwundung von Kamerad und feindlichen Kämpfer anhand von Merkmalen des NotSan unterscheiden?
2. Lässt sich die Entscheidung des NotSan bei extrem ungleicher Verwundung (Feind schwer, Kamerad leicht) anhand von Merkmalen des NotSan unterscheiden?
3. Lässt sich die Entscheidung des NotSan bei mäßig ungleicher Verwundung (Feind lebensbedrohlich, Kamerad droht der

Verlust der Beine) anhand von Merkmalen des NotSan unterscheiden?

4. NotSan folgen bei der Entscheidung, wer zuerst behandelt werden soll, mehr den ethischen Verpflichtungen als den rechtlichen Vorgaben.
5. Je schwieriger dem NotSan erscheint, militärische und medizinische Bedürfnisse in Einklang zu bringen, als desto schwieriger wird die Entscheidung zwischen den beiden Verwundeten bzgl. der Verwundetenversorgung empfunden.

Folgende Merkmale wurden in den Hypothesen 1 – 3 verwendet:

- Formale Bildung
- Lebensalter
- Familienstand
- Land des Auslandseinsatzes
- Anzahl der Einsätze
- Abgeleistete Dienstzeit
- Ethiktraining erhalten
- Erleben eines Dilemmas im Einsatz
- Bedenken bei der Entscheidung
- Stärke der Identität mit Soldatentum bzw. Medizinischem Beruf
- Allgemeine Handlungsintention bei den drei vorgestellten Szenarien
- Bekannt sein der rechtlichen Konsequenzen
- Bekannt sein eines / mehreren Ethikkodex für Rettungsdienstpersonal
- Soldatisches Wertebewusstsein
- Furcht vor rechtlichen Konsequenzen, wenn er den Kameraden behandelt

- Furcht vor rechtlichen Konsequenzen, wenn er den Feind behandelt

### 3.4 *Vorgehen bei der Auswertung und statistischer Analyse*

Für die statistische Auswertung der Fragestellungen wurde die Statistik-Software SPSS Version 25 von IBM verwendet.

Die Frage danach ob sich die getroffenen Entscheidungen des NotSan bei den unterschiedlichen Szenarien (gleich schwerer (H1) / extrem ungleicher (H2) / mäßig ungleicher Verwundung (H3)) anhand von Merkmalen des NotSan unterscheiden lassen wurde durch Anwendung einer hierarchischen Clusteranalyse mittels Ward-Methode geprüft, es sich um kleine Datenmengen handelte. Als Intervallmaßstab wurde die quadrierte euklidische Distanz gewählt und eine z-Standardisierung durchgeführt, um alle Variablen gleich zu gewichten. Dabei wurden die Untersuchungsobjekte so zu natürlichen Gruppen zusammengefasst, dass zwischen den Gruppen möglichst wenig Ähnlichkeit, aber in sich Homogenität bestand.

Als Auswertungsverfahren zur Beantwortung der Fragestellung ob NotSan bei ihrer Entscheidung mehr den ethischen Verpflichtungen als den rechtlichen Vorgaben folgen, kam die deskriptive Statistik zum Einsatz. Bei dem deskriptiven Vorgehen wurden die freien Antworten der Studienteilnehmer in Gruppen verschiedener Ordnung überführt.

Die Hypothese 5 (H5) wurde mittels Rangkorrelationsanalyse nach Spearman überprüft, da diese den linearen Zusammenhang zweier mindestens ordinalskalierten Variablen berechnet. Um alle Einzelaspekte der militärischen und medizinischen Bedürfnisse in Bezug auf die empfundene Schwierigkeit, eine Entscheidung zu treffen, zu untersuchen wurde für jede Aussage eine Rangkorrelationsanalyse nach Spearman durchgeführt. Nachdem der Zusammenhang zweier Variablen untersucht wurde, fand die Prüfung eines „bivariaten Zusammenhangs“ statt. Zur Orientierung wie groß der gefundene

Zusammenhang ist, wurde die Einteilung nach Cohen herangezogen.

Zur Validierung des Fragebogens wurden die psychologischen Tests ASKU und SOP2 verwendet.

## 4 Ergebnisse

Dieser Abschnitt liefert die gefundenen Ergebnisse der durchgeführten Online-Befragung. Als Grundlage der durchgeführten Studie werden die soziodemographischen Daten der Studienteilnehmer dargestellt. Als Hauptaspekt der Studie schließen sich die Ergebnisse der Entscheidungen in den Szenarien 1 bis 3 sowie den zugehörigen freien Antworten bezüglich der Handlungsintention an. Danach erfolgt die Darstellung der Ergebnisse bezüglich den Rechtsfragen sowie Fragen zu den militärischen und medizinischen Bedürfnissen. Anschließend werden die Antworten zum Themenbereich Ethik beschrieben. Zuletzt wird die Werteverteilung bezüglich der subjektiven Kompetenzerwartung sowie des psychologischen Merkmals Optimismus-Pessimismus angegeben.

### 4.1 Soziodemographische Daten

Insgesamt wurde die Homepage der Umfrage 439mal aufgerufen, davon starteten 230 Personen nach der Einführung in die Studie die Umfrage. Die Einschlusskriterien erfüllten 85 Personen. 51 Personen (86,44% Vollendungsquote) bearbeiteten den Fragebogen bis zur letzten Seite. 8 Personen füllten den Fragebogen bis einschließlich Seite 17 (Entscheidungsfindung in Szenario 1) aus.

Das Durchschnittsalter der Teilnehmer betrug 38 Jahre. Etwa die Hälfte war zum Zeitpunkt der Teilnahme verheiratet und besaß einen Hochschulabschluss oder Studium. 50 Teilnehmer waren männlich und 9 weiblich. Ein Drittel war bereits in AFG im Auslandseinsatz, gefolgt von Irak (17,33%), Kosovo (17,33%) und Mali (5,33%). Ca. 27% gaben „andere“ als Einsatzland an, wobei eine Mehrfachnennung möglich war. Im Durchschnitt absolvierten die Teilnehmer zwei Auslandseinsätze, wobei das Maximum bei 7 Einsätzen lag. Die bis zum Zeitpunkt der

Teilnahme abgeleistete Dienstzeit betrug im Mittel 10 Jahre, mit einer Standardabweichung (SD) von  $\pm 6,45$  Jahren. Von den teilnehmenden Personen dienten 29 (46,78%) der Bundesrepublik Deutschland, gefolgt von den USA (45,16%). Zwei Personen (3,23%) dienten in den Streitkräften des Vereinigten Königreichs und jeweils eine Person (1,61%) in den norwegischen, kanadischen und österreichischen Streitkräften. Weitere Details der soziodemographischen Angaben finden sich in Tabelle 2.

Charakteristik	Häufigkeit	%	Mittelwert	SD	Min/Max
<i>N=59</i>					
Geschlecht					
Männlich	50	84,75			
Weiblich	9	15,25			
Alter	<i>N=59</i>				
In Jahre			37,85	$\pm 9,17$	24 / 60
Familienstand	<i>N=59</i>				
Ledig	14	20,73			
Mit Partner zusammen lebend	10	19,95			
verheiratet	32	54,24			
geschieden	3	5,08			
Formale Bildung	<i>N=59</i>				
Realschule	13	22,03			
Fachhochschulreife	11	18,64			
Abitur	6	10,18			
Studium / Hochschulabschluss	27	45,76			
anderer	2	3,39			
Dienstzeit	<i>N=59</i>				
In Jahre			10,38	$\pm 6,45$	1 / 33
Absolvierte Einsätze	<i>N=59</i>				
Anzahl			2,29	$\pm 1,58$	1 / 7

Einsatzland	N=75	
Afghanistan	25	33,34
Kosovo	13	17,33
Mali	4	5,33
Irak	13	17,33
Andere	20	26,67
In welchem Land gedient	N=62	
Deutschland	29	46,78
USA	28	45,16
Großbritannien	2	3,23
Canada	1	1,61
Norwegen	1	1,61
Österreich	1	1,61

**Tabelle 2: Soziodemographische Angaben der Studienteilnehmer**

Aufschlüsselung der soziodemographischen Daten bezüglich absoluter und relativer Häufigkeit, Mittelwert, Standardabweichung sowie Minimum und Maximum der Ergebnisse; SD: Standardabweichung

*4.2 Entscheidungen in den Szenarien und Ergebnisse der Clusteranalyse*

In Szenario 1, in welchem der Kamerad als auch der feindliche Kämpfer gleich schwer verwundet sind, entschieden sich 59 (100%) Teilnehmer für die Rettung des Kameraden. In Szenario 2, in welchem der Kamerad leicht verletzt und der feindliche Kämpfer schwer verletzt sind, folglich extrem ungleiche Verletzungen aufweisen, entschieden sich 15 (27,27%) Teilnehmer für die Verwundetenversorgung des Kameraden und 40 (72,73%) für den feindlichen Kämpfer. 4 Teilnehmer brachen hier die Befragung ab. In Szenario 3, in welchem der Kamerad von Verlust von Extremitäten bedroht war und der feindliche Kämpfer lebensbedrohlich verwundet war, entschieden sich 47 (87,04) für die Versorgung des Kameraden und 7 (12,96%) für die Behandlung des feindlichen Kämpfers. Ein weiterer Teilnehmer brach hier die Befragung ab. Eine Übersicht über die Verteilung der Häufigkeiten liefert Tabelle 3.

Wertelabel	Häufigkeit	Prozent
<i>Gleich schwere Verwundung</i>		
Kamerad	N=59 59	100
Feindlicher Kämpfer	0	0
<i>Extrem ungleiche Verwundung</i>		
Kamerad	N=55 15	27,27
Feindlicher Kämpfer	40	72,73
<i>Mäßig ungleiche Verwundung</i>		
Kamerad	N=54 47	87,04
Feindlicher Kämpfer	7	12,96

**Tabelle 3: Werteverteilung der getroffenen Entscheidungen in den Szenarien 1 bis 3**

Im ersten vorgestellten Szenario mit gleich schwerer Verwundung beider Personen entschieden sich 100% der Studienteilnehmer für den verwundeten Kameraden. Bei extrem ungleicher Verwundung gaben ca. 73% der Studienteilnehmer an, den schwerer verwundeten feindlichen Kämpfer zu versorgen. Im letzten Szenario, in welchem der Kamerad von Verlust der Funktionsfähigkeit seiner Beine bedroht war gaben ca. 87% an, sich für den Kameraden zu entscheiden.

Anschließend erfolgt die Darstellung der Ergebnisse der hierarchischen Clusteranalyse mittels Ward-Methode, ob sich die getroffenen Entscheidungen des NotSan bei gleich schwerer Verwundung von Kamerad und feindlichen Kämpfer anhand von Merkmalen des NotSan unterscheiden lässt.

Die Clusteranalyse ergab, dass sich die getroffene Entscheidung des NotSan bei gleich schwerer Verwundung von Kamerad und feindlichen Kämpfer (Szenario 1) anhand von verschiedenen Merkmalen insgesamt sechs Cluster bildeten. Es zeigte sich, dass NotSan, welche gar nicht mit den soldatischen Pflichten und Tugenden vertraut sind auch sehr starke Furcht vor rechtlichen Konsequenzen haben, wenn sie den verwundeten

Kameraden behandeln (Cluster 1). Cluster 2 beschreibt alle NotSan, welche sich stark mit ihrem medizinischen Beruf identifizieren, bereits im Auslandseinsatz bezogen auf ihre Funktion als Sanitätspersonal in einem rechtlich-ethischem Dilemma befanden und aufgrund von Zufall, Loyalität gegenüber den eigenen Kameraden oder Überwiegen der nationalen Sicherheit gegenüber Interessen der Allgemeinheit entscheiden. In Cluster 3 werden alle NotSan vereinigt, welche sechs oder sieben Auslandseinsätze absolvierten. Zudem zeigte sich in Cluster 4, dass NotSan, welche sehr starke Furcht vor Konsequenzen haben, wenn sie den Kameraden behandeln auch sehr starke Furcht vor Konsequenzen haben, wenn sie den feindlichen Kämpfer versorgen. Außerdem waren diese NotSan eher wenig vertraut mit den soldatischen Werten und Tugenden und entschieden aufgrund der herrschenden Rechtslage, der Schwere der Verwundung oder ethischen Normen. Cluster 5 vereinigt alle bereits in AFG oder Irak stationierten NotSan, welche sich stärker mit dem Soldatentum als dem medizinischen Beruf identifizierten. Überdies absolvierten diese Soldaten mehr als 5mal ein Ethiktraining und entscheiden sich in der Art und Weise wegen beschränkter medizinischer Ressourcen, dem Auftrag bzw. Mandat der Bundeswehr oder ihres medizinischen Berufsverständnisses. Dagegen beschreibt Cluster 6 alle NotSan, die sich aufgrund von Kameradschaft entschieden und mit den soldatischen Pflichten und Tugenden etwas oder sehr gut vertraut waren. Ferner hatten sie gar nicht oder nicht Furcht vor rechtlichen Konsequenzen, wenn sie den Kameraden behandeln. Gleiches galt für die Behandlung des feindlichen Kämpfers.

Die zweite Clusteranalyse ergab, dass sich die getroffene Entscheidung des NotSan bei extrem ungleich schwerer Verwundung von Kamerad und feindlichen Kämpfer (Szenario 2) anhand von verschiedenen Merkmalen in insgesamt sechs Cluster einteilen lassen. Cluster 1 beschreibt alle NotSan, welche sich bei der Behandlung für den Kameraden entschieden und kaum Furcht vor Konsequenzen hatten, wenn sie den Kameraden behandeln

sowie alle NotSan, welche sich bei der Behandlung für den feindlichen Kämpfer entschieden haben und sehr starke Furcht hatten, wenn sie den Kameraden behandeln. In Cluster 2 werden alle NotSan zusammengefasst, die sich für die Versorgung des feindlichen Kämpfers entschieden haben und gar nicht mit den rechtlichen Vorgaben vertraut waren. Als weitere Personengruppe für Cluster 2 ergibt sich die Gruppe der NotSan, welche sich für den Kameraden entschieden, Zufall oder das Überwiegen der nationalen Sicherheit als Hauptmotiv aufwiesen und kaum oder mäßig Bedenken bezüglich rechtlicher Konsequenzen hatten. Darüber hinaus fürchteten sie sich gar nicht oder nicht vor Konsequenzen, sollten sie den Feind medizinische versorgen. Cluster 3 vereint alle NotSan, welche sich aufgrund von Ressourcenmangel für einen der beiden Verwundeten entschieden und sehr stark rechtliche Bedenken bei ihrer Entscheidung hatten. Cluster 4 beschreibt einerseits die Gruppe der NotSan, welche sich für die Behandlung des Kameraden entschied, bereits in AFG stationiert war und dort ein rechtlich-ethisches Dilemma bezogen auf ihre Funktion als Sanitätspersonal erlebt hatte. Ferner charakterisiert diese Gruppe die fehlenden Bedenken bezüglich rechtlicher Konsequenzen, die Behandlungsentscheidung aufgrund Art der Verwundung sowie die Identifikation mit dem medizinischen Beruf anstatt dem Soldatentum. Andererseits beschreibt dieses Cluster auch die Gruppe der NotSan, die sich für die Versorgung des feindlichen Kämpfers entschied. Sie vereinigt alle Soldaten, welche bereits im Kosovo-Einsatz waren, noch kein rechtlich-ethisches Dilemma erlebten und null- bis fünfmal ein Ethiktraining erhalten hatten. Ferner charakterisiert diese Gruppe die Behandlungsentscheidung aufgrund rechtlicher Vorgaben, ethischer Normen und Loyalität gegenüber den eigenen Kameraden sowie die Identifikation mit dem Soldatentum. Cluster 5 vereint alle NotSan, welche sich für die Behandlung des feindlichen Kämpfers entscheiden und sehr gut mit den rechtlichen Vorgaben vertraut waren, nach denen sie handeln sollen. Cluster 6 umfasst nur NotSan, welche sich bei der

Verwundetenversorgung für den Kameraden entschieden: Sie identifizierten sich überdies stark mit dem Soldatentum und waren mit den soldatischen Pflichten und Tugenden gut oder sehr gut vertraut. Zudem waren sie mit den rechtlichen Vorgaben sehr vertraut und entschieden sich aus Loyalität für die Behandlung des Kameraden.

Die dritte Clusteranalyse ergab, dass sich die getroffene Entscheidung des NotSan bei mäßig ungleich schwerer Verwundung von Kamerad und feindlichen Kämpfer (Szenario 3) anhand von verschiedenen Merkmalen in insgesamt sieben Cluster einteilen lassen. Cluster 1 fasst einerseits alle NotSan zusammen, welche der Ansicht sind, die nationale Sicherheit stünde über den Interessen der Allgemeinheit und sich gleichzeitig für die Versorgung des Kameraden entschieden. Andererseits gehören zu diesem Cluster auch alle NotSan, die sich für die Behandlung des Feindes aussprachen und aufgrund ihres medizinischen Berufsverständnisses entschieden. Sie wiesen überdies kaum Bedenken bezüglich rechtlicher Konsequenzen auf. Cluster 2 schließt einerseits alle NotSan ein, denen die soldatischen Pflichten und Tugenden gar nicht bekannt waren und sich für die Versorgung des Kameraden entschieden. Andererseits beinhaltet dieses Cluster alle NotSan, welche sich bei der Verwundetenversorgung für den feindlichen Kämpfer entschieden und bereits zwei- oder dreimal ein Ethiktraining erhalten hatten. Zudem war diesen Soldaten die Rechtslage nicht bekannt und fürchteten sich eher vor Konsequenzen, wenn sie den Feind behandeln. In Cluster 3 sind alle NotSan vereinigt, welche sich aufgrund ethischer Normen für einen der beiden Verwundeten entschieden. Cluster 4 vereinigt einerseits alle NotSan, welche sich für die medizinische Versorgung des Kameraden entschieden und stark oder sehr stark rechtliche Konsequenzen fürchteten, sofern sie den Feind behandeln. Andererseits vereinigt das Cluster alle NotSan, die sich für die Behandlung des Feindes entschieden, sich eher mit dem ihrem medizinischen Beruf identifizierten und gar nicht mit den rechtlichen Vorgaben vertraut waren, nach denen sie

handeln sollen. Diese Gruppe kennzeichnet zudem die fehlende Furcht vor Konsequenzen, wenn sie den Kameraden oder den Feind behandeln. Beide Gruppen des Cluster 4 hatten bereits mehrfach ein Ethiktraining erhalten. Dagegen beschreibt Cluster 5 nur NotSan, welche sich für die medizinische Versorgung des verwundeten Kameraden entschieden und aufgrund des Mandats der Bundeswehr oder rechtlichen Vorgaben entschieden. Diese Personengruppe absolvierte überdies bereits zwischen zwei und sieben Auslandseinsätze und war bereits in AFG und / oder Irak stationiert. Cluster 6 vereint zum einen alle NotSan, welche sich aufgrund von Kameradschaft für die Behandlung des eigenen Kameraden entschieden. Zum anderen vereinigt sie alle NotSan, welche sich für die Behandlung des feindlichen Kämpfers entschieden, sich mehr mit ihrem medizinischen Beruf als mit dem Soldatentum identifizierten und bereits zwischen einen und drei Auslandseinsätze absolviert haben. Sie entschieden sich aufgrund des herrschenden Ressourcenmangels oder ihres medizinischen Berufsverständnisses und waren gut mit den soldatischen Pflichten und Tugenden vertraut. Zudem kennzeichnet diese Gruppe, dass sie bei ihrer Entscheidung sehr starke Bedenken bezüglich rechtlicher Konsequenzen aufwiesen. Sie fürchteten entweder sehr stark oder kaum rechtliche Konsequenzen, wenn sie ihren verwundeten Kameraden versorgen und zeitgleich sehr stark, wenn sie den Feind behandeln. Cluster 7 fasst die Gruppe der NotSan zusammen, welche sich für die Behandlung des feindlichen Kämpfers entschieden und denen zeitgleich die Rechtslage nach der sie handeln sollen gut bekannt war. Zu diesem Cluster gehören ebenfalls die NotSan, die sich mit dem Soldatentum identifizierten und aufgrund Kameradschaft und Loyalität ihre Entscheidung trafen. Zudem wiesen sie eine gute und sehr gute Kenntnis über die rechtlichen Vorgaben und die soldatischen Pflichten und Tugenden auf. Dazu fürchteten sie weder bei der Behandlung des Kameraden noch des Feindes rechtliche Konsequenzen.

### 4.3 *Allgemeine Handlungsintention und Schwierigkeiten bei der Entscheidungsfindung*

Zudem wurde die allgemeine Handlungsintention der Studienteilnehmer abgefragt. Dabei konnten die Studienteilnehmer maximal drei Items auswählen. Außerdem bestand die Möglichkeit bei dem Item „Sonstige“ eigene Angaben zu machen, wovon eine Person Gebrauch machte („time, resources and threat to mission success“). Insgesamt wurden von den Studienteilnehmern 158 Handlungsmotive angegeben. Die drei häufigsten Gründe waren beschränkte Ressourcen (23,42%), gefolgt von Loyalität gegenüber Kameraden (20,89%) und Kameradschaft (15,82%). Kaum eine Rolle spielten dagegen das Überwiegen der nationalen Sicherheit über den Interessen des Individuums (1,27%) und das medizinische Berufsverständnis (4,43%). Die zur Verfügung gestandenen Items und genauere Aufschlüsselung können aus Tabelle 4 entnommen werden. In Gruppen zusammengefasst führte die Kategorie „Fürsorge“ mit 44,3% die Gründe an. Darauf folgte die Angabe „Ressourcenknappheit“ mit 23,42% und Gruppe rechtlicher Gründe mit 13,92%. Sonstige Gründe und die Kategorie „medizinische Notwendigkeiten“ bildeten mit 10,76% bzw. 6,96% das Schlusslicht.

Bei der Frage zur allgemein empfundenen Schwierigkeit beim Treffen der Entscheidung in den Szenarien gaben insgesamt 51 Studienteilnehmer eine Antwort. Fast die Hälfte aller Teilnehmer (43,15%) gab an, dass sie das Entscheiden zwischen der Versorgung des Kameraden und des feindlichen Kämpfers als leicht empfanden. Dagegen empfanden nur 11,76% der Teilnehmer das Entscheiden als schwierig. Bei der Zusammenfassung der ermittelten Daten in Bezug auf die empfundene Schwierigkeit empfanden 80,40% das Entscheiden in den Szenarien als sehr leicht oder leicht. Dagegen gaben nur 19,60% an, dies als schwierig oder sehr schwierig empfunden zu haben. Die zur Verfügung gestandenen Items und genauere Aufschlüsselung können aus Tabelle 5 entnommen werden.

Wertelabel	Häufigkeit	Prozent
	<i>N=158</i>	
Kameradschaft	25	15,82
Rechtliche Vorgaben	11	6,96
Sichtbare Begleitverletzung	11	6,96
Ethische Normen	12	7,59
Beschränkte medizinische Ressourcen	37	23,42
Loyalität gegenüber Kameraden	33	20,89
Medizinisches Berufsverständnis	7	4,43
Zufall	8	5,06
Nationale Sicherheit steht über den Bedürfnissen des Individuums	2	1,27
Auftrag / Mandat	11	6,96
Sonstige	1	1,63

**Tabelle 4: Werteverteilung in Bezug auf die allgemeine Handlungsintention**

Als häufigste Handlungsintention wurden beschränkte medizinische Ressourcen angegeben. Dabei konnten die Studienteilnehmer maximal drei der vorgegebenen Items wählen.

Wertelabel	Häufigkeiten	Prozent	
<i>Schwierigkeiten beim Entscheiden</i>		<i>N=51</i>	
Sehr leicht	19	37,25	} 80,40%
Leicht	22	43,15	
Schwierig	6	11,76	} 19,60%
Sehr schwierig	4	7,84	

**Tabelle 5: Schwere der allgemein empfundenen Schwierigkeit beim Entscheiden**

Fast die Hälfte aller Teilnehmer (43,15%) gab an, dass sie das Entscheiden zwischen der Versorgung des Kameraden und des feindlichen Kämpfers als leicht empfanden. Dagegen empfanden nur 7,84% der Teilnehmer das Entscheiden als schwierig. Bei der Zusammenfassung der ermittelten Daten empfanden 80,40% der Studienteilnehmer das Entscheiden als sehr leicht oder leicht.

#### 4.4 Gruppierung der freien Antworten aus den Szenarien 1 bis 3

Um die freien Antworten bezüglich der Hauptmotive der gestellten Szenarien auswerten zu können, wurden Gruppierungen verschiedener Ordnung durchgeführt. Dabei konnten Hauptkategorien für die Bereiche Medizinische Notwendigkeit, Fürsorge, Recht sowie eine Kategorie als Zusammenfassung sonstiger Angaben ermittelt werden. Unter „Medizinische Notwendigkeit“ wurden alle freien Antworten zusammengefasst, welche sich den notwendigen Behandlungsmaßnahmen der professionellen Heilkunde zuordnen ließen. Der Kategorie „Fürsorge“ wurden alle freien Angaben zugeordnet, welche sich mit der Sorge für andere Personen / -gruppen in besonderen Lebenslagen und Notsituationen beschäftigten. Als vorletzte Hauptkategorie wurden alle Angaben vereinigt, welche staatlich festgelegten Normen menschlichen Verhaltens zugeordnet werden konnten. In der letzten Kategorie fand eine Zusammenfassung aller anderen Faktoren statt, welche angegeben wurden. Es ergaben sich somit vier Hauptgruppen. Aus dieser Vorsortierung wurden wiederum 11 Subkategorien gebildet, welche die Angaben der

Studienteilnehmer detaillierter aufschlüsselten. Diese Subkategorien sowie Beispiele zugeordneter freier Antworten sind in Tabelle 6 aufgeführt.

Zudem gab es Antworten, welche besonders auffielen. Dazu gehörten folgende Aussagen:

- „er würde das Gleiche für mich tun“
- „Warum hilft man jemanden, der einen vorher das Leben nehmen wollte?“
- „kämpfen für die gleiche Seite“
- „duty and training dictate decision“
- “life, limb, eyesight kommen vor dem Leben des Feindes”

Auffällig war ebenso, dass die Entscheidung sehr häufig nach der geschätzten Sichtungskategorie getroffen wurde, aber dabei die Einbeziehung und Orientierung der ungeschriebenen Regel „Leben, Gliedmaßen, Augenlicht“ erfolgte. Sehr häufig verwiesen die Studienteilnehmer auch auf die Selbst- und Kameradenhilfe für den leicht verwundeten Kameraden unter gleichzeitiger Versorgung des schwerer verletzten, feindlichen Kämpfers.

Haupt-kategorie	Subkategorie	Beschreibung der Hauptkategorie	Beispiele gegebener Antworten
Medizinische Notwendigkeit	Triage / Sichtungskategorie  life, limb, eyesight / ungeschriebene medizinische Regeln Selbst- / Kameradenhilfe	Zum Zeitpunkt der Versorgung objektiv notwendige Behandlungsmaßnahme der professionalisierten Heilkunde	Umfasst Gründe wie Vorgaben durch Sichtungsalgorithmus; Grundsatz Leben, Leib, Augenlicht; Anleitung zur Selbst- / Kameradenhilfe;

Hauptkategorie	Subkategorie	Beschreibung der Hauptkategorie	Beispiele gegebener Antworten
Fürsorge	Kameradschaft Freund vor Feind Erhalt der Leistungsfähigkeit	Übernommene Sorge für andere Personen / -gruppen in besonderen Lebenslagen oder Notsituationen	Umfasst Gründe wie Kameradenrettung; Zugehörigkeit; Freund vor Feind; er würde das Gleiche für mich tun; Loyalität, Erhalt der Kampfkraft und Moral der Truppe; Teambedürfnisse
Recht	Mandat / Einsatzauftrag Dienstpflichten als Sanitätspersonal	Staatlich festgelegte Normen menschlichen Verhaltens	Umfasst Gründe wie Auftragsausführung, Wohl der Soldaten; eigener Auftrag; job responsive; Verantwortung gegenüber Bundeswehr / NATO;
Sonstige	Ressourcenmangel Eigenschutz Erreichbarkeit	Andere Faktoren, welche die Entscheidung beeinflussen	Umfasst Gründe wie Mangel an Verbrauchsmaterial, beschränkte Ressourcen; unklare Sicherheitslage; Schädigungsabsicht des feindlichen Kämpfers; direkte Erreichbarkeit

**Tabelle 6: Gebildete Haupt- und Subkategorien der Faktoren, welche die Entscheidung beeinflussen**

Insgesamt waren vier Hauptgruppen und 11 Subgruppen aus den freien Antworten der Studienteilnehmer erkennbar. Besonders auffällig war dabei die Nennung „Schädigungsabsicht des feindlichen Kämpfers“.

#### 4.5 *Recht*

Um mögliche rechtliche Bedenken zu erfahren wurden insgesamt vier Fragen zum Themenkomplex gestellt.

Als Einstieg wurde gefragt, inwieweit die Studienteilnehmer bei ihrer Entscheidung Bedenken bezüglich rechtlicher Konsequenzen hatten. Insgesamt beantworteten 51 Personen diese Frage. Jeweils 21 Personen hatten gar nicht oder nur wenig Bedenken, was insgesamt 82,36% der Studienteilnehmer entsprach. Dagegen gaben nur 4 Personen Bedenken oder sehr Bedenken an, was 17,63% entsprach. Zudem wurden die Teilnehmer befragt, ob sie mit den rechtlichen Vorgaben vertraut sind, nach denen sie in solchen Situationen handeln sollen. Von den insgesamt 51 Personen gaben 4 (7,85%) bzw. 14 (27,45%) Personen an gar nicht bzw. kaum mit der Rechtslage vertraut zu sein. Jedoch berichteten insgesamt mehr als zwei Drittel der Studienteilnehmer an, dass sie mit den rechtlichen Vorgaben gut oder sehr vertraut sind.

Etwa 9 von 10 Studienteilnehmern gaben an, gar nicht oder nicht rechtliche Konsequenzen zu fürchten, wenn sie den verwundeten Kameraden behandeln. Vier (7,84%) Teilnehmer nannten starke und eine (1,96%) Person sehr starke Furcht vor Konsequenzen.

Ähnliche Ergebnisse lieferte die Frage, wenn sie den verwundeten Aufständischen behandeln. Hier nannten 8 von 10 Studienteilnehmer gar nicht oder nicht Angst vor Konsequenzen zu haben sofern sie den Aufständischen behandeln. Fünf (9,80%) nannten starke und vier Personen (7,85%) sehr starke Angst vor den Konsequenzen zu haben. Die zur Verfügung gestandenen Items und dessen genauere Aufschlüsselung können aus Tabelle 7 entnommen werden.

Wertelabel	Häufigkeiten	Prozent		
<i>Bedenken bzgl. rechtlicher</i>				
<i>Konsequenzen ihrer Entscheidung</i>				
Gar nicht	1 21	41,18	}	82,36%
	2 21	41,18		
	3 4	7,84	}	17,64%
Sehr	4 5	9,80		
<i>Kennen der rechtlichen Vorgaben</i>				
Gar nicht	1 4	7,85	}	64,70%
	2 14	27,45		
	3 19	37,25	}	35,3%
Sehr	4 14	27,45		
<i>Furcht vor Konsequenzen wenn</i>				
<i>Kamerad behandeln</i>				
Gar nicht	1 29	56,87	}	90,20%
	2 17	33,33		
	3 4	7,84	}	9,80%
Sehr stark	4 1	1,96		
<i>Furcht vor Konsequenzen wenn</i>				
<i>Feind behandeln</i>				
Gar nicht	1 25	49,2	}	82,53%
	2 17	33,33		
	3 5	9,80	}	17,65%
Sehr stark	4 4	7,85		

**Tabelle 7: Werteverteilung zum Themenkomplex Recht**

Der überwiegende Teil der Studienteilnehmer hatte kaum rechtliche Bedenken bei der Entscheidungsfindung. Etwa zwei Drittel der Teilnehmer war die Rechtslage, nach der sie handeln sollen, bekannt. 90,2% der Studienteilnehmer gaben zudem an gar nicht oder nicht Furcht vor Konsequenzen zu haben, wenn sie den verwundeten Kameraden bzw. 82,53%, wenn sie den verwundeten feindlichen Kämpfer behandeln.

#### 4.6 *Militärische versus medizinische Bedürfnisse*

Zur Informationsgewinnung bezüglich militärischen und medizinischen Bedürfnissen wurde eine Einstellungsmessung mit sechs Einzelaussagen durchgeführt. Insgesamt beantworteten 59 Studienteilnehmer alle Fragen zu diesem Fragenkomplex.

32 (62,71%) der 59 Studienteilnehmer waren der Meinung, dass militärische und medizinische Funktion schwierig in Einklang zu bringen sind. Dagegen stimmten 22 NotSan dieser Aussage nicht zu. 35 (59,33%) Studienteilnehmer waren der Meinung, dass bei der Verwundetenversorgung ein Konflikt zwischen den militärischen Notwendigkeiten und den medizinischen Bedürfnissen des Verwundeten vorliegt. 24 (40,67%) der 59 Studienteilnehmer lehnten diese These ab. Der Aussage zur Neutralität stimmten 40 (67,80%) der NotSan zu. Indessen gaben 19 Studienteilnehmer an, dass die Tätigkeit als militärischer NotSan nicht neutral sein muss. Bei der Frage nach Gewaltfreiheit stimmten allerdings nur 21 (35,59%) der 59 Studienteilnehmer der Aussage zu. Dagegen waren 38 (64,40%) NotSan der Meinung, dass die Tätigkeit als militärischer NotSan nicht gewaltfrei sein muss. Der Aussage, dass die Interessen des Staates über den individuellen Interessen der meisten Bürger stehen, stimmten 29 (49,15%) Personen zu und 30 (50,85%) Personen nicht zu. Dass die Aufrechterhaltung der kollektiven Freiheit, Sicherheit und des Hoheitsgebietes der Sicherung individuellen Wohlbefindens und Funktionsfähigkeit des Körpers überwiegt bejahten 43 (72,88%) der NotSan. Dagegen stimmten 16 (27,12%) NotSan dem nicht zu. Weitere Details sind aus Tabelle 8 (Seite 87-88) zu entnehmen.

Nach der Einteilung nach Cohen zeigte sich ein mittlerer positiver linearer Zusammenhang von der empfundenen Schwierigkeit bei der Entscheidung und der Meinung, dass die Tätigkeit des militärischen NotSan neutral sein muss ( $r=.368$ ). Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau statistisch signifikant ( $p=.008$ ). Nach der Einteilung nach Cohen zeigte sich ein mittlerer positiver

Wertelabel	Häufigkeiten	Prozent	
<i>Schwierigkeiten beide Tätigkeiten in Einklang zu bringen</i>	N=59		
Stimme nicht zu 1	9	15,25	} 62,71%
2	28	47,46	
3	16	27,12	
Stimme zu 4	6	10,17	} 37,29%
<i>Bedürfniskonflikt</i>	N=59		
Stimme nicht zu 1	7	11,86	} 40,67%
2	17	28,81	
3	17	28,81	
Stimme zu 4	18	30,51	} 59,33%
<i>Neutralität</i>	N=59		
Stimme nicht zu 1	8	13,56	} 90,20%
2	11	18,64	
3	18	30,51	
Stimme zu 4	22	37,29	} 9,80%
<i>Gewaltfreiheit</i>	N=59		
Stimme nicht zu 1	25	42,37	} 64,40%
2	13	22,03	
3	13	22,03	
Stimme zu 4	8	13,56	} 35,59%
<i>Staat &gt; Individuum</i>	N=59		
Stimme nicht zu 1	9	15,25	} 49,15%
2	20	33,90	
3	21	35,59	
Stimme zu 4	9	15,26	} 15,85%
<i>Staat &gt; Gesundheit</i>	N=59		
Stimme nicht zu 1	6	10,17	} 27,12%
2	10	16,95	
3	32	54,24	
Stimme zu 4	11	18,64	} 72,88%

**Tabelle 8: Befragung zur militärischen und medizinischen Tätigkeit**

32 Studienteilnehmer waren der Meinung, dass die militärische und medizinische Funktion schwierig in Einklang zu bringen sind. Zudem waren

drei Fünftel der NotSan der Meinung, dass bei der Verwundetenversorgung ein Konflikt zwischen den militärischen Notwendigkeiten und den medizinischen Bedürfnissen des Patienten vorliegt. Außerdem gaben 40 NotSan an, dass ihre Tätigkeit neutral sein sollte. Im Gegensatz dazu gaben 38 teilnehmende NotSan an, dass ihre Tätigkeit als militärisches Sanitätspersonal nicht unbedingt gewaltfrei sein muss. Dagegen war die Meinung bzgl. der Aussagen „staatliche Interessen stehen über denen des Individuums“ und „staatliche Interessen stehen über der Gesundheit des Individuums“ ausgewogen.

linearer Zusammenhang von der empfundenen Schwierigkeit bei der Entscheidung und der Meinung, dass die Tätigkeit des militärischen NotSan neutral sein muss ( $r=.368$ ). Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau statistisch signifikant ( $p=.008$ ). Zudem bestätigte sich ein mittlerer positiver linearer Zusammenhang von der empfundenen Schwierigkeit bei der Entscheidung und der Meinung, dass die Tätigkeit des militärischen NotSan gewaltfrei sein muss ( $r=.456$ ). Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau statistisch signifikant ( $p=.001$ ). Ein Zusammenhang von empfundenen Schwierigkeiten und den Aussagen „Bei der Patientenversorgung besteht ein Konflikt zwischen den militärischen Notwendigkeiten und den Bedürfnissen der Patienten“ ( $r=.042$ ;  $p=.769$ ), „Die militärische und medizinische Funktion sind schwierig in Einklang zu bringen“ ( $r=.071$ ;  $p=.618$ ), „Die Interessen des Staates stehen über den individuellen Interessen der meisten Bürger“ ( $r=.021$ ;  $p=.885$ ), „Die Aufrechterhaltung der kollektiven Freiheit, Sicherheit und Hoheitsgebiet überwiegt der Sicherung individuellen Wohlbefindens und Funktionsfähigkeit des Körpers“ ( $r=.028$ ;  $p=.844$ ) konnte nicht festgestellt werden. Die Korrelationen waren weder auf dem 0,01 noch 0,05 Niveau statistisch signifikant.

#### 4.7 Ethik

Zur Informationsgewinnung im Themenkomplex Ethik wurden mehrere Fragen gestellt.

Insgesamt beantworteten 59 Studienteilnehmer die Frage nach der Identifikation mit ihrem Berufsfeld. Lediglich ein Drittel (32,20%) der NotSan gab an, sich mit oder stärker mit dem Soldatentum zu identifizieren als mit dem medizinischen Beruf. 40 (67,80%) identifizierten sich mehr oder mit dem Beruf des NotSan (siehe Tabelle 9).

Auf die Frage nach einem im Auslandseinsatz bereits erlebten rechtlich-ethischen Dilemmas, bezogen auf ihre Funktion als Sanitätspersonal, antworteten 59 Studienteilnehmer. 23 (38,98%) Personen antworteten mit „ja“ und 32 (54,24%) Personen mit „nein“. 4 (6,78%) NotSan waren sich nicht sicher, ob sie bereits ein rechtlich-ethisches Dilemma erlebt hatten. Im Mittel hatten die Studienteilnehmer 3,2mal ein Ethiktraining oder -ausbildung erhalten, mit einer Standardabweichung von 3,6. Das Minimum lag bei 0, das Maximum bei 15 erhaltenen Ethikschulungen, z. B. in Form von Unterricht im Rahmen der Einsatzvorbereitung.

Überdies wurden die Teilnehmer nach der Kenntnis von Ethikkodizes für Rettungsdienstpersonal gefragt. Da eine Mehrfachnennung erlaubt war, kam es zu einem N=91. 20 (21,98%) Personen kannten die „10 goldenen Regeln für die Arbeit im Rettungsdienst“ des DBRD, 4 (4,40%) Personen die „Ethical Principles of Health in Times of Armored Conflict and Other Emergencies“ des Weltärztebundes, 31 (34,06%) Personen die „Principles of Health Care in Conflict and Emergencies“ des Internationalen Roten Kreuzes, 4 Personen den „Ethikkode für Notfallpflegende in der Akut- und Notfallmedizin“ der DGINA und 16 (17,58%) das „Leitbild des Zentrale Sanitätsdienstes der Bundeswehr“. Jeweils 8 Personen gaben andere bekannte Ethikkodizes und das Kennen keiner Ethikkodizes an. Als andere bekannte Ethikkodizes wurden folgende angegeben (im Wortlaut wiedergegeben):

- American Nurse Association
- Code of Ethics for Nurses
- Hippokratischer Eid
- Medic Pledge

- Genfer Konvention,
- US Military Standards
- International Health Law
- Code of Conduct.

Zuletzt wurde nach dem Wertebewusstsein des NotSan gefragt. Von den 59 Teilnehmern gaben 6 (10,17%) bzw. 13 (22,03%) an, mit den soldatischen Pflichten und Tugenden gar nicht oder nicht vertraut zu sein. Dagegen waren 22 (37,29%) bzw. 18 (30,51%) der Teilnehmer an, gut bzw. sehr gut mit den soldatischen Pflichten und Tugenden vertraut zu sein.

Wertelabel	Häufigkeiten	Prozent		
<i>Identität</i>				
	<i>N=59</i>			
Soldat 1	6	10,17	}	32,20%
2	13	22,03		
3	22	37,29	}	67,80%
Medizinischer Beruf 4	18	30,51		
<i>Dilemma bereits selbst erlebt</i>				
	<i>N=59</i>			
Ja	23	38,98		
Nein	32	54,24		
Nicht sicher	14	6,78		
<i>Bekannte Ethikkodizes</i>				
	<i>N=91</i>			
DBRD	20	21,98		
WMA	4	4,40		
IRC	31	34,06		
DGINA	4	4,40		
ZSanBw	16	17,58		
Andere	8	8,79		
Keine	8	8,79		
<i>Staat &gt; Individuum</i>				
	<i>N=59</i>			
Stimme nicht zu 1	9	15,25	}	49,15%
2	20	33,90		
3	21	35,59	}	50,85%
Stimme zu 4	9	15,26		

<i>Staat &gt; Gesundheit</i>		N=59			
Stimme nicht zu	1	6	10,17	}	27,12%
	2	10	16,95		
	3	32	54,24	}	72,88%
Stimme zu	4	11	18,64		
<i>Wertebewusstsein</i>		N=59			
Gar nicht	1	6	10,17	}	32,20%
	2	13	22,03		
	3	22	37,29	}	67,80%
Sehr gut	4	18	30,51		

**Tabelle 9: Werteverteilung zum Themenkomplex Ethik**

Etwas mehr als zwei Drittel der Studienteilnehmer gab an, sich mehr mit ihrem medizinischen Beruf zu identifizieren und mit dem soldatischen Pflichten und Tugenden vertraut zu sein. Großteil der Befragten hat selbst noch kein Dilemma im Einsatz erlebt. Zudem waren den Teilnehmern die gängigen Ethikkodizes bekannt.

#### 4.8 Subjektive Kompetenzerwartung

Mittels der *Allgemeinen Selbstwirksamkeit Kurzsкала (ASKU)* wurde versucht, die individuelle Kompetenzerwartung mit Schwierigkeiten und Hindernissen im täglichen Leben umgehen zu können, zu erfassen. Der ermittelte Wert betrug 4,32 mit einer SD von 0,59. Dieser Wert liegt oberhalb der Referenzwerte für alle Geschlechter der Altersgruppe von 18 bis 35 Jahren sowie der Altersgruppe von 36 bis 65 Jahren mit einer hohen Bildung (siehe Tabelle 10).

Zur Erfassung des psychologischen Merkmals Optimismus-Pessimismus wurde die *Skala Optimismus-Pessimismus-2 (SOP2)* verwendet, da eine umfangreiche Erfassung nicht möglich war. Die streng standardisierte Auswertung des SOP2 ergab einen Messwert von 5,16 mit einer SD von 1,19. Dieser Wert entspricht den Referenzwerten für alle Geschlechter der Altersgruppe von 18 bis 35 Jahren sowie 36 bis 65 Jahren mit einer mittleren Bildung obwohl 77,96% der Studienteilnehmer eine hohen Schul- bzw. Bildungsabschluss angaben.

Wertelabel	Häufigkeiten	Prozent
<i>In schwierigen Situationen kann ich mich auf meine Fähigkeiten verlassen.</i>	N=59	
Trifft etwas zu	2	3,39
Trifft ziemlich zu	25	42,37
Trifft voll und ganz zu	32	54,24
<i>Die meisten Probleme kann ich aus Eigener Kraft gut meistern.</i>	N=59	
Trifft etwas zu	4	6,78
Trifft ziemlich zu	40	67,80
Trifft voll und ganz zu	15	25,42
<i>Auch anstrengende und komplizierte Aufgaben kann ich i.d.R. gut lösen.</i>	N=59	
Trifft etwas zu	5	8,47
Trifft ziemlich zu	35	59,33
Trifft voll und ganz zu	19	32,20

**Tab. 10: Erfassung der subjektiven Kompetenzerwartung**

Insgesamt ergab sich eine gute bis hohe Kompetenzerwartung mit Schwierigkeiten im Alltag umgehen zu können. Bis auf einige Wenige gaben alle Studienteilnehmer an, sich auf ihre Fähigkeiten verlassen sowie Probleme und anspruchsvolle Aufgaben gut lösen zu können.

Wertelabel	Häufigkeiten	Prozent
<i>Optimismus</i>	<i>N=59</i>	
gar nicht optimistisch 1	1	1,69
	2	-
	3	3,39
	4	5,08
	5	45,76
	6	28,81
sehr optimistisch 7	9	15,25
<i>Pessimismus</i>	<i>N=59</i>	
gar nicht pessimistisch 1	4	6,78
	2	27,12
	3	33,90
	4	23,73
	5	3,39
	6	3,39
sehr pessimistisch 7	1	1,69

**Tabelle 11: Erfassung des psychologischen Merkmals Optimismus-Pessimismus**

Insgesamt ergab sich eine optimistische und wenig pessimistische Grundhaltung der Studienteilnehmer. 89,47% der Studienteilnehmer hielten sich für eher bis sehr optimistisch und nur 8,47% für eher bis sehr pessimistisch.

## 5 Diskussion

In diesem Kapitel findet die kritische Auseinandersetzung mit den gefundenen Ergebnissen der Arbeit statt. Es wird versucht, mögliche Ursachen der schwierigen Entscheidungsfindung zu diskutieren. Dazu gehören unter anderem die militärische und medizinische Notwendigkeit, Doppelloyalität, Kameradschaft und die Fürsorge. Außerdem werden mögliche Problembereiche in der Realität (Auslandseinsatz) aus Sicht der Psychologie beleuchtet und die im Raum stehende Abwägung von Menschenleben diskutiert. Zuletzt werden mögliche Limitationen der vorliegenden Arbeit besprochen.

### *5.1 Asklepios oder Mars? Faktoren, welche die Entscheidung beeinflussen*

Wem fühlen sich NotSan bei ihrer Entscheidung näher? Asklepios, dem Gott der Heilkunde oder Mars, dem Gott des Krieges? Sind sie mehr Mediziner oder Krieger?

Welche Ursachen dieser schwierigen Entscheidungsfindung grundsätzlich zu Grunde liegen, soll im kommenden Abschnitt näher erläutert werden. Dafür notwendig ist die Betrachtung der militärischen und medizinischen Notwendigkeit, welche bei der Berufsausübung des NotSan im Auslandseinsatz miteinander konkurrieren. Überdies sind die gefühlte Doppelloyalität als auch der Mangel an wichtigen Ressourcen wie medizinisches Verbrauchsmaterial und Transportkapazitäten wichtige zu betrachtende Aspekte. Zuletzt wird die Ethik der Kameradschaft beleuchtet. Hierbei kommt der Fürsorge und den primären Bindungen, welche auf einer emotionalen, sozialen und nicht auf einer vertraglichen Bindung beruhen, eine große Bedeutung zu, da die Studie zeigte, dass das Prinzip der Primären Bindungen sowie die Fürsorge für NotSan ebenso wichtig sind („friendly soldiers first“). Zudem scheint es, als würden NotSan das Leben, Gliedmaßen und

Augenlicht des Kameraden über das Leben des Feindes zu stellen. Insgesamt konnte jedoch keine eindeutige Tendenz zu einem bestimmten Motiv erkannt werden. Kameradschaft, Primäre Bindungen, Erhalt der Leistungsfähigkeit, eigener Auftrag, Selbstschutz. All diese Argumente spielten bei den Antworten eine Rolle.

### 5.1.1 *Militärische versus medizinische Notwendigkeit*

In der Medizinethik mag man versucht sein, Soldaten einfach als eine weitere Patientengruppe zu betrachten. In Friedenszeiten trifft dies auch zu: Soldaten erhalten die gleiche medizinische Versorgung in militärischen Einrichtungen wie nicht militärische Personen im nationalen Gesundheitswesen. In Kriegszeiten, bei militärischen Auseinandersetzungen und Kampfhandlungen stellt sich der Sachverhalt jedoch anders dar. In den genannten Situationen kann das Prinzip der militärischen Notwendigkeit mit dem Prinzip der medizinischen Notwendigkeit kollidieren und mitunter auch vorrangig sein [53].

Nach dem ZP I von 1977 werden unter militärischer Notwendigkeit die Methoden und Mittel verstanden, die erforderlich sind, um einen Feind zu überwältigen und nicht vom Kriegsvölkerrecht verboten sind. In dieser Definition finden sich jedoch zwei Schwierigkeiten: Einerseits werden die rechtmäßigen Ziele eines Krieges außer Acht gelassen, zu deren Zweck der Feind überwältigt wird. Andererseits kann es notwendig sein, die Kriegsziele eines beteiligten Landes rechtlich nicht zu berücksichtigen, da die Rechtmäßigkeit des Krieges in der Praxis häufig nur schwer zu beurteilen ist. Aufgrund dessen behandelt das Recht alle eingesetzten Soldaten auf dem Gefechtsfeld gleich, sofern sie keine Kriegsverbrechen begehen.

Moralisch betrachtet kann es dennoch einen guten Grund geben, die militärische Notwendigkeit lediglich auf Kriegsteilnehmer einzuengen, die für eine gerechte Sache kämpfen - unabhängig ob staatliche oder nichtstaatliche Akteure wie Guerillatruppen. Unter einer gerechten Sache fallen Selbstverteidigung oder die Verteidigung fremder Staatsangehöriger, sofern sie von schweren Men-

schenrechtsverletzungen ihrer eigenen Regierung bedroht sind [7]. Hingegen verfehlt die Beschränkung der militärischen Notwendigkeit bezüglich nicht verbotener Mittel und Methoden die kritische und durchaus angebrachte Frage, ob es einem Kriegsteilnehmer aufgrund militärischer Notwendigkeit erlaubt ist, das Völkerrecht zu missachten und auf offensichtlich unrechtmäßige oder unethische Kriegsmittel zurückzugreifen.

Ganz konkret gefragt: Kann es unter gewissen Umständen zulässig sein, das geltende Völkerrecht oder einen medizinischen Grundsatz zu verletzen, wenn dies militärisch notwendig ist? Manchmal. So stellte sich heraus, dass für NotSan die Bedürfnisse des Staates über den Bedürfnissen des Individuums einschließlich dessen Gesundheit stehen. Ähnliche Ergebnisse finden sich auch in einer schwedischen Studie aus dem Jahr 2014 [87]. Um diese Antwort nachvollziehen zu können muss die militärische Notwendigkeit mit der medizinischen Notwendigkeit verglichen werden.

Ganz allgemein ist die militärische Notwendigkeit ein rechtfertigendes Prinzip, das auf zwei Ebenen der Kriegsführung operiert [54]. Auf der einen Ebene legitimiert sie Krieg als gerechte Sache und ist Teil einer Reihe von Prinzipien, die das Recht zum Krieg (*ius ad bellum*) beinhaltet. Das ist strategisch notwendig um einen bewaffneten Konflikt als Teil der Strategie zur Sicherung der staatlichen politischen Interessen zu rechtfertigen. Diese Ebene ist der Politik zuzuordnen. Auf der anderen Ebene ist die militärische Notwendigkeit taktisch verortet. Hierbei geht es darum die Kriegsmittel abzuwägen und eine Maßnahme zu rechtfertigen bzw. einzusetzen, die effizient und erlaubt ist, um die militärischen Ziele des Staates zu erreichen.

Abbildung 6 verdeutlicht vor allem zwei Punkte: Die militärische Notwendigkeit stellt die kollektiven Interessen eines Staates oder Volkes (Schutz und Wohl der Bürger) über die individuellen Interessen der meisten Bürger [53]. Staaten wägen mit der Hoffnung ab, dass durch den Einsatz von Militär mehr Leben gerettet als geopfert werden. Sie kämpfen für territoriale

Integrität (Unversehrtheit), Weiterbestehen der Kultur, Entfaltung der Persönlichkeit. Demnach können üblicherweise die Bürger eines Staates in Kriegszeiten zum Militärdienst eingezogen werden und riskieren dabei ihr Leben zum Schutz der nationalen Sicherheit. Die militärische Notwendigkeit hat also alleinig das Ziel, das kollektive Wohl zu verteidigen, welches durch Unterordnung der individuellen Interessen erreicht wird. Dagegen ist die medizinische Notwendigkeit komplett auf das Individuum bzw. auf die Interessen des Patienten ausgerichtet [53]. Um diese individuellen Interessen sicherzustellen, muss das nationale Gesundheitssystem ausreichende Finanzmittel einschließlich Infrastruktur bereitstellen, damit alle Bürger des Staates nach ihren Bedürfnissen versorgt werden können. Dabei wird aber nicht erwartet, dass der Bürger seine persönlichen und individuellen Interessen für diese Sache aufgibt [54].

	<b>Militärische Notwendigkeit</b>	<b>Medizinische Notwendigkeit</b>
	Kollektiv / national	Individuell / kollektiv
<b>Was ist „gut“?</b>	<b><i>Lebensrettung</i></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Leben der Bürger</li> <li>- Leben der Soldaten</li> </ul>	<b><i>Lebensrettung</i></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Leben aller Patienten</li> </ul>
	<b><i>Sicherung der Lebensqualität</i></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Freiheit</li> <li>- Hoheitsgebiet</li> <li>- Sicherheit</li> <li>- Ehre</li> </ul>	<b><i>Sicherung der Lebensqualität</i></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wohlbefinden</li> <li>- Normale Funktionsfähigkeit des Körpers</li> </ul>

**Abb. 6: Gegenüberstellung der militärischen und medizinischen Notwendigkeit**

Die militärische Notwendigkeit mit den Interessen des Staates steht über den Interessen des einzelnen Bürgers. Ziel ist hierbei alleinig das kollektive Wohl zu verteidigen.

Aus dem unteren Teil der Tabelle ist zu entnehmen, dass eine Sicherung der Lebensqualität des Individuums bzw. Bürgers nur unter Berücksichtigung der militärischen Notwendigkeit möglich ist. [adaptiert aus 54]

Die untere Zeile der Tabelle zeigt die Auslegung des „Guten“, dem die jeweiligen Notwendigkeiten zugeordnet sind. Bei beiden Notwendigkeiten geht es zuerst einmal darum, möglichst viele Leben bestimmter Einzelpersonen zu retten und eine hohe Lebensqualität anderer Einzelpersonen zu erreichen. Und trotzdem unterscheiden sich die jeweiligen Kriterien. Im bewaffneten Konflikt bzw. militärischen Auseinandersetzungen ist der Staat gezwungen, Soldaten für die Rettung von Zivilpersonen zu opfern [136]. Dagegen unterscheidet die medizinische Notwendigkeit nicht, wessen Lebensrettung den höchsten Stellenwert besitzen. Sie bezieht sich auf alle Patienten.

Zugleich sollen die militärische als auch die medizinische Notwendigkeit jeweils für eine möglichst hohe Lebensqualität des Menschen sorgen [54]. Und doch wird jeweils eine andere Art von Leben verteidigt: Der Staat als militärische Notwendigkeit verteidigt sein kollektives, politisches Leben, wohingegen sich die medizinische Notwendigkeit um das Leben Einzelner kümmern bzw. retten will. Demzufolge unterscheidet sich die Auslegung der beiden Begriffe bezüglich der Lebensqualität. Zu den wesentlichen Faktoren für die Qualität des politischen Lebens zählen Freiheit, staatliches Hoheitsgebiet, Sicherheit und Ehre, deren Wert im bewaffneten Konflikt oft höhergestellt wird als der Wert des einzelnen Menschenlebens. In welchem Umfang ein Staat Leben für diese Güter riskieren will, ist eine politische Entscheidung bei Beteiligung in einem bewaffneten Konflikt. Unterdessen ist die Lebensqualität bezogen auf die Medizin konkreter und bezieht sich auf das Wohlbefinden des Menschen und normale Funktionsfähigkeit des Körpers. Auch hier ist die Gesellschaft wohl bereit, Mittel zur Verbesserung der allgemeinen Lebensqualität bereitzustellen, muss aber dafür auf kostenintensivere medizinische Versorgung verzichten, wenn damit nur wenige Leben zu retten sind [54].

Diese Argumentation ist zwar stark utilitaristisch ausgerichtet und deswegen nicht ganz unproblematisch, dennoch aus der Sicht des Soldaten gut nachvollziehbar. Der israelische

Politikwissenschaftler Prof. Michael Gross ist ebenfalls ein starker Vertreter dieser utilitaristischen Sichtweise. Aufgrund seiner hohen Zahl an Veröffentlichungen zu diesem Thema bildet dies den Schwerpunkt.

Für die Frage und Entscheidung, ob Lebensrettung oder Lebensqualität mehr überwiegen, gibt es keine verbindlichen Kriterien. Jede Gesellschaft sollte versuchen, die Entscheidung auf der Grundlage der geltenden Menschenrechte sowie deren nationalen Prioritäten und Wertvorstellungen zu treffen. Dennoch diktiert das politische Leben die Vorgaben für die Wahrung des individuellen Lebens und wird deshalb wahrscheinlich häufig den Vorrang bekommen, wenn die beiden Interessenslagen miteinander kollidieren. Im bewaffneten Konflikt kann dieser Fall eintreten und es unter bestimmten Umständen zulässig machen, die Rettung des Kameraden gegenüber der Rettung des verwundeten Gegners vorzuziehen.

### *5.1.2 Doppelloyaltät*

Militärische Notfallsanitäter arbeiten weder als reine Soldaten noch alleinig als medizinisches Fachpersonal. Sie werden ausdrücklich oder stillschweigend, bewusst oder unbewusst mit Rollenkonflikten zwischen ihren medizinischen berufsständischen Pflichten und den Interessen der Militärführung konfrontiert. Gewöhnlich wird dies als Rollenkonflikt oder widersprechende Rollenverpflichtung bezeichnet, welche die NotSan auch als solche empfanden. Hier gibt sich der Konflikt zwischen militärischer Notwendigkeit und dem Prinzip der Humanität noch stärker zu erkennen: Die kämpfende und damit unmittelbar verbundene, verletzende Rolle des Soldaten steht der helfenden, Leben schützenden Rolle des NotSan entgegen.

Von medizinischem Fachpersonal, unabhängig ob klinisch oder präklinisch tätig, wird ein Handeln im Sinne und zum Wohl des Patienten erwartet. Zudem zählen zu den grundlegenden Werten im Gesundheitswesen die bioethischen Prinzipien wie beispielsweise Fürsorge und Gerechtigkeit bei der Verteilung von

medizinischen Leistungen [8], welche in Kapitel 5.1.4 besprochen werden. Für Notfallsanitäter sind zudem verschiedene Ethik- und Verhaltenskodizes bekannt, nach welchen die militärischen NotSan während ihrer Berufsausbildung geprägt werden [107]. Dass NotSan diese Kodizes auch kennen, bestätigte die vorliegende Studie. So nannten fast alle Studienteilnehmer mindestens einen für medizinisches Personal geltenden Ethikkodex. In Deutschland veröffentlichte beispielsweise der Deutsche Berufsverband für den Rettungsdienst (DBRD) ein Dokument mit 10 Regeln für die Arbeit im Rettungsdienst [34]. Im Anglo-amerikanischen Raum schwören Notfallsanitäter bereits bei Erhalt der Berufsurkunde ihren Berufseid und verpflichten sich zur Einhaltung des Ethikkodex [101].

Auch wenn hier die Entscheidung des Notfallsanitäters diskutiert wird, so soll der Vollständigkeit halber der für ärztliches Personal geltende hippokratische Eid angesprochen werden. Dessen Gelöbnis beinhaltet den Grundsatz des ärztlichen Handelns, Patienten unabhängig von Alter, Krankheit, Staatsangehörigkeit und politischer Einstellung gleich zu behandeln [11]. Folglich wäre abzuleiten, dass andere als rein medizinische Aspekte bei der ärztlichen Behandlung keine Rolle spielen sollten. Darüber hinaus hat der Weltärztebund (WMA) das Dokument „Ethical Principles of Health in Times of Armored Conflict and Other Emergencies“ herausgegeben, in dem explizit formuliert wird, dass sich die ethischen Prinzipien im bewaffneten Konflikt nicht verändern und nach wie vor gelten [154]. Das Dokument unterzeichneten abgesehen von dem Herausgeber WMA und anderen internationalen Vereinigungen auch das International Committee of Military Medicine (ICMM), welchem auch Deutschland angehört [71; 154]. Somit gilt das herausgegebene Dokument indirekt für den im Militär tätigen NotSan.

Hiervon unterscheiden sich die moralischen Pflichten von und Erwartungen an Soldaten. Die soldatischen Pflichten sind Teil der Militärkultur, welche Normen, Werte, Glaubenssätze und

Verhaltensweisen umfasst und die Funktionsfähigkeit und Effizienz der Streitkräfte gewährleisten sollen. Dazu gehören auch die Initiative, siegen zu wollen, Vorwärtsdrang und Pflichtentreue, welche nach wie vor unverändert gelten [103]. Soldatisches Wertebewusstsein wird dabei besonders betont. Von Soldaten werden ausdrücklich die Tugenden Mut und Loyalität erwartet, ebenso, dass sie den Erfolg ihres Einsatzauftrages sowie die Verteidigung des Staates über ihre individuellen Bedürfnisse stellen [124]. Die Erziehung des Soldaten zu diesen Tugenden als auch deren Verinnerlichung und Achtung soll die Funktionsfähigkeit der Bundeswehr sowie die Einsatztauglichkeit des einzelnen Soldaten gewährleisten und vollzieht sich ein Berufsleben lang [81]. Als soldatische Primärtugend kann die Tapferkeit bezeichnet werden, da sich in ihr die im Einsatz notwendige Kampf- und Aufopferungsbereitschaft widerspiegelt [140]. Soldatische Sekundärtugenden entstammen aus den weiteren Bedingungen, welche mit dem Ziel und Auftrag des Militärs verbunden sind. Zu ihnen zählen die soldatischen Haltungen und Tugenden wie Loyalität, Disziplin, Gehorsam und besitzen einen ungleich höheren moralischen Anspruch [28]. Die Sekundärtugenden gründen auf dem professionellen Ethos des Militärs, der eine gemeinsame Identifikation auf die gleichen Werte ermöglicht [103]. Das militärische Prinzip der Härte und Kameradschaft wird ebenfalls vom Idealtypus des *homo militaris* erwartet [140].

Überdies drückt sich soldatischer Dienstethos nicht allein in der berufsständischen Selbstverpflichtung zu moralischem Handeln zum Wohle des eigenen Landes aus. Jeder Soldat der Bundeswehr hat seine Pflichtenbindung durch den Diensteid und dem feierlichen Gelöbnis als öffentliches Bekenntnis und Versprechen, der BRD treu zu dienen und das Recht und die Freiheit des deutschen Volkes tapfer zu verteidigen, bekräftigt. Er verpflichtet sich damit, seinem Land zu dienen. Als militärisches Fachpersonal des Zentralen Sanitätsdienstes der Bundeswehr (ZSanBw) ist der NotSan zusätzlich dessen Leitbild verpflichtet: Die Gesundheit der Soldaten zu schützen, zu erhalten und

wiederherzustellen. In Verknüpfung mit dem militärischen Auftrag dient der NotSan außerdem der Erhaltung und Wiedergewinnung der Kampfkraft des einzelnen Soldaten sowie der ganzen Einheit. Er leistet damit einen wesentlichen Beitrag zur Einsatzbereitschaft, -fähigkeit und Auftrags Erfüllung.

Soldaten orientieren ihr Handeln am Auftrag und an ihren soldatischen Tugenden, die das Militär als eine gut funktionierende Institution gewährleisten. Das Militär priorisiert demnach den Auftrag und die Kerntugenden jedes Soldaten zur Gewährleistung einer gut funktionierenden Institution [41]. Ohne alle eben aufgeführten Pflichten des Soldaten könnte eine Streitmacht weder richtig noch effektiv und effizient ihre Aufgaben erfüllen. Folglich könnte ein Nichtbefolgen von Befehlen bzw. der eben erörterten soldatischen Pflichten einen militärischen Auftrag scheitern lassen.

Soldaten und NotSan sind demzufolge an grundlegend verschiedene Berufsethiken gebunden. Der Berufsethos des Soldaten folgt kollektiver Logik und hat die nationale Sicherheit und das Überleben einer Gruppe („mission first“) zum Ziel, wogegen in der Medizin in aller Regel die Interessen des Individuums im Vordergrund stehen. Diese beiden Interessen schließen sich allerdings gegenseitig aus, was zum Problem der Doppelloyalität führt. Jede der beiden Berufsgruppen hat einen eigenen Sonderstatus inne. Und beide unterliegen besonderen ethischen Verpflichtungen. So ist es nicht erstaunlich, dass sich der NotSan in einem Rollenkonflikt mit Loyalitäten für beide Berufe wiederfindet. Dabei ist unbedeutend, ob dieser Konflikt wirklich besteht oder im Einzelfall nur als solcher empfunden wird. Wirft man einen Blick in die Geschichte des ISAF-Einsatzes in AFG zurück, so zeigte sich immer wieder, dass die wahrgenommene Doppelrolle des NotSan und die Unsicherheit bezüglich der beruflichen Zugehörigkeit in der Realität zu moralischen Problemen oder sogar zu Verstößen gegen das HVR führten [97]. Der Vollständigkeit halber soll jedoch erwähnt werden, dass die Vermischung der beiden Rollen auf der „Einbettung“ des NotSan in kämpfende Einheiten gründet. Dies geschieht um eine raschere

medizinische Versorgung zu gewährleisten. Gespräche mit Militärärzten zeigten sogar, dass sie in eingebetteten Einsatzsituationen bei kämpfenden Einheiten ihre ärztlichen ethischen und legalen Verpflichtungen verdrängen und sich vor allem oder ausschließlich als Soldat wahrnehmen [97; 87]. Dies konnte hier für NotSan nicht bestätigt werden, da 68% der Studienteilnehmer angaben, sich im Allgemeinen stärker mit dem medizinischen Beruf zu identifizieren. Inwieweit die Aussage bestehen bleibt, wenn die Befragten bereits ein Gefecht mit Toten und Verwundeten erlebt haben, ist fraglich, da der überwiegende Teil der Studienteilnehmer noch kein ethisch-rechtliches Dilemma in Auslandseinsatz erlebte. Ähnliche Ergebnisse zeigte eine Pilotstudie aus dem Jahr 2016, bei welcher die Hälfte der US Navy-Ärzte ebenfalls noch kein ethisches Dilemma im Auslandseinsatz erlebten [50].

### *5.1.3 Ressourcenknappheit*

Handelt der Soldat in der Funktion eines NotSan zeigt sich ein weiteres Dilemma: Wie ist das Verhältnis von Soldat zu Verwundetem zu betrachten? Besonders vor dem Hintergrund einer möglicherweise geforderten Nützlichkeitsabwägung? Ein gutes Beispiel dafür ist die Sichtung bei einem Massenanfall von Verletzten (MASCAL). Ein MASCAL tritt immer dann ein bzw. ein Sichtungsvorgang wird immer dann notwendig, wenn die Anzahl und Art der Verwundeten die Möglichkeiten der Kräfte vor Ort übersteigen [114]. Üblicherweise besteht ein Mangel an unterschiedlichen Ressourcen: Die Anzahl an Notfallsanitätärtern vor Ort ist meist relativ klein, was bereits bei einer geringen Menge an Verwundeten zu einem MASCAL führt. Eine Nachalarmierung von Unterstützungskräften oder Anforderung von notfallmedizinischem Material, wie im deutschen Rettungsdienstsystem praktikabel, ist aufgrund der schwierigen taktischen Lage regelmäßig nicht möglich. In der Lage muss mit dem ausgekommen werden, was bereits örtlich vorhanden ist. Materielle Ressourcen erschöpfen sich schnell, da die Transportkapazität der eingesetzten Mittel (gepanzerte

Fahrzeuge, Esel) und Tragekapazität der Soldaten begrenzt sind. Transportmöglichkeiten mit medizinischer Ausstattung und Betreuung (MedEvac) sind ebenfalls nur in sehr eingeschränktem Maße vorhanden. Ein Verwundetentransport ohne medizinische Betreuung (CasEvac) wäre zwar durch die vorhandenen geschützten Fahrzeuge der Kampftruppen möglich, deren Sicherungsauftrag kann und darf jedoch nicht aufgegeben werden. Hinzu kommt eine lange Transportzeit bis zum Erreichen einer stationären Medizineinrichtung von bis zu mehreren Stunden. Gründe hierfür sind landestypische Verkehrsinfrastrukturen, widrige Umwelteinflüsse und nur mäßige Verfügbarkeit von Luftrettungsmitteln. Die Steuerung und Koordination der medizinischen Versorgung richtet sich dann nach Behandlungsdringlichkeit, Transportpriorität und Überlebenswahrscheinlichkeit der Verwundeten. Die Verteilung der Ressourcen erfolgt nach dem „greatest good for the greatest number“-Prinzip um das Überleben möglichst vieler Verwundeten zu sichern [114]. Der „nur“ individuelle Nutzen einer Behandlung wird im Allgemeinen nicht als hinreichend gesehen [83].

Das bedeutet folgendes: Selbst wenn es sich bei dem Verwundeten um einen eigenen oder verbündeten Soldaten handelt, führt der NotSan im Grunde genommen auch hier eine Nützlichkeitsabwägung durch. Er muss zwangsläufig denjenigen benachteiligen, der aufgrund seiner schweren Verwundung übermäßig viele Ressourcen aufbrauchen würde. Denn mit der Versorgung dieses eben genannten Verwundeten würde der NotSan gleich eine Mehrzahl von Verwundeten benachteiligen deren aller Leben mit dieser Ration an Medikamenten und/oder Verbrauchsmaterial hätte gerettet werden können. Ab einem gewissen Punkt mangelnder personeller oder materieller Ressourcen muss also von einer Individualmedizin weggegangen werden, wie sie in Mitteleuropa oder in den USA praktiziert wird, hin zu einer Abwägung der Möglichkeiten, wenn Szenarien mit Ressourcenmangel herrschen.

Doch ist es vertretbar, die medizinische Versorgung nur nach den Grundsätzen der Neutralität und Gleichbehandlung auszurichten?

Der Soldat, welcher in einem Auslandseinsatz eingesetzt wird, erwartet nachvollziehbarerweise, dass er im Falle einer Verwundung von den Sanitätskräften bevorzugt behandelt wird. Zudem sind die Soldaten Staatsbürger eines Landes, denen das Recht auf Fürsorge zusteht. Denn genau aus diesem Grund, die mögliche Verwundung, werden Notfallsanitäter und medizinische Ausstattung vor Ort mitgeführt. Die in Auslandseinsätzen nahezu immer bestehende Ressourceneinschränkung ist ein weiterer Grund, dass dem in der Klinik als auch Präklinik tätigen Soldaten eine bestimmte Behandlungshierarchie vorgegeben werden muss. Diese sogenannten Medical Rules of Eligibility (MRoE) entscheiden, welche Patienten in der Militäreinrichtung behandelt und welche Behandlung sie in welchem Umfang erhalten können um die militärischen Belange im bewaffneten Konflikt aufrecht zu erhalten [11]. Das Befolgen der MRoE-Richtlinie zur erfolgreichen Erfüllung eines militärischen Auftrages kann dabei andere Sichtweisen außer Kraft setzen [77]. Die MRoE-Richtlinie für den Afghanistaneinsatz beispielsweise, widerspricht dem Prinzip der neutralen, bedarfsorientierten Verwundetenversorgung und schreibt die vorrangige Behandlung von Soldaten vor [11; 56; 151].

Ein weiteres Prinzip scheint ebenso überzeugend: Streitkräfte ziehen in den Krieg um zu gewinnen. Ihr Zweck im staatlichen Gemeinwesen besteht nun einmal darin, die politisch-staatlichen Interessen in bewaffneten Konflikten durch Management und Anwendung von Gewalt durchzusetzen [98]. Sie sind ein Instrument des Kampfes und sollen kämpfen und töten können, weil es die Bundesrepublik von ihnen verlangt [81; 103]. Sie wollen den Gegner in einen solchen Zustand versetzen, dass er den Kampf nicht mehr fortsetzen kann [127; 142]. Dafür bedarf es einer gesunden und leistungsfähigen Truppe. Und eine gesunde Truppe wiederum benötigt eine außergewöhnlich gute medizinische Versorgung. Deshalb kann es vorteilhaft und auch

angemessen sein, die eigenen Kameraden anstatt den Feind zu behandeln [9; 54].

Es scheint demzufolge nachvollziehbar, warum Streitkräfte eines Landes bei der Triage im Gefechtsfeld und somit bei der Zuteilung knapper Ressourcen zulässigerweise die Reihenfolge der Behandlung Verwundeter ändern. Die dahintersteckende Logik anmutet moralisch und utilitaristisch richtig, da ohne eine Umkehr der Behandlungsreihenfolge das Intaktsein der militärischen Einheit und somit die militärische Schlagkraft leiden würde. Das Ergebnis, die Niederlage, wird als ungünstigster vorstellbarer Fall angesehen. Diese Einstellung bestätigte sich auch in der Studie indem die befragten NotSan angaben, dass die Faktoren Erhalt der Leistungsfähigkeit der eigenen Truppe, Erfüllung des Einsatzauftrages und die Schädigungsabsicht des Feindes ihre Entscheidung beeinflussten. Mit dieser Argumentationsführung rückt der verwundete Gegner auf dem Gefechtsfeld an das Ende der Warteschlange. Denn: Den Gegner retten bedeutet gegebenenfalls Ressourcen den eigenen Kameraden vorzuenthalten.

Diese Darlegung des Ressourcenmangels spricht somit dafür, den Kameraden zuerst zu behandeln um die Leistungsfähigkeit als auch die Moral der Truppe zu sichern. Zudem kann es ziemlich problematisch und nur schwer nachvollziehbar sein, einem Soldaten zu erklären, dass der Feind zuerst behandelt wird, obwohl der verwundete Kamerad ebenfalls medizinische Versorgung benötigt.

#### *5.1.4 Ethik der Kameradschaft*

Gleichwohl einige wissenschaftliche Meinungen die Pflicht zur Wahrung der Neutralität und unterschiedslosen Behandlung als unbedingt einzuhalten ansehen [6; 120; 155], kommen im Krieg Situationen vor, die diese Sichtweise in Frage stellen kann. Eine davon ist die gleichzeitige Verwundung eines Kameraden und eines feindlichen Kämpfers.

Es ist anzunehmen, dass der NotSan eine Ethik der Kameradschaft pflegt und zunächst bei mäßig unterschiedlicher sowie gleicher Verletzungsschwere den eigenen verwundeten Soldaten behandelt, da er gegenüber seinen Kameraden eine besondere Verpflichtung empfindet. In diesem Kontext bezeichnet Kameradschaft eine zwischenmenschliche Beziehung im Sinne einer Solidarität innerhalb einer Gruppe, wobei diese nicht an persönliche Verbundenheit wie Freundschaft gebunden ist [134]. Gruppen entwickeln zudem ein Wir-Gefühl, ein System gemeinsamer Normen und Werte als auch ein Geflecht aufeinander bezogener sozialer Rollen, die auf das Ziel der Gruppe gerichtet sind [79]. Kameradschaft als spezielle Form der Freundschaft ist eine wichtige und notwendige Bindung im Militär. Bereits bei Homer ist die Geschichte von Achilles und Patroclos eine Geschichte über Bruderschaft im Krieg.

Darüber hinaus ist Kameradschaft im Militär funktional für die Auftragserfüllung. Sie basiert auf ungeschriebenen, aber doch strengen Regeln und umfasst das vorbehaltlose solidarische Einstehen füreinander in Glück und Gefahr bis hin zur gegenseitigen Hilfsbereitschaft bis in den Tod [134]. Sie vollzieht sich auf allen horizontalen und vertikalen Ebenen des Militärs. Die gemeinsame Erfahrung von Verwundung, Schmerz, Tod und Grauen des Krieges erzeugen eine starke Bindung. Ein Freund ist ein Freund, weil er hilfreich oder angenehm ist. Seinen Kameraden dagegen sucht man sich nicht aus. Kameradschaft entsteht einfach und bleibt durch die gemeinsamen einschneidenden Erlebnisse bestehen. Sie überlebt die Zeit und verbindet ein Leben lang.

Zur Ethik der Kameradschaft sei folgendes Szenario angeführt:

*„Sie sind als NotSan auf einem Rettungstrupp eingesetzt. Während Ihrer Patrouille geraten Sie mit Ihrer Einheit unter feindlichen Beschuss. Ein deutscher Soldat und ein feindlicher Kämpfer werden schwer verwundet und fallen beide unter die Sichtungskategorie rot. Da Sie der einzige RettTrp vor Ort sind können Sie nicht beide gleichzeitig*

*behandeln. Das nächste Fahrzeug braucht zwei Stunden bis zum Erreichen des Verwundeten. Ein Hubschrauber kann aufgrund der schlechten Wetterbedingungen nicht starten.“*

Genau dieses Szenario wurde den Teilnehmern der Studie vorgestellt und gefragt, welchen Verwundeten sie behandeln würden. Dabei fiel die Antwort der Soldaten eindeutig und selbstbewusst aus: „Meinen Kameraden, er würde das Gleiche für mich tun!“ oder „Wir kämpfen für die gleiche Sache!“. Diese Entwicklung ist kein neues Phänomen. Entsprechende Antworten erhielt auch Michael L. Gross, als er den Teilnehmer eines amerikanischen Workshops ein ähnliches Szenario vorstellte und danach fragte, welcher Patient (Kamerad oder Feind) ihrer Meinung nach die Thoraxdrainage mit Lokalanästhesie erhält und warum [54]. Ähnliche Ergebnisse lieferte ebenfalls eine 1994 veröffentlichte Studie bei der US-Ärzte der *Operation Desert Storm* befragt wurden [29]. Auch eine spätere, unveröffentlichte Vorstudie aus dem Jahr 2009 zeigte ähnliche Ergebnisse wie diese Studie: Mehr als die Hälfte der befragten israelischen Notfallsanitäter würden den weniger verwundeten Kameraden zuerst behandeln als einen schwerer verletzten feindlichen Soldaten [57].

Die Entscheidung, den eigenen Kameraden zuerst zu behandeln, basiert auf einer äußerst komplexen Logik. Gleichwohl im vorgestellten Fall beide Verwundete verbündete Soldaten und keine Feinde sind. Vermutlich wäre der militärische Nutzen der Rettung des Einen oder Anderen sogar von gleichem Wert. Und trotzdem sprechen sich die Notfallsanitäter für ihren Landsmann aus. Woran könnte dies liegen?

Ein Motiv für diese Handlungsweise könnte deutlich utilitaristischer Natur sein. Im Militär gilt die Devise „Gemeinschaftsleistung vor Einzelleistung“, da die Gruppe im Kampf emotionale und psychische Sicherheit bietet [111]. Der einzelne Soldat weiß, dass er im Gefecht auf seine Kameraden und Vorgesetzte angewiesen ist. Will er seine Überlebenschancen

erhöhen, so muss er notwendigerweise Primärgruppenbeziehungen entwickeln und an ihnen teilnehmen. Militärsoziologen ist bereits seit den 40er Jahren des letzten Jahrhunderts die Wichtigkeit dieser sogenannten *Primary Bondings* zwischen Soldaten als auch Vorgesetzten bekannt, die sich insbesondere auf Zug-Ebene (taktische Einheit mit 12 bis 60 Soldaten) vollziehen [122]. Primäre Bindungen entstehen aus Teamarbeit und gegenseitiger Abhängigkeit und entwickeln sich über längere Zeit hinweg hin zu Vertrauen, Loyalität, gegenseitiger Hilfe und Aufopferung und gehen weit über persönliche Kontakte hinaus. Sie sind eine strenge, unerbittliche Notwendigkeit und leben von der besonderen Verbundenheit und der Hinwendung auf den Ernstfall. Der Kampfgemeinschaft, den kameradschaftlichen Bindungen innerhalb der militärischen Einheit, kommt unter den potentiellen Bedingungen von Tod und Verwundung im Kampfeinsatz große funktionale Bedeutung zu [139]. Kleine Militäreinheiten (auf Zug- oder Gruppenebene) sind nicht einfach nur eine Ansammlung von gut aufeinander abgestimmten, eigennützig handelnden Individuen, sondern vielmehr eine untrennbare Gemeinschaft von Kameraden, die sich durch eine neue Identität auszeichnen: Sie sind wahrhaftig Kampfgefährten [89]. Dies gilt ebenfalls für NotSan, die in den kämpfenden Einheiten „eingebettet“ sind und diese außerhalb des Lagers begleiten. Sie übernehmen hier auch militärische Aufgaben ohne sanitätsdienstlichen Bezug wahr, beispielsweise Sicherungsaufgaben im Rahmen von Spähtrupps. Aufgrund der gemeinsam ausgesetzten Bedrohungslage formt sich so das Bild der „Kampfgemeinschaft“ bzw. „Überlebensgemeinschaft“, in der sich der NotSan nicht immer auf seinen sanitätsdienstlichen Sonderstatus berufen will [139]. Denn es bestehen wechselseitige Abhängigkeiten. Beide Seiten sind zum Überleben aufeinander angewiesen: Der NotSan auf den Schutz durch infanteristische Einheiten, die kämpfenden Einheiten auf die medizinische Versorgung im Ernstfall. Im Hinblick auf diese Verbundenheit ist die bevorzugte Behandlung der eignen Soldaten militärisch

vorteilhaft. Dieses eben beschriebene Verhalten hält die moralische Integrität und Kampfkraft der Einheit aufrecht, was das Überleben des Einzelnen sichert.

Es ist jedoch eine weitere Pflicht vorhanden, die die besondere Beziehung, welche Individuen mit den Personen in ihrem Umfeld verbindet und gegenüber denen sie eine besondere Verpflichtung zur Hilfeleistung verspüren, unterstreicht. Und noch dazu unabhängig von Aufwand und von anderen konkurrierenden Anforderungen. Diese intuitiven Wahrnehmungen bezeichnet die Philosophin Virginia Held als Fürsorgeethik: Eine bedingungslose gegenseitige Verpflichtung zwischen Menschen, welche in einer ganz besonderen Beziehung zueinanderstehen [63]. Sie wird über ein organisationsinternes Disziplinarsystem vermittelt, was zur Aufrechterhaltung ihrerseits beiträgt [137].

Übertragen auf das Militär bedeutet dies folgendes: Der Eine bietet die lebenserhaltende Behandlung an, auf die der Andere angewiesen ist. Die Fürsorgeethik beruht also auf einer emotionalen, sozialen und nicht auf einer vertraglichen Bindung. Hier stehen „persönliche Anteilnahme, Loyalität, Interesse, Mitgefühl, Offenheit für die Einzigartigkeit, die besonderen Bedürfnisse, Interessen [und] Lebensgeschichte von Menschen“ [54] im Zentrum. Es geht bei diesen besonderen, durch Präferenzen geleiteten Verpflichtungen gegenüber Landsleuten (im Sinne von Freunde, Familienmitglieder) nicht um Gerechtigkeit. Freunde und Familienmitglieder sollten sich gegenseitig helfen, ohne dabei eine Gegenleistung zu erwarten. Eine solche Entscheidung findet meist unter großen persönlichen Anstrengungen statt, im Wissen, dass die gleiche Hilfe einem Fremden mehr Nutzen bringen könnte. Wie bereits angemerkt, erleben sich kleine Militäreinheiten im Auslandseinsatz wie Familien. Hier kann die Bevorzugung der eigenen Kameraden bei der Verwundetenversorgung genauso geboten sein wie die vorgezogene medizinische Behandlung von Familienmitgliedern. Die Bindung zwischen Soldaten bzw. Kameraden unterscheidet sich dabei nicht von denen unter Familienmitgliedern [105]. Sie

schließt sogar gleichzeitig die bedingungslose und einseitige Pflicht sich einander in Not zu helfen mit ein [105].

Übertragen auf die Situation auf dem Gefechtsfeld bzw. Kampfhandlungen, haben die Fürsorgeethik als auch die Ethik der Kameradschaft wichtige Auswirkungen, welche im Folgenden anhand dreier unterschiedlicher Szenarien aufgezeigt werden sollen. Ausgangspunkt jedes Szenarios ist das am Anfang des Kapitels dargestellte Fallbeispiel.

Im Einführungsszenario erleiden der Soldat und der feindliche Kämpfer die gleichen Verletzungen und beide haben eine gleich große Überlebenschance.

Angenommen, die bevorzugte Rettung einer der beiden Verwundeten würde keinen bestimmten militärischen Nutzen bringen. Hat der NotSan zu beiden eine emotionale Beziehung, so könnte er zur Bestimmung der Behandlungspriorität eine Münze werfen, welche nach dem Lotto-Prinzip Unparteilichkeit gewährleistet. Bei der Unübersichtlichkeit, die während und nach einem Gefecht herrscht, ist dies jedoch kaum umsetzbar. Zu erwähnen ist, dass die Soldaten in vorwiegend emotional bestimmten, direkten persönlichen Kontakt zueinanderstehen, wogegen kein emotionaler Bezug zum verbündeten Soldaten der afghanischen Armee oder des Kämpfers besteht. Nun soll die moralische Komponente der aus der Primärgruppe ergebenden Pflicht beachtet werden. Die Primärgruppe wäre hier von besonderem Wert, da sie einerseits den sozialen und emotionalen Bedürfnissen des Soldaten gerecht wird und andererseits die Erfüllung militärischer Aufträge zumeist erst ermöglicht. Die aus ihr ergebende Pflicht sollte theoretisch erst herangezogen werden, nachdem alle anderen unparteiischen Kriterien der Verteilungsgerechtigkeit durchdacht wurden. In diesem Szenario scheint es moralisch erlaubt, den eigenen Soldaten zuerst zu behandeln, da er aus Sicht des NotSan ein Kamerad ist.

Bei extrem ungleichen Verletzungen verhält es sich etwas anders. NotSan des Militärs bestehen in einigen Fällen darauf, dass sie erst die noch so kleinste Wunde eines Kameraden behandeln

würden, ehe sie sich um den Feind kümmern [54]. Zu ähnlichen Erkenntnissen kam auch diese Studie indem die Studienteilnehmer angaben, zwar den feindlichen Kämpfer zu behandeln, jedoch nur nachdem sie lebensrettende Maßnahmen durchgeführt haben oder wenn für den Kameraden die Selbst- oder Kameradenhilfe sichergestellt ist.

Denkt man genauer über diese Aussage nach, offenbart sich was sie damit meinen: Sie werden zuerst den Kameraden stabilisieren und anschließend den Feind behandeln; vorausgesetzt der eigene Kamerad ist leichter verwundet und der feindliche Kämpfer eine schwere Verwundung aufweist oder dessen Tod droht. In diesem Fall wird die Fürsorgeethik von einer anderen Regel der Bioethik verdrängt, der *Rule of Rescue*. Der Begriff beschreibt die Verpflichtung anderen Menschen zu helfen, sofern der Aufwand vertretbar und gleichzeitig die Gefahr für diesen Fremden sehr groß ist [92]. Eine Anwendung im militärischen Einsatzalltag ist jedoch mit Problemen verbunden. Im Allgemeinen ist die genaue Einschätzung der Verletzungsschwere ohne umfassende diagnostische Mittel, welche nicht zur Verfügung stehen, schwierig. Das könnte dazu führen, dass sich der NotSan an den Prinzipien für gleich schwere oder nur unwesentlich unterschiedliche Verletzungen orientiert und nach der abgeleiteten Pflicht aus der Zugehörigkeit zu einer Primärgruppe handelt. Diese Prinzipien sowie die *Rule of Rescue* könnten die bevorzugte Behandlung des eigenen Kameraden gerechtfertigt als auch nachvollziehbar erscheinen lassen.

Bei mäßig ungleicher Verletzung wären zwei zusätzliche Umstände zu betrachten:

1. Es stehen gerade genug medizinische Mittel zur Verfügung, um das Leben eines Kameraden ODER mindestens zweier Feinde zu retten.
2. Der Kamerad ist von Verlust oder Funktionsausfall seiner Gliedmaßen bedroht. Der Feind dagegen lebensgefährlich verwundet.

Prinzipiell wäre die moralisch begründete Wahl eindeutig: Zwei Leben zu retten ist besser als ein Leben zu retten; Leben retten wiegt schwerer als die Rettung von Gliedmaßen. Und dennoch kann die Fürsorgeethik eine davon abweichende Entscheidung akzeptieren. In manchen Fällen kann es moralisch zulässig sein, das Leben eines Kameraden anstatt des einen oder mehrerer Feinden oder auch Verbündeten zu retten. Gleichmaßen kann der zweite Umstand dieser Logik folgen und die Rettung von Gliedmaßen als wichtiger einstufen als die Rettung eines Lebens. Dies wird immer der Fall sein, wenn dem NotSan der Preis für den Grundsatz der Wohltätigkeit als zu hoch erscheint. Also immer dann, wenn der Retter Gefahr läuft, ein Mitglied seiner Primärgruppe (Kampfgemeinschaft) zu verlieren. Nicht einmal die Möglichkeit das Leben vieler fremder Menschen retten zu können wird wichtiger erscheinen, als die Pflicht als Soldat das Leben des eigenen Kameraden zu retten. Im Falle eines drohenden Verlustes von Gliedmaßen wären grundsätzlich mehrere Szenarien denkbar. Unter der Annahme, moderne Prothesen könnten die physische Funktionsfähigkeit größtenteils wiederherstellen, wäre aus Sicht des NotSan die Rettung der Gliedmaßen des eigenen Kameraden nicht höher zu bewerten als die Lebensrettung des Feindes.

Aus den drei vorgestellten Szenarien könnte abgeleitet werden, dass die Fürsorgeethik neben der Behandlung der eigenen Kameraden auch die Behandlung und Betreuung feindlicher Kräfte vorsieht um die grundlegenden Menschenrechte einzuhalten. Dies wird als sogenanntes „moralische Minimum“ bezeichnet [63]. Es ist anzunehmen, dass dies NotSan im Gefecht anerkennen, indem sie von der Bereitschaft berichten, nach der Behandlung der leichter verwundeten Kameraden bzw. Anleitung zur Selbst- / Kameradenhilfe die schwer verwundeten, feindlichen Kräfte zu stabilisieren. Andererseits hilft das „moralische Minimum“ zu verstehen, warum NotSan von der Versorgung der Kameraden absehen, wenn sie bereits mit der Behandlung des Gegners begonnen haben. So gaben in einem Seminar mit dem Leitthema Wehrmedizinethik alle US-Chirurgen

an, sie würden sich in einer stationären medizinischen Einrichtung dem Befehl des kommandierenden Offiziers widersetzen und nicht die Behandlung des Feindes abbrechen um mit der Behandlung und Versorgung der eigenen Landsleute zu beginnen [70]. Würde man zudem der Aussage von Prof. Michael Gross folgen, so sollten NotSan keine moralischen Bedenken haben zuerst ihre eigenen Kameraden medizinisch zu versorgen [54].

### *5.1.5 Prägestempel Auslandseinsatz*

Die Bundeswehr, einer der größten Truppensteller in AFG neben den USA, wurde in den Jahren ab 2009 enorm geprägt und verändert. Sie bzw. dessen Soldaten wurden mit vielen neuen Anforderungen und Szenarien konfrontiert. Dabei mussten die Soldaten Gewalt erleben und wie Kameraden vor ihren Augen getötet wurden. Eine wissenschaftliche Analyse des Zentrums für Militärgeschichte und Sozialwissenschaften der Bundeswehr (ZMSBw) begleitete dazu das 22. Einsatzkontingent ISAF und erfasste Erfahrungen, Lehren und Folgen des Einsatzes für die Soldaten [119]. Doch nach wie vor ist ungeklärt inwieweit sich der Einsatz am Hindukusch speziell auf das berufliche Selbstverständnis der NotSan auswirkt. Es wäre allerdings anzunehmen, dass die radikale Veränderung der Einsatzrealität und die für NotSan zur Alltagserfahrung gewordene Gewalt militärische Werte zur alles bestimmenden Handlungsmaxime werden lassen und die beruflichen Einstellungen und Motivlagen verändern [130].

Im zivilen Alltag spielen derartige Gewalterfahrungen nämlich kaum eine Rolle. Im Einsatz dagegen durchaus. Zumindest deutsche Soldaten kommen überwiegend aus Gesellschaften, welche seit Jahrzehnten nichts anderes kannten außer Frieden. Ihnen ist das tödliche Handwerk des Soldaten fern. Der ISAF-Einsatz war der erste Kampfeinsatz der Bundeswehr unter Beteiligung von Bodentruppen. Vielmehr gab es in den letzten 20 Jahren für die Bundeswehr nur einen größeren Einsatz in Kosovo, wobei hier kein Gefallener zu verzeichnen war. Dort hatte und hat sie als Teil

der NATO-Sicherheitstruppe Kosovo Force (KFOR) den Auftrag, ein sicheres Umfeld für den Aufbau einer Friedensordnung zu schaffen sowie die Sicherheitslage zu verbessern und stabilisieren. Dagegen erfuhren die Soldaten in AFG eine neue Dimension von Gewalt, welche sie bis dato noch nicht kannten. Dies bestätigte die 2019 veröffentlichte Studie des ZMSBw, in der fast die Hälfte der befragten Soldaten angaben, im Einsatz mit Verwundung und Tod von Kameraden konfrontiert gewesen zu sein [30; 119]. Diese Ergebnisse unterstreicht auch die Statistik der Bundeswehr, welche für den Afghanistanereinsatz zum jetzigen Zeitpunkt insgesamt 35 Gefallene durch Fremdeinwirkung aufführt.

Jedoch gewöhnten sich die Bundeswehr-Soldaten als auch NotSan rasch an die neuen Regeln [14]. Sie haben gelernt - falls erforderlich - zu töten und möglichst nicht getötet zu werden. Sie funktionieren als Soldaten und tun drillmäßig das, was sie sich angeeignet haben. Sie kämpfen dabei nicht für die Sicherheit Deutschlands am Hindukusch, nicht für einen Parlamentsbeschluss des Bundestages oder für eine andere politische Beschlussfassung. Sie kämpfen für ihr Überleben, für sich selbst und ihre Kameraden. Hierbei werden die Kameraden der Einheit zur neuen Familie [130], da der Kampf ums Überleben den Mikrokosmos der militärischen Primärgruppen zusammenschweißt. Die Folgen von Gewaltanwendung, insbesondere der Tod von Kameraden, gehen wahrscheinlich nicht spurlos an den NotSan vorüber und sollten nicht nur individuell betrachtet werden, sondern auch die gegenseitigen Beziehungen berücksichtigen.

Andererseits könnte auch eine Prägung des NotSan durch erlebte einseitige Nichteinhaltung der geltenden Regeln der feindlichen Kämpfer in AFG stattgefunden haben. So verpflichteten sich beispielsweise die ISAF-Truppen zur Einhaltung der Regeln des HVR mit der Erwartung, dass sich auch die Gegenpartei an diese Regeln hält. Dagegen missachteten die Aufständischen das HVR und handelten heimtückisch [135]. Sie nutzten die Verpflichtung der Soldaten, sich an das Recht zu halten, schamlos aus. Ein solches Verhalten kann die eigenen

Wertevorstellungen auf den Kopf stellen. So fragte ein Soldat, warum er jemanden helfen solle der einen vorher das Leben nehmen wollte. Diese Frage war durchaus nachvollziehbar.

Die eingesetzten Soldaten sind an die Vorschriften gebunden und die Gegenseite eigentlich auch, nur dass sich diese nicht daranhalten. Ein Miterleben solchen rechtswidrigen Verhaltens der Aufständischen verletzte die NotSan womöglich in ihrer Vorstellung von Werten und Normen, was Richtig und Falsch ist. Es wäre denkbar, dass sich ihre Wertvorstellungen soweit veränderten, dass sie sich ebenso nicht mehr an Regeln halten und das Wohl der eigenen Kameraden beinahe unabdingbar in den Vordergrund rücken. Dies würde erklären, warum sich viele der Studienteilnehmer auch bei mäßig ungleicher Verwundung für den eigenen Soldaten entschieden. Die durchgeführte Studie zeigt zudem, dass dies nicht eine Sache der Nationalität ist.

Die Erfahrungen in Gefechten, mit Tod und Verwundung von Kameraden prägen daher anscheinend den Horizont der von dieser Gewalt im Einsatz direkt Betroffenen und bilden einen übergeordneten Referenzrahmen zur Wahrnehmung der erlebten Einsatzrealität. Ihr soldatisches Selbstbild verändert sich. Die Entscheidung den feindlichen Kämpfer nicht zu versorgen um den oder die eigenen Soldaten zu schützen scheint demnach auch ein Entschluss auf Basis der eigenen Wertvorstellung und Erfahrung zu sein.

## *5.2 Mögliche Problembereiche bei Entscheiden in der Realität aus Sicht der Psychologie*

Einige Problembereiche, welche zivile NotSan aus ihrem Alltag kennen, treten im militärischen Bereich in weit extremerer Form auf: Und zwar das Entscheiden unter Gefahr und Risiko als auch das Entscheiden unter Zeitdruck, was im Folgenden näher erläutert werden soll.

Aufgrund der Vielzahl an Einflussgrößen können kognitive Ressourcen stark belastet und wichtige Informationen nicht zugänglich sein: Im Auslandseinsatz trifft der Soldat eine

unklare Ausgangslage an und kennt die Rahmenbedingungen nur vage. Zudem muss in der Gefechtssituation innerhalb weniger Sekunden eine Entscheidung unter hoher Belastung getroffen werden, von welcher Menschenleben abhängig sind. Diese getroffenen Entscheidungen müssen moralisch als auch ethisch vertreten werden. Zudem kommt für die Soldaten im Auslandseinsatz als weiterer wichtiger Aspekt dazu, dass die Entscheidung nie nur eine Auswirkung auf eine einzelne Person hat, sondern sich immer auf mehrere auswirkt. Denn auch wenn der Bewegliche Arzttrupp (BAT) oder Rettungstrupp (RettTrp) grundsätzlich eine eigene taktische Einheit darstellt, so bilden sie doch mit der Kampftruppe ein übergeordnetes Team. Diese Teammitglieder sind wiederum von den Entscheidungen des NotSan mit betroffen und wirken sich auf sie aus.

So ist ebenfalls unklar, ob der gewünschte Effekt der Entscheidung überhaupt eintreten wird. Doch falsche Entscheidungen können fatale Folgen für den NotSan selbst, den Verwundeten als auch für die Kameraden bedeuten. Eine wichtige Anforderung ist deshalb, sich im Voraus über unerwünschte Konsequenzen und Erfolgs-wahrscheinlichkeiten im Klaren zu sein. Menschen können allerdings nicht besonders gut Risiken abschätzen [75]. Hinzu kommt, dass Zeitdruck der Feind des guten Denkens ist [65]. Es muss eine Entscheidung getroffen werden, obwohl man lieber abwarten und sehen würde, was passiert. Im Militär wird der Zeitdruck in aller Regel durch die herrschende Situation auf dem Gefechtsfeld, also von extern, vorgegeben. Es wäre jedoch grundsätzlich unerheblich, ob der Zeitdruck extern oder z. B. aufgrund falscher Einschätzung der Situation selbst erzeugt ist [65]. Die für die Problemlösung subjektive und im Militär auch objektiv zur Verfügung stehende Zeit schränkt den Prozess des Analysierens, Planens und Reflektierens stark ein. Statt durch Informationssuche muss nach Intuition, Bauchgefühl oder Emotionen entschieden werden, was wiederum das Fehlerrisiko steigert [65].

Diese beiden Faktoren und die dazu kommende Wichtigkeit der Entscheidung können den Akteur zusätzlich unter Stress setzen. Häufig trifft der Soldat eine unklare Ausgangslage an und kennt die Rahmenbedingungen nur vage. Außerdem muss im Militär bzw. in der Gefechtssituation innerhalb weniger Sekunden eine Entscheidung unter hoher Belastung getroffen werden, von der einerseits Menschenleben abhängig sind und andererseits die getroffene Entscheidung moralisch als auch ethisch vertreten werden muss. Als Stressreaktion bereitet sich der menschliche Organismus auf Höchstleistungen vor: Grundlegende Bedürfnisse wie Hunger und Durst werden unterdrückt. Die Sinne geschärft. Der Körper begibt sich in einen Alarmzustand (Sympathikusaktivierung), bereitet sich auf „flight or fight“ vor. Diese physiologischen Reaktionen unter Stress werden als „kognitive Notfallreaktionen“ beschrieben [38; 65]. Es kommt zu einer Einengung des Denkens und Verhaltens [12]. Denken und Verhalten ist nun weniger der Suche nach sachlich guten Lösungen behilflich sondern der Selbststeuerung und dem eigenen Überleben. Bewusstes Denken in Sinne von Reflexion und Planung wird vermindert eingesetzt. Daraus ergibt sich ein sprunghaftes Ad-hoc-Handeln, welches mehr durch Außenreize gesteuert wird als durch zielorientiertes Denken [65]. Schnelle Lösungen werden präferiert, was zu einem Rückgriff auf bekannte Handlungsabläufe führt. Es wird das getan, was der NotSan immer schon getan hat und am besten kann. Da die kognitiven Fähigkeiten eingeschränkt sind, werden einfache Denkmodelle bevorzugt und gegenüber andersläufigen Sichtweisen verteidigt sowie für den Akteur unpassend erscheinende Informationen ignoriert. Schlussendlich wird die Verantwortung des Problems jedem Anderen zugeschrieben, aber nicht der Komplexität des Realitätsbereichs [65]. Begleitet wird diese „kognitive Notfallreaktion“ von den bereits erwähnten physiologischen Stresssymptomen. Sie erstrecken sich von motorischer Unruhe und Schwitzen bis zu emotionalen Ausbrüchen, dessen Wahrnehmung erneut den Stresspegel bei dem Soldaten steigen

lässt. Meist erkennt der Soldat selbst die abgelaufene Reaktion erst in Rückblick auf die durchlebte Situation.

Weitere Probleme wären durch sogenannte „Konstruktionsprinzipien“ der Psyche denkbar. Hier sollen nur die zwei zentralen Aspekte des Kompetenzschutzes und der kognitiven Überforderung angesprochen werden. Wie bereits oben erwähnt, geht Komplexität mit einer Überforderung auf mehreren Ebenen einher und bedroht die Handlungsfähigkeit. Allein das Gefühl, handlungsfähig und damit kompetent zu sein, ist nötig um handeln zu können [65]. Das Fehlen des Gefühls von Kompetenz und der damit verbundenen Kontrolle sowie der daraus resultierende drohende Verlust von Handlungskompetenz führen durch unangenehme Empfindungen (Anspannung, Bedrohung, Unsicherheit usw.) und dem Bedürfnis zur Reduktion der Ungewissheit zu Hauruck-Entscheidungen, verringerte Selbstreflexion usw. [36].

Das menschliche Gehirn kann sehr viele Informationen verarbeiten und speichern, aber nur ein geringer Anteil kann für den bewussten Denkvorgang genutzt werden. Denken läuft sequenziell ab und nur wenige Einheiten parallel verarbeitet werden, vor allem dann, wenn Denken in Form von Sprache abläuft [12]. Es ist also verhältnismäßig langsam und mühevoll bewusst zu Denken. Um weniger Denken zu müssen und somit eine kognitive Überforderung zu vermeiden, hat der Mensch effektive Mechanismen entwickelt. Dazu gehören die Mechanismen der Komplexitätsreduktion und die Bildung von Handlungsrouninen im Sinne von Gewohnheiten [112]. Zur Analyse neuer komplexer Situationen helfen Routinen jedoch wenig, denn hier wird bewusstes Denken zur neuen Lösungsfindung benötigt.

Wird bei Überlastung die Schonung der kognitiven Ressourcen zum Ziel, führt dies zu etlichen der oben aufgezählten Handlungsorganisation (ad-hoc-Handlungen, Informationsselektion usw.). Es ist bekannt, dass nicht alle Menschen die gleichen kognitiven Kapazitäten haben [61]. Personen, welche die

Fähigkeit haben, gleichzeitig mehrere Informationen zu verarbeiten oder sich zu merken, kommen mit manchen Faktoren komplexer Situationen besser zurecht [49]. Dagegen kann wohl nicht der Umkehrschluss gezogen werden bzw. ist nicht empirisch belegbar, dass allgemein intelligente Menschen bessere Lösungen für Probleme finden [49]. Ergibt sich eine Situation, in der die kognitiven Ressourcen überlastet sind, wechselt das Gehirn auf emotionale Verarbeitung [65]. Lösungen werden nicht mehr bewusst analysiert, sondern nur noch danach bewertet, ob sie emotional stimmig sind. Dies führt zu sachlich ungeeigneten Entscheidungen, sofern das Handlungsziel unbewusst zum Kompetenzschutz dienen soll [65].

Es ist diskutabel, ob bei diesen Fällen de facto nur in Sekundenbruchteilen stattfindenden Abrufen der Handlungs-routine eine Entscheidung im klassischen Sinne ist. Der Soldat muss sich auf das berufen, was Intuition genannt werden. Eine Automatisierung oder normative Handlungsanweisung für die Entscheidung wäre dagegen nicht möglich, da sie kontextabhängig und nicht spezifizierbar ist. Zudem muss sie im Einsatz unter körperlicher und psychischer Belastung wie Schlafentzug, minimalistische Unterbringung, ständige Anspannung usw. getroffen werden. Auch deswegen muss das Erkennen der Situation, des Auslösereizes, Teil eines entsprechenden Trainings in der Einsatzvorbereitung sein.

### *5.3 Militärische Tugenden versus Medizinethik: Abwägung von Menschenleben*

Im Theorieteil dieser Arbeit wurde bereits das Vier-Prinzipien-Modell von Beauchamp & Childress mit den medizinethischen Grundprinzipien als zentraler Bestandteil vorgestellt. Doch scheint es so, als bräuchte die Wehrmedizinethik ihre eigenen Prinzipien, welche besser zu den militärischen Kerntugenden passen, da die medizinethischen Grundprinzipien auf einer anderen Grundlage fußt als die militärischen Werte. Doch welche weiteren Gesichtspunkte müssten mit einbezogen werden?

Beauchamp & Childress konstatieren, dass die Bedeutung von menschlichen und professionellen Tugenden als auch der moralische Charakter des Handelnden mit einbezogen werden sollte. Allerdings sind NotSan nicht automatisch auf diese Prinzipien sozial geprägt. Zudem ist fraglich ob Soldaten darauf geprägt sind bzw. während ihrer Ausbildung darauf geprägt werden. Nun stellt sich aber noch die Frage, welche weiteren Gesichtspunkte einbezogen werden müssen. Mögliche Prinzipien wären Verhältnismäßigkeit und Fairness.

Das „zivile“ Prinzip des Wohlwollens, welches auf das individuelle Patientenwohl ausgerichtet ist, passt nicht zu den militärischen Kerntugenden, welche die Bedürfnisse des einzelnen Soldaten hinter die Bedürfnisse der Gruppe, der Einheit und des Einsatzauftrags stellt. Grundsätzlich wird unter Verhältnismäßigkeit verstanden, dass die Maßnahme geeignet, erforderlich und angemessen ist. Insbesondere in der Wehrmedizinethik erfordert sie ein Verständnis für Risiko und Nutzen. Risiko kann also nur auferlegt werden, wenn es notwendig ist. Dies ist immer dann der Fall, wenn keine weniger risikoreiche Alternative vorhanden und die Art und Ausmaß des Risikos verhältnismäßig zum Nutzen ist. Je wichtiger der Nutzen, desto größer dürfte das Risiko sein, welches aus ethischer Sicht auferlegt wird. Es ist durchaus geboten danach zu fragen, wie viele Menschenleben gerettet werden können und was das kostet. Kosten im Sinne anderer möglicher Menschenleben, die durch erneute Angriffe der vorher geretteten Aufständischen getötet werden. In keinem gesellschaftlichen Bereich nehmen wir beliebige Kosten auf uns, um Menschenleben zu retten. Das wäre unverhältnismäßig. Wir setzen uns also Grenzen in unserer Gesellschaft. Es muss daher eine Verhältnismäßigkeit bestehen zwischen dem, was durch die Handlung realisiert oder erreicht werden soll und den Nebenfolgen, die dafür in Kauf genommen werden müssen. Die Handlung muss einen zureichenden Grund für die Inkaufnahme der Nebenfolgen liefern. In den drei betrachteten Szenarien ist eine Handlung mit doppelter Wirkung

vorhanden und in die Problematik der Güterabwägung verstrickt. Es stellt sich die Frage, was mit der Handlung erreicht werden soll und welche Nebenfolge sie verursacht. Doch wie wägt man das Leben des Aufständischen gegen die Ziele ab, die mit einem militärischen Einsatz verfolgt werden? Oder gar mit dem Leben des Kameraden? Lässt sich ein Menschenleben gegen ein anderes aufrechnen? Risiko und Nutzen müssten gegeneinander abgewogen werden.

Im Gegensatz dazu beschreibt Fairness anständiges Verhalten und die gerechte und ehrliche Haltung anderen gegenüber. In der heutigen Zeit, geprägt von Risikoverhalten, könnte sich Fairness wie ein altes Prinzip des Militärs anhören. Das Risiko von Verwundung und Tod ist allerdings, abhängig von Truppenteil, Dienstgrad, Einsatzland und -aufgabe, wohl kaum gerecht wenn man bedenkt, dass die Bundeswehr inzwischen eine Freiwilligenarmee ist. Nichtsdestotrotz ist es angemessen das Prinzip der Fairness zu betrachten um mit Situation umzugehen, in denen nur eine bestimmte Subgruppe einem Risiko ausgesetzt wird.

Ganz provokativ gefragt: Ist es verhältnismäßig, den Kameraden oder dessen Gesundheit für den Feind zu opfern? Oder für das HVR, dessen Pflicht zur Einhaltung von der gegnerischen Seite missachtet wird?

Eine Sache der Perspektive. Humanisten würden wahrscheinlich behaupten, es wäre nicht verhältnismäßig, denn Leben kann nicht gegen Leben aufgewogen werden. Theologen und Ethiker würden wohl ebenfalls nicht öffentlich zugeben, dass das Leben der eigenen Staatsbürger (Soldaten) mehr wert sei als das von Menschen anderer Länder oder Aufständischen [85]. Sicher ist aber auch, dass dies in realer Situation sehr wohl von Belang ist [85]. Die Verletzung des HVR von Seiten des NotSan würde nämlich dazu führen, dass der Nutzen der Regelmissachtung das Leben eigener Kameraden retten kann. Primär als auch sekundär. Wer den Feind medizinisch versorgt, geht gleichzeitig auch das Risiko ein, den Tod von weiteren

Kameraden in Kauf zu nehmen. Die Kameraden einem unkalkulierten Risiko auszusetzen wäre sogar ein Verstoß gegen die Fürsorgepflicht. Einmal angenommen, es würden in Folge der Versorgung des Feindes mehrere Kameraden sterben; weil später Ressourcen für die eigenen Kameraden fehlten, es zu einem Hinterhalt kam, der Gegner eine Verwundung vortäuschte um aus dieser Position heraus anzugreifen oder sich der vermeintliche Verwundete als Selbstmordattentäter herausstellte. Wie würde dann die Rechtfertigung lauten? Wenn er nicht lügen wollte müsste er sagen „ja ich wusste, dass es zu diesen Folgen kommen könnte“. Natürlich wäre dies ein absolutes Worst-Case-Szenario. Dies kann sich aber im Einsatzalltag jederzeit stellen, denn der Tod lauert im Harmlosen, im scheinbar Friedlichen, möglicherweise in Form eines angeblich Verwundeten.

Könnte es denn nicht verhältnismäßig und fair sein, den Feind, welcher gerade noch nach dem Leben der Soldaten oder gar des NotSan (geschützte Person nach dem HVR) trachtete, nicht zu versorgen um damit die eigenen Kameraden vor weiterer Verwundung zu schützen?

Vielleicht ebenfalls eine Sache der Perspektive. So fragte im freien Antworttext ein Studienteilnehmer, warum er den feindlichen Kämpfer retten solle obwohl dieser doch gerade eben noch ihn und seine Kameraden angriff und töten wollte. Für denjenigen, der nicht jeden Tag den Staub von Afghanistans Halbwüsten einatmet oder während der Regenzeit durch den Schlamm waten muss, wird die Entscheidung wahrscheinlich einfach sein, weil er die ihm zugetragenen Fakten betrachtet. Doch die lehmigen Felder sind die Orte, auf denen das geltende Recht umgesetzt werden muss, nicht der Konferenzraum eines BMVg, nicht der einer klimatisierten Kommandobehörde und auch nicht der Hörsaal einer Universität. Vielmehr sollte dem jeweiligen Führer vor Ort die Beurteilung, welches Risiko zu hoch ist oder ob der Nutzen überwiegt, obliegen da dieser ein Gespür für die vorliegende Situation hat (Entscheidungs- und Handlungsverantwortung).

Möglicherweise wäre der Tod des Feindes sogar ein in Kauf zu nehmender Nebeneffekt. Der feindliche Kämpfer wusste, dass die Beteiligung am Gefecht das Risiko des Sterbens mit sich bringt. Der Aufständische hat mitunter das Gefecht provoziert und tut alles dafür, es am Laufen zu halten. Folglich kann davon ausgegangen werden, dass der feindliche Kämpfer die damit verbundenen, allgemein drohenden Gefahren kennt und diese toleriert. Dagegen nimmt der Soldat am Krieg teil, weil er dazu verpflichtet wurde. Wo dabei stellt sich die Frage nach der persönlichen Schuld, wenn der Feind stirbt? Könnte es sein, dass das Töten des Gegners von der Gesellschaft, respektive den NotSan, nicht mehr als vertretbares Mittel zum Überleben im Gefecht akzeptiert wird? Und ist die unterlassene Versorgung des Aufständischen nicht auch eine Gefahrenabwehr im Sinne einer Sicherstellung der kollektiven Sicherheit für die im Einsatzland stationierten Soldaten? Und verhältnismäßig?

Es könnte hier von präventiver Gewalt gesprochen werden, da der Aufständische keine Schädigungshandlungen mehr gegen die Soldaten durchführen kann bzw. vom ihm keine Gefahr mehr ausgeht. Jetzt nicht und auch in der Zukunft nicht mehr, denn Krieg ist ein gnadenloses System von Töten und Getötet werden. Der NotSan tötet, um sein eigenes Leben zu beschützen und nicht um des Töten Willens. Im Kampf wäre Mitleid mit dem feindlichen Kämpfer letztendlich Suizid, denn jeder dieser Kämpfer, welcher nicht getötet wird, kann im nächsten Moment den NotSan oder Kameraden töten. Das gilt auch für Verwundete, welche die Waffe oder den Sprengsatz noch am Körper tragen. Es ist nun einmal so, dass die Chance zu überleben mit der Konsequenz und Rücksichtslosigkeit des soldatischen Handelns gegenüber dem feindlichen Kämpfer steigt. Sie wäre folglich eine Abwehrmaßnahme, welche nicht als Reaktion auf den unmittelbar bevorstehenden Angriff erfolgt, sondern bereits im Vorfeld eines solchen Angriffs zur Abwehr einer abstrakten Bedrohungslage stattfindet [153]. Voraussetzung sind die Unmittelbarkeit der Gefährdung, die Plausibilität der Bedrohung und die

Verhältnismäßigkeit der Mittel, welche bei jedem Fall individuell geprüft werden müssten [153]. Über dessen Zulässigkeit herrscht jedoch unterschiedliche Meinung. Vor allem in der US-amerikanischen Literatur wird sie unterstützt, dagegen lehnt der Großteil der internationalen völkerrechtlichen Literatur dieses Vorgehen ab [153].

Die Ergänzung des Vier-Prinzipien-Modell um die beiden Grundsätze „Verhältnismäßigkeit“ und „Fairness“ wäre also durchaus sinnvoll, da bei militärischen Einsätzen das Nutzen-Risiko-Verhältnis betrachtet wird.

#### *5.4 Limitationen*

Die vorliegende Arbeit wurde mit großer Sorgfalt erstellt, allerdings weisen wissenschaftliche Studien in der Regel Limitationen auf. Deshalb sollen im folgenden Abschnitt potenzielle Limitationen der durchgeführten Untersuchung benannt werden. Nicht auszuschließen sind diese in den Bereichen der Art der Datenerhebung, der Stichprobe inklusiv Stichprobenumfang als auch der Beeinflussung durch Durchführende.

##### *5.4.1 Art der Datenerhebung*

Bezüglich der Art der Datenerhebung sind mehrere Limitationen zu diskutieren. Das Messen in Sozialwissenschaften ist durchaus mit systematischen Fehlern behaftet, die mehr oder weniger schwer zu eliminieren sind [48]. Dies gilt besonders für die Erfassung von Einstellungen, wenn auch in unterschiedlich starkem Maß [48]. Denkbar ist, dass sich Probanden bewusst waren „Forschungsobjekt“ zu sein, so dass Verzerrungen des „wahren Verhaltens“ nicht ausgeschlossen werden können (Hawthorne-Effekt). So könnten die teilnehmenden Soldaten der Studie bewusst erwünschte Antworten gegeben haben, wie es vielleicht aus juristischer oder aus der Sicht der höheren Vorgesetzten richtig wäre. Jedoch nicht, wie sie in der Realität des

Auslandseinsatzes handeln würden. Betroffen sein könnten die Fragen, bei denen sich die Probanden selbst einschätzten (Selbstauskunft), wie sie in den vorgestellten Situationen handeln würden.

Ebenso zu beanstanden wäre, dass die Probanden keine Zeitvorgabe beim Fällen der Entscheidung in den vorgestellten Fallbeispielen hatten. Die Entscheidung bei den Fallbeispielen hätte unter Zeitdruck erfolgen müssen um die Einsatzrealität besser abzubilden. Optimal wäre gewesen, den Probanden die Entscheidung unter körperlicher Belastung und dementsprechender Geräuschumgebung treffen zu lassen oder die Szenarien in der Praxis durchzuspielen (Experiment) anstatt die Entscheidungen über einen Fragebogen abzufragen. Ein solches Vorgehen wäre jedoch mit großem Aufwand und Kosten verbunden gewesen, was aufgrund fehlender Forschungsgelder im Rahmen der Masterarbeit nicht möglich war. Darüber hinaus ist fraglich, inwieweit sich die Probanden auf diese Art der Datenerhebung eingelassen hätten. Auch ethische Vorgaben hätten geprüft und eingehalten werden müssen. Jedoch könnte ein solches Vorgehen als möglicher Ansatz für weitere Studien dienen.

Auch die erschwerte Kontrolle der Einhaltung von Instruktionen bei einer Online-Datenerhebung muss als eine weitere Limitation aufgeführt werden, wobei diese in der Natur der Online-Datenerhebung liegt. Es konnte nicht garantiert werden, dass die Teilnehmer den schriftlichen Instruktionen folgen und die Entscheidungen möglichst schnell treffen um die Einsatzrealität korrekt abzubilden. Auch die Anonymität der Teilnahme verringerte möglicherweise die Wahrscheinlichkeit, Instruktionen einzuhalten. Um die Bereitschaft zur Teilnahme an der Studie zu erhöhen, wurden weder eine E-Mail- noch eine IP-Adresse erfasst. Die Rahmenbedingungen sowie der anonyme Charakter schlossen zudem eine Rückverfolgbarkeit aus. Einerseits wurden weder E-Mail- noch IP-Adresse erfasst um die Bereitschaft zur Teilnahme an der Studie zu erhöhen. Andererseits ist es deshalb denkbar, dass ein Teilnehmer aufgrund verschiedener Verteilungswege die

Umfrage mehrfach bearbeitet hat. Eine Verfälschung der Ergebnisse sowie eine gezielte Sabotage mittels bewusster Falschangaben waren folglich nicht komplett auszuschließen. Eine Beeinflussung durch Bystander oder Hilfe von außen wäre ebenfalls möglich gewesen. Zudem existierten zu dieser speziellen Fragestellung weder ein bereits validierter noch überhaupt verwendeter Fragebogen, da bisher nur qualitative Studien in Form von Interview durchgeführt wurden, welche aber nicht genau diesen Themenkomplex behandelten. Folglich musste ein völlig neuer Fragebogen erstellt werden. Es wurde deshalb versucht, mittels Implementierung der bereits validierten Tests ASKU und SOP2 in die Umfrage zumindest eine gewisse Validität zu erreichen.

#### *5.4.2 Selektionsbias*

Als Limitation kann, je nach Sichtweise, angeführt werden, dass die Studienteilnehmer nur eine kleine repräsentative Auswahl darstellen. Anstelle einer Vollerhebung wurde eine Zufallsstichprobe gewählt. Eine Vollerhebung war nicht möglich, da die Mitglieder der untersuchten Population nur teilweise bekannt und in einer angemessenen Frist nicht erreichbar waren. Dafür hätte die personalführende Dienststelle des jeweiligen Militärs um eine Listung sämtlicher im Dienst befindlicher NotSan / RettAss gebeten werden müssen. Datenschutzbestimmungen machten jedoch eine Herausgabe der Daten unmöglich. Zumindest ist die Zufallsstichprobe merkmalspezifisch repräsentativ und bietet mit dem Hintergrund, dass bisher keine Studien zu dieser Fragestellung durchgeführt wurde, einen ersten guten Einblick.

Zudem ist zu beachten, dass die Online-Befragung in den Zeitraum der weltweiten COVID-19-Pandemie fiel. Dies war dem Zeitpunkt der Anmeldung der Abschlussarbeit und dessen Zeitrahmen geschuldet. Es war nicht vorherzusehen, welche Auswirkungen sich auf die Datenerhebung ergeben könnten. Aufgrund von Schließungen öffentlicher Einrichtungen und Behörden sowie Einführung von Homeoffice waren

unterstützende Stellen und die damit verbundenen potentiellen Studienteilnehmer nicht greifbar. NotSan und RettAss waren in die Versorgung der Bevölkerung eingebunden und hatten mutmaßlich keine Zeit an der Studie teilzunehmen.

Die Wahl eines anderen Befragungszeitraums könnte zu mehr Studienteilnehmern und daraus resultierenden divergenten Ergebnissen führen.

#### *5.4.3 Beeinflussung durch Durchführende*

Die Ergebnisse einer Erhebung müssen unabhängig von den Rahmenbedingungen sein. Sowohl die Durchführung einer Erhebung, die Auswertung, als auch die Interpretation der Ergebnisse müssen objektiv sein. Interpretationsobjektivität wird durch eine Normierung des jeweiligen Testverfahrens gesichert. Hier war eine Normierung insoweit nicht möglich, da keine vergleichbaren Fragebögen zu dieser speziellen Fragestellung verfügbar waren. Es fanden sich lediglich qualitative Studien mit einer geringen Anzahl an Interviews. Ein „Eins zu eins-Vergleich“ mit identischen oder ähnlichen Studien war deshalb nicht möglich.

Zudem wurde die Ergebnisinterpretation möglicherweise durch die eigene Auslandserfahrung der Autorin beeinflusst. Sie geriet als NotSan mit ihrer Einheit in einen Hinterhalt mit feindlichem Beschuss durch die radikal-islamischen Taliban in Kombination mit einem Anschlag durch eine improvisierte Sprengladung (IED). Ihre Aufgabe war die Rettung und Versorgung der verwundeten Kameraden als auch die Bergung der Toten. Bei dem Gefecht wurden mehrere deutsche Soldaten getötet und verwundet. Aufgrund dieser Erfahrung einseitiger Nicht-Einhaltung vereinbarter Kriegsregeln durch den Gegner kam es zu einer Einstellungsänderung bezüglich Gerechtigkeit. Das Erleben von persönlicher Gewalt und sowie Tod und Verwundung von Kameraden hat ihre Einstellung verändert. Es ist nicht auszuschließen, dass dies die Sichtweise, Interpretation und Diskussion der gefundenen Ergebnisse beeinflusste.

## 6 Fazit

Als eine der wichtigsten Erkenntnisse ist zu nennen, dass sich bei mäßig ungleicher Verwundung der ganz überwiegende Teil der NotSan für die Versorgung des Kameraden und gegen die des feindlichen Kämpfers entschieden. Darüber hinaus fielen 8 von 10 NotSan die Entscheidungsfindung in den dargestellten Situationen leicht oder sogar sehr leicht. Dabei beeinflussten Ressourcenmangel, Loyalität gegenüber dem eigenen Kameraden und Kameradschaft die Entscheidungsfindung am Häufigsten. Dagegen hatten die Faktoren „ethische Normen“ und „medizinisches Berufsverständnis“ nur wenig Einfluss. Besonders auffällig war die Angabe von Schädigungsabsicht des Feindes, Sicherheitslage vor Ort und Erreichbarkeit des Verwundeten. Zudem empfanden 8 von 10 Studienteilnehmern die Entscheidung zwischen den beiden Verwundeten sogar als leicht oder sehr leicht und hatten keine Bedenken bezüglich rechtlicher Konsequenzen. Schlussendlich folgten die Soldaten zwar eher den ethischen Verpflichtungen, missachteten dabei aber nicht unbedingt die rechtlichen Vorgaben. Sie handeln vielmehr rechtskonform, da eine unklare Einsatzlage die Hilfeleistung gegenüber dem feindlichen Kämpfer regelmäßig nicht zumutbar macht. Insgesamt wurden die theoretischen Annahmen aus der Fachliteratur bestätigt.

Da jedoch nach wie vor große Wissenslücken auf diesem speziellen Themengebiet existieren ist weiterhin Forschungsbedarf vorhanden. So könnte als Weiterführung der Arbeit mit Unterstützung der Bundeswehr eine große Stichprobe deutscher Teilnehmer untersucht werden. Denkbar wäre ebenfalls ein Vergleich der Ergebnisse deutscher und US-amerikanischer NotSan, um mögliche Ursachen auf Basis des kulturellen Hintergrunds zu erforschen. Vor allem, weil sich, abhängig von der utilitaristischen, deontologischen oder tugendethischen Sichtweise, zum Teil stark divergierende Vorgehensweisen im Hinblick auf die bereichsethischen Ausführungen ergeben. Dies erweist sich für die Frage, ob und wie Probleme der Wehrmedizinethik im internationalen Vergleich angegangen werden, als sehr

bedeutungsvoll, da es nicht nur Konsequenzen für den internationalen wissenschaftlichen Diskurs, sondern auch für die Formulierung allgemein geteilter ethischer Standards mit sich bringt. Ebenfalls von Interesse wäre ob sich NotSan bei gleichzeitiger Verwundung anderer Personengruppen (Feind vs. verbündeter Soldat, Feind vs. Einheimischen) ähnlich entscheiden. Dieser Themenkomplex wirft zudem weitere Fragen auf wie „Ist töten durch Unterlassen gerecht?“ und „Wie gehen die Soldaten mit ihrer getroffenen Entscheidung um und was macht sie mit ihnen?“.

Eine eindeutige Handlungsempfehlung kann trotz der durchgeführten Studie nicht gegeben werden, da die Entscheidung von der individuellen Situation abhängt. Eine mögliche Lösung wäre jedoch, neben dem Beüben von Szenarien und Durcharbeiten von Fallstudien, die Erstellung klar definierter Verfahren und Kriterien in Zusammenarbeit mit einsatzerfahrenen NotSan durch das Militär.

Und doch empfiehlt es sich jedem NotSan sehr, um in extremen Situationen wie in den vorgestellten Szenarien, bereits im Vorfeld über ethische Grundsatzfragen nachzudenken, insbesondere wenn das Recht an seine Grenzen stößt. Der NotSan befindet sich in einem Dilemma aus dem es zumindest aus ethischer Sicht keinen klaren Ausweg gibt, ohne etwas Falsches oder gar Verbotenes zu tun.

Egal wie er sich entscheidet, so muss er seine Entscheidung gegenüber sich selbst als auch den Kameraden verantworten und mit ihr leben müssen. Das Gewissen ist der härteste Richter.

## **Einhaltung ethischer Richtlinien**

### **Interessenkonflikt:**

Die Autorin gibt an, dass ein nicht-materieller Interessenskonflikt besteht. Sie ist Soldatin der Bundeswehr.

Die vorgelegte Arbeit ist Teil der Masterarbeit zur Erlangung des Grades Master of Science Gesundheitswissenschaften im Rahmen der akademischen Ausbildung in der Bundeswehr. Sie spiegelt nicht die Meinung der Bundeswehr oder die des Bundesministeriums der Verteidigung wieder.

## Literaturverzeichnis

- [1] 3sat Wissenschaftsdokumentation. „Das Notfall-Dilemma“ (abgerufen am 02. März 2020). Verfügbar unter <<https://www.zdf.de/dokumentation/3sat-wissenschaftsdoku/das-notfall-dilemma-102.html>>
- [2] Andrade G. “Medical ethics and the trolley problem,” *J Med Ethics Hist Med.* 2019; 12(3):1-15
- [3] Andrist A. „Normal- versus Notfallorganisation,“ in: Buerschaper C, Starke S (Hrsg.), *Führung und Teamarbeit in kritischen Situationen*, Frankfurt: Verlag für Polizeiwissenschaft. 2008; S. 261-273
- [4] Badke-Schaub P, Lorei C. „Führen und Entscheiden,“ in: Strohschneider (Hrsg.). *Entscheiden in kritischen Situationen*, Frankfurt/Main: Verlag für Polizeiwissenschaft. 2003; S. 153-160
- [5] Badke-Schaub P, Hofinger G, Lauche K. *Human Factors: Psychologie sicheren Handelns in Risikobranchen*, Berlin, Heidelberg: Springer. 2012; S. 88-96
- [6] Baer H, Baillat J. “Military necessity versus the protection of the wounded and sick: A critical balance,” *J Mil Med.* 2002; 167:17-19
- [7] Baggini J. „Was ist ein gerechter Krieg?“ in: Blackburn S (Hrsg.). *Die großen Fragen Ethik.* Berlin, Heidelberg: Springer Spektrum. 2014; S. 141-150
- [8] Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics.* 7. Auflage. New York: Oxford University Press. 2013; S. 225-272
- [9] Bernthal EM, Draper HJA, Henning J *et al.* „A Band of Brothers’ – an exploration of the range of medical ethical

- issues faced by British senior military clinicians on deployment to Afghanistan: a qualitative study,” *JRAMC*. 2017; 163:199-205
- [10] Betsch T, Funke J, Plessner H. *Denken-Urteilen, Entscheiden, Problemlösen: Allgemeine Psychologie für Bachelor*. Berlin, Heidelberg: Springer. 2011; S. 67-77
- [11] Biesold KH. „Medizinethische Probleme im Einsatz,“ *WMM*. 2009; 53(4):102-105
- [12] Bischofberger J. „Integrative Leistungen des zentralen Nervensystems,“ in: Behrends JC, Bischofberger J, Deutzmann R *et al* (Hrsg.). *Duale Reihe Physiologie*. Stuttgart: Thieme. 2012; S. 755-790
- [13] Blascovich JJ, Hartel CR. „Teams in complex environments,“ in: Blascovich JJ, Hartel CR (Hrsg.). *Human behavior in military contexts*, Washington, D.C.: National Academies Press. 2008; S. 29-38
- [14] Bohnert M. „Extremerfahrungen als Zerreißprobe: Zum Wandel der Streitkräftekultur durch den Einsatz in Afghanistan,“ in: Hartmann U, von Rosen C (Hrsg.). *Jahrbuch Innere Führung* 2013. 2013; S. 333-347
- [15] Boloz W. „Über die Notwendigkeit einer Auseinandersetzung mit dem Utilitarismus in der Bioethik,“ in: Boloz W. Höver G (Hrsg.) *Utilitarismus in der Bioethik*. Münster, Hamburg, London: LIT-Verlag. 2002; S. 9-25
- [16] Borow M. “Ethical dilemmas for physicians in time of war,” *Isr Med Assoc J*. 2010; 12(3):172-173
- [17] Bouvier P. „Hilfe für Verwundete – eine zentrale Pflicht der Menschlichkeit“ in: *Ethik und Militär*, 2015/01; S. 4-11

- [18] Bradburn NM, Sudman S, Blair E *et al.*, „Question threat and response bias,” *Public Opinion Quarterly*, 1978; 42(2):221-234. DOI:10.1086/268444
- [19] Brandenburgische Landeszentrale für politische Bildung. Preußische Tugenden (abgerufen am 05. März 2020). Verfügbar unter <<https://www.politische-bildung-brandenburg.de/ausstellungen/preu%C3%9Fische-betrachtungen/preu%C3%9Fische-tugenden>>
- [20] Bretzke WR. *Der Problembezug von Entscheidungsmodellen* Tübingen: Mohr. 1980; S. 109-113
- [21] Bundesärztekammer. (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (abgerufen am 25. Februar 2020). Verfügbar unter: <[https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/MBO/MBO-AE.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MBO/MBO-AE.pdf)>
- [22] Bundesärztekammer. Offizielle deutsche Übersetzung der Deklaration von Genf (abgerufen am 25. Februar 2020). Verfügbar unter: <[https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/International/Deklaration\\_von\\_Genf\\_DE\\_2017.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/International/Deklaration_von_Genf_DE_2017.pdf)>
- [23] Bundesministerium der Justiz und Verbraucherschutz. Gesetz über den Beitritt der Bundesrepublik Deutschland zu den vier Genfer Rotkreuz-Abkommen vom 12. August 1949. *Bundesgesetzblatt* Jahrgang 1954 Teil II Nr. 17, ausgegeben am 01.09.1954, Seite 781
- [24] Bundesministerium der Verteidigung (Hrsg.). Zentrale Dienstvorschrift A-2141/1 *Humanitäres Völkerrecht in bewaffneten Konflikten*. Euskirchen: Streitkräfteamt. Gültig ab Mai 20.02.2018; Nr. 309-332
- [25] Bundesregierung. Regierungserklärung des Bundesministers des Auswärtigen, Dr. Guido Westerwelle, zum deutschen Afghanistan-Engagement nach der Londoner Kon-

ferenz vor dem deutschen Bundestag am 10. Februar in Berlin (abgerufen am 24. Februar 2020). Verfügbar unter: <<https://www.bundesregierung.de/breg-de/service/bulletin/regierungserklaerung-des-bundesministers-des-auswaertigen-dr-guido-westerwelle--794758>>

- [26] Bundesregierung. Rede des Bundeministers der Verteidigung Dr. Karl-Theodor Freiherr zu Guttenberg im Rahmen der Aussprache zur Regierungserklärung der Bundeskanzlerin vor dem Deutschen Bundestag am 10. November 2009 in Berlin (abgerufen am 24. Februar 2020). Verfügbar unter <<https://www.bundesregierung.de/breg-de/service/bulletin/rede-des-bundesministers-der-verteidigung-dr-karl-theodor-freiherr-zu-guttenberg--793530>>
- [27] Bundeswehr. Aktuelle Einsätze der Bundeswehr (abgerufen am 02. März 2020). Verfügbar unter <<https://www.bundeswehr.de/de/einsaetze-bundeswehr>>
- [28] Bundeswehr. Die Tradition der Bundeswehr: Richtlinien zum Traditionsverständnis und zur Traditionspflege (abgerufen am 10. Juli 2020). Verfügbar unter <<https://www.bmvg.de/resource/blob/23234/6a93123be919584d48e16c45a5d52c10/20180328-die-tradition-der-bundeswehr-data.pdf>>
- [29] Carter, BS. “Ethical concerns for physicians deployed to operation Desert Storm,” *Military Medicine*. 1994; 159(1):55-59
- [30] Chiari B. „Die Bundeswehr als Zauberlehrling der Politik? Der ISAF-Einsatz und das Provincial Reconstruction Team (PRT) Kunduz 2003 bis 2012,“ *Militär-geschichtliche Zeitschrift*. 2013; 72:317-351. DOI 10.1515/mgzs-2013-0013

- [31] Coker C. *The Warrior Ethos: Military Culture and the War on Terror*. London, New York: Routledge. 2007; S. 132-147
- [32] Dallmann HU, „Eine tugendethische Annäherung an den Begriff und Pädagogik der Kompetenzen,“ *Ethik und Gesellschaft*. 2009; 1:17-24, <<https://ethik-und-gesellschaft.de/ojs/index.php/eug/article/view/1-2009-art-3> >
- [33] Deutsche Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall und Akutmedizin, „Ethikkodex der Notfallpflege,“ (abgerufen am 25. Februar 2020).
- [34] Deutscher Berufsverband Rettungsdienst. „10 goldene Regeln für die Arbeit im Rettungsdienst,“ (abgerufen am 25. Februar 2020). Verfügbar unter <<https://www.dbrd.de/aktivitaeten/aktuelles/394-10-goldene-regeln-fuer-die-arbeit-im-rettungsdienst>>
- [35] Donner W. “Mill’s moral and political philosophy,” In: Donner W, Fumerton R (Hrsg.), *Mill*, Chichester, West Sussex: Wiley Blackwell. 2009; S.13-22
- [36] Döring-Seipel E, Lantermann ED, „Komplexität – eine Herausforderung für Unternehmen und Führungskräfte,“ in: Grote S (Hrsg.). *Die Zukunft der Führung*. Berlin: Springer. 2012; S. 153-171
- [37] Döring-Seipel E, Lantermann ED, *Komplexitätsmanagement: Psychologische Erkenntnisse zu einer zentralen Führungsaufgabe*. Wiesbaden: Springer Gabler. 2015; S. 5-9
- [38] Dörner D, Kreuzig HW, Reither F *et al.*, *Vom Umgang mit Unbestimmtheit und Komplexität*. Bern: Huber. 1983; S. 53-57
- [39] Dreist P, „Rechtsgrundlagen für den Einsatz militärischer Gewalt bei Auslandseinsätzen der Bundeswehr: ist das deutsche Recht für die Zwangsmittelanwendung in Friedens- und Krisenreaktionsoperationen ergänzungsbedürftig?“ *UBWV*. 2015; 54(11):331-352

- [40] Dunlap Jr CJ. "Lawfare 101: A primer," *Military Review*. 2017; 97(May-June):8-17
- [41] Eagan Chamberlin SM, "The warrior in a white coat: Moral dilemmas, the physician-soldier & the problem of dual loyalty," *MCIF*. 2014; 4:4-7
- [42] Elßner TR., „Ethisches Verhalten als Richtschnur im Einsatz: Ethik endet nicht, wo Soldaten handeln,“ *Zeitschrift für Innere Führung*: if. 2014; 58:17-24
- [43] „Enzyklopädie der Wertevorstellungen. Ethik, Moral, Recht,“ (abgerufen am 03. März 2020). Verfügbar unter <<https://www.wertesysteme.de/werte-glossar/ethik-moral-recht/>>
- [44] Evangelisches Kirchenamt für die Bundeswehr, (Hrsg.) *Friedensethik im Einsatz*; 1. Auflage. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus. 2009; S. 180-195
- [45] Fenner D. *Einführung in die angewandte Ethik*; UTB Verlag. Stuttgart: UTB-Verlag. 2010; S. 2-11
- [46] Fiedler J. *Philosophische Überzeugungen*. Norderstedt: Books on Demand. 2018; S. 20-88
- [47] Fischer D, „Medizinische Ethik im militärischen Kontext: Eine Herausforderung für Forschung und Lehre,“ *Ethik und Militär* 2019; 2:50-56  
<[https://www.ethikundmilitaer.de/fileadmin/ethik\\_und\\_militaer/Ethik-und-Militaer-2019-2.pdf](https://www.ethikundmilitaer.de/fileadmin/ethik_und_militaer/Ethik-und-Militaer-2019-2.pdf) >
- [48] Frey D, Greif S. *Sozialpsychologie: Ein Handbuch in Schlüsselbegriffen*. Weinheim: Psychologie Verlags Union. 1997; S. 204-208
- [49] Funke J, Frensch PA. „Complex problem solving – The European perspective: 10 years after,“ in: Jonassen D (Hrsg.). *Learning to solve complex scientific problems*. Hillsdale, New Jersey: Erlbaum. 2007; S. 25-48

- [50] Gaidry AD, Hoehner PJ. "Pilot Study: The role of predeployment ethics training, professional ethics, and religious values on naval physicians' ethical decision making," *Mil Med.* 2016; 181(8):786-792
- [51] Garner JG. "General Order 100 revisited." *Mil Law Rev.* 1965; 27:5-44
- [52] Gigerenzer G. „Risikoforschung,“ in: M. Tschechne M (Hrsg.). *Wir haben die Lösungen - Gespräche über die neue Psychologie und ihre wichtigsten Erkenntnisse.* Weinheim: Beltz. 2014; S. 13-49
- [53] Gross ML. *Bioethics and armed conflict: Moral dilemmas of medicine and war.* 1. Auflage. Cambridge: MIT Press. 2006; S. 59-63
- [54] Gross ML. "Caring for compatriots: Military necessity before medical need" *MCIF.* 2016; 3:20-24
- [55] Gross ML. "Comradery, community, and care in military medical ethics," *Theor Med Bioeth.* 2011; 32(5):337-350
- [56] Gross ML. "Saving life, limb and eyesight: Assessing the medical rules of eligibility during armed conflict," *Am J Bioeth.* 2017; 17(10):40-52
- [57] Gross ML. "Teaching military medical ethics: Another look at dual loyalty and triage," *Camb Q Health Ethics.* 2010; 19(4):458-464
- [58] Grünig R, Kühn R. *Prozess zur Lösung komplexer Entscheidungsprobleme: Ein heuristischer Ansatz.* 5. Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer Gabler. 2017. S. 7-13
- [59] Grunwald E. Vollmuth R. *Der Sanitätsdienst der Bundeswehr im Wandel der Zeit.* Wehrmed Wehrpharm. 2006; 30(3):26-34
- [60] Hamann Heiko. *Schwarzintelligenz.* Berlin: Springer Spektrum. 2019; S. 93-101

- [61] Hayat SA, Luben R, Moore S *et al.*, „Cognitive Function in a General Population of Men and Women: A Cross Sectional Study in the European Investigation of Cancer-Norfolk Cohort (EPIC-Norfolk),” *BMC Geriatr.* 2014; 14:142. doi:10.1186/1471-2318-14-142
- [62] Heinsch R. „Der Wandel des Kriegsbegriffs – Brauchen wir eine Revision des humanitären Völkerrechts?“. *HuV-I: JILPAC.* 2010; 23(3):133-141
- [63] Held V. *The ethics of care: Personal, political, and global.* New York. USA: Oxford University Press. 2006; S. 58-75
- [64] Hoffmann M. „Nichtschadensprinzip (Principle of Nonmaleficence),“ in: Lenk C, Duttge G, Fangerau H. *Handbuch Ethik und Recht der Forschung am Menschen.* Berlin, Heidelberg: Springer. 2014; S. 201-205
- [65] Hofinger G. „Komplexität, Unbestimmtheit und Unsicherheit,“ in: Heimann R, Strohschneider S, Schaub H (Hrsg.). *Entscheiden in kritischen Situationen: Neue Perspektiven und Erkenntnisse.* Frankfurt; Verlag für Polizeiwissenschaft. 2013; S. 3-23
- [66] Hollnagel E. “Decision about ‘what’ and decisions about ‘how’,” in: Cook M, Noyes J, Masakowski Y (Hrsg.). *Decision-making in complex environment.* Hampshire: Ashgate. 2007; S. 7
- [67] Horn EP. Feldwebel: *Meister ihres Fachs.* Bonn: Bundesministerium der Verteidigung Führungsstab des Heeres. 2012; S. 28 – 40
- [68] Horstmann H. *Der rote Esel: Handbuch für den militärischen Stabsdienst und Führungsprozess.* Norderstedt: Books on demand. 2009; S. 114-143

- [69] Howe EG. “When, if ever, should military physicians violate a military order to give medical obligations higher priority?” *Mil Med.* 2015; 180(11):1118-1119
- [70] Howe EG, McKenzie RC, Bradford C. “Ethics and military medicine: Core contemporary questions,” in: US Army, United States Government (Hrsg.). *Combat and operational behavioral health*. 1. Edition. Washington: Office of the Surgeon General; 2011; S. 727-773
- [71] International Committee of Military Medicine. Member States (abgerufen am 05. März 2020). Verfügbar unter <<http://www.cimm-icmm.org/page/anglais/memstatTxe.php>>
- [72] International Committee of Red Cross. Rule 26 Medical Activities Customary IHL (abgerufen am 11. Juni 2020). Verfügbar unter <[https://ihl-databases.icrc.org/customary-ihl/eng/docs/v1\\_rul\\_rule26#:~:text=Medical%20secrecy-,Rule%2026.,to%20medical%20ethics%20is%20prohibited](https://ihl-databases.icrc.org/customary-ihl/eng/docs/v1_rul_rule26#:~:text=Medical%20secrecy-,Rule%2026.,to%20medical%20ethics%20is%20prohibited)>
- [73] Ipsen K, Epping V, Heintschel W *et al.*, *Völkerrecht*. 6. Auflage. München: Beck. 2014; §62 I 1 Rn4
- [74] Jonsen AR. „Bentham in a box: Technology assessment and health care allocation,” *Law Med Health Care*. 1986; 14(3-4):172-174
- [75] Kahnemann D, Tversky A. “Prospect Theory: An analysis of decision under risk,” *Econometrica*. 1979; 2(47):263-291
- [76] Kattan MW, Cowen ME. *Encyclopedia of medical decision making*. Thousand Oaks, Kalifornien: SAGE Publications. 2009; S. 71-75
- [77] Kelly J. “Following professional codes of practice and military orders in austere military environments: A controversial debate on ethical challenges,” *Journal of the*

- Royal Army Med. Corps.* 2015.161(Suppl1): i10-i12. doi: 10.1136/jramc-2015-000545
- [78] Kern BR. Triage – „Sichten und Sortieren als Mittelpunkt der Katastrophenmedizin,“ in: Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (Hrsg.). *Katastrophenmedizin.* 6. Auflage, unveränderter Nachdruck. Bonn: Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe. 2013; S 50-62
- [79] König O, Schattenhofer K. *Einführung in die Gruppendynamik.* Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag. 2016; S. 15-22
- [80] Kreß K. „Zur Methode der Rechtsfindung im Allgemeinen Teil des Völkerstrafrechts,“ *ZStW.* 1999; 111(3):597-623
- [81] Lange S, Wöhrle-Chon R. „Ethische Bildung als Orientierungsdisziplin – Eine neue Vorschrift gibt Handlungssicherheit,“ *IF- Zeitschrift für Innere Führung,* 2020; 1:12-19
- [82] Laux H, Gillenkirch RM, Schenk-Mathes HY. *Entscheidungstheorie,* Berlin, Heidelberg: Springer Gabler. 2019; S.12-30
- [83] Lenk C. „Konzeption von Gerechtigkeit und der Umgang mit begrenzten Ressourcen,“ in: Dengler K, Fangerau H (Hrsg.). *Zuteilungskriterien im Gesundheitswesen: Grenzen und Alternativen,* Bielefeld: Transcript Verlag. 2013; S. 77-81
- [84] Lenzner T, Menold N. GESIS „Survey Guidelines – Frageformulierung,“ Mannheim: GESIS – Leibnitz-Institut für Sozialwissenschaften. 2015; DOI: 10.15465/gesis-sg\_017
- [85] Lindemann M. *Kann töten erlaubt sein? Ein Soldat auf der Suche nach Antworten.* Berlin: Econ Verlag. 2013; S. 214

- [86] Lüder SR. „Zur Geschichte des modernen humanitären Völkerrechts,“ *Bundeswehrverwaltung: BWV*. 2016; 60(90): 195-199
- [87] Lundberg K, Kjellström S, Jonsson A *et al.*, „Experiences of Swedish military medical personnel in combat zones: Adapting to competing loyalties,“ *Mil Med*. 2014; 179(8):821-826
- [88] Marckmann G, Jox RJ. „Ethische Grundlagen medizinischer Behandlungsentscheidungen,“ Auftaktartikel zur Serie *Ethik in der Medizin* Bayerisches Ärzteblatt. 2013; 9:442-445
- [89] Marshall SLA. *Men against fire: The problem of battle command*, Washington, New York: Infantry Journal Press. 1947; S. 123-137
- [90] McCallum JE. *Military Medicine from ancient times to the 21st century*. Santa Barbara, Kalifornien: ABC-CLIO. 2008; S. 132
- [91] McCoubrey H. “The Nature of the modern doctrine of military necessity,“ 30 *Mil L & L War Rev*. 1991; 215:220-293
- [92] McKie J, Richardson J. “The rule of rescue,“ *Social Sc & Med*. 2003; 56:2407-2419
- [93] McMahan J. „Kann töten gerecht sein? Die moralische Verantwortung und die Theorie vom gerechten Krieg,“ *If – Zeitschrift für Innere Führung*. 2011; 2:52-59
- [94] Mehlman MJ, Corely S. „A framework for military ethics“ *J Mil Ethics*. 2014; 13(4):331-349
- [95] Mehring S. „Die Regeln für Ärzte im bewaffneten Konflikt,“ *HuV-I: JILPAC*. 2012; 4:193-200
- [96] Menold N, Bogner K. GESIS „Survey Guidelines - Gestaltung von Ratingskalen in Fragebögen,“ Mannheim:

- Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften. 2015; DOI: 10.15465/gesis-sg\_015
- [97] Messelken D. Von „Rollenkonflikten und Verpflichtungen - Militärärzte sind Ärzte,“ *Ethik und Militär*. 2015; 1:51-55
- [98] Micewski ER. „Zur Ontologie von Moral und Ethik und über militärische Ethik,“ *Österreichische Militärische Zeitschrift*. 2017; 55(3):322-333
- [99] Molle K. „Die geschützte und zu schützende Person als Tatbestandsmerkmal der Kriegs- und Bürgerkriegsverbrechen“ *HVI*. 2006; 19(4):274-281
- [100] Münkler H. *Thomas Hobbes*. Frankfurt, New York: Campus Verlag. 2001; S. 80-93
- [101] National Association of Emergency Medical Technician. Code of ethics and EMT oath (abgerufen am 05. März 2020). Verfügbar unter <<https://www.naemt.org/about-ems/emt-oath>>
- [102] National Research Council. “Teams in complex environments,” in: Blascovich JJ, Hartel CR (Hrsg.) *Human behavior in military contexts*. Washington, D.C.: The National Academies Press. 2008; S. 29-38
- [103] Neitzel S. “Die sollen töten können,” *Der Spiegel*. 2017; 29:42-44
- [104] Noy C. “Sampling knowledge: The hermeneutics of snowball sampling in qualitative research,” *Int J Soc Research Methodol*. 2008; 11(4):327-344
- [105] Oetting W. *Motivation und Gefechtswert: Vom Verhalten des Soldaten im Kriege*. Frankfurt am Main. Report Verlag. 1990; S. 108-115
- [106] Okorie N. “Partiality, impartiality and the ethics of triage,” *Dev World Bioeth*. 2019; 19(2):76-85

- [107] Olsthoorn P. “Dual loyalty in military medical ethics: A moral dilemma or a test of integrity?” *Journ. Royal Army Med Corps.* 2019; 165(4):282-283
- [108] Olsthoorn P, Bollen M, Beeres R. “Dual loyalties in military medical care – Between ethics and effectiveness,” in: Amersfoort H, Moelker R, Soeters J, *et al.*, *Moral responsibility & Military effectiveness.* Den Haag, Niederlande: T:M:C: Asser Press. 2013; S. 79-96
- [109] Pleger W. *Das gute Leben: Eine Einführung in die Ethik.* Stuttgart: J. B. Metzler. 2020; S. 321-328
- [110] Porst R. *Fragebogen - Ein Arbeitsbuch.* Wiesbaden: Springer. 2014. S. 155-160
- [111] Pressfield S. *The warrior ethos: Wars change, warriors don't.* Black Irish Entertainment Press; 2011; S. 26-28
- [112] Rasmussen J. *Skills, rules, knowledge – signals, signs and symbols and other distinctions in human performance models.* IEEE Transactions, Systems, Man, Cybernetics. 1983; 13:257-267
- [113] Rauprich O. Prinzipienethik in der Biomedizin – Eine Einführung, in: Rauprich O, Steger F (Hrsg.). *Prinzipienethik in der Biomedizin: Moralphilosophie und medizinische Praxis.* Frankfurt / New York: Campus Verlag. 2005; S. 11-47
- [114] Repine TB, Lisagor P, Cohen DJ, “The dynamics and ethics of triage: Rationing care in hard times,” *Mil Med.* 2005; 170(6):505-509
- [115] Rosen F. *The Collected Works of Jeremy Bentham.* Oxford: Clarendon Press. 1983; S. 154-164
- [116] Rotter F. Soldat und Moral. *Loyal: Magazin für Sicherheitspolitik.* 2015; 3:28-31
- [117] Schmidt-Radefeldt R. „Die Wurzeln des modernen Kriegsvölkerrechts als transatlantisches Erbe – Leben und

- Werk von Francis Lieber (1798 – 1872),“ HuV-I : *JILPAC*. 2009; 22(1):44-55
- [118] Seidler FW, De Zayas AM. *Kriegsverbrechen in Europa und im Nahen Osten im 20. Jahrhundert*. Berlin: Mittler & Sohn. 2002; S. 176-178
- [119] Seiffert A, Heß J, „Die Soldaten und Veteranen der Generation Einsatz der Bundeswehr: Ergebnisse der sozialwissenschaftlichen Langzeitbegleitung des 22. Kontingents ISAF,“ (abgerufen am 20. Juli 2020), Verfügbar unter:  
<<http://www.zmsbw.de/html/einsatzunterstuetzung/downloads/20190221forschungsbereichtseiffertthesslebennachafghanistan.pdf>>
- [120] Sessums I, Collen J, O’Malley P *et al.* “Ethical practice under fire: Deployed physicians in the global war on terrorism,” *J Mil Med.* 2009; 174(5):441-447
- [121] Sherman N, *Stoic warriors: The ancient philosophy behind the military mind*, New York: Oxford University Press. 2005; S. 151-179
- [122] Shils E, Janowitz M, “Cohesion and Disintegration in the Wehrmacht in World War II,” *Public Opinion Quarterly.* 1948; 12(2):280-315
- [123] Steiner E, Benesch M. *Der Fragebogen - Von der Forschungs idee zur SPSS-Auswertung*. Wien: facultas. 2018; S. 60-62
- [124] Stiller C. *Innere Führung konkret*. Potsdam: Zentrum für Militärgeschichte und Sozialwissenschaften der Bundeswehr. 2017; S. 102-103
- [125] Stirik P. *A history from military occupation from 1792 to 1914*. Edinburgh: University Press. 2016; S. 224-253
- [126] St. Pierre M, Hofinger G, Buerschaper C, *Notfallmanagement: Human Factors und Patientensicherheit in*

- der Akutmedizin*, Springer. Berlin, Heidelberg: 2011; S. 25-29
- [127] Sunzi (Clavell J: Hrsg.). *Die Kunst des Krieges*. München: Droemersch Verlaganstalt. 1988; S. 37-41
- [128] Thielmann G. „Entscheidung in der Unsicherheit,“ in: Heimann R, Strohschneider S, Schaub H. *Entscheiden in kritischen Situationen: Neue Perspektiven und Erkenntnisse*. Frankfurt: Verlag für Polizeiwissenschaft. 2013; S. 61-76
- [129] Thielmann G, Hofinger S, „Programmierte Entscheidungen und Entscheidungshilfen in der Stabsarbeit,“ in: Hofinger G, Heimann R (Hrsg.). *Handbuch Stabsarbeit*. Berlin, Heidelberg: Springer. 2016; S. 109-114
- [130] Tomforde M. Neue Militärkultur(en): „Wie verändert sich die Bundeswehr durch die Auslandseinsätze?“ in: Apelt M (Hrsg.). *Forschungsthema Militär*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. 2010; S. 193-219
- [131] Torelli M. « La Protection du Mèdicien dans les Conflits Armès », in: Swinarski C (Hrsg.), *Studies and Essays on International Humanitarian Law and Red Cross Principles in honour of Jean Pictet*. Leiden. 1984; S. 597
- [132] United States Army School of Aviation Medicine. *Standard medical operating guidelines for Critical Care Flight Paramedics*. Department of Defence. 2019; Part II
- [133] Vaske GM. „Helfer in Gefahr - neue Herausforderungen in bewaffneten Konflikten,“ *Ethik und Militär*. 2015; 1:63-64
- [134] Verweij D. “Comrades or friends? On friendship in the Armed Forces,” *J Mil Ethics*. 2007; 4:280-291
- [135] Visserl SL, „Helfer in Gefahr – neue Herausforderungen in bewaffneten Konflikten,“ *Ethik und Militär*. 2015; 1:63-64

- [136] Visser SL, „The soldier and autonomy,“ in: Beam TE, Spracino LR. *Military medical ethics*. Vol.1. Falls Church, VA: Office of the Surgeon General. 2003; S. 251-66
- [137] Vollmer H, „Kohäsion und Desintegration militärischer Einheiten,“ in: Apelt M (Hrsg.). *Forschungsthema Militär: Militärische Organisationen im Spannungsfeld von Krieg, Gesellschaft und soldatischen Subjekten*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. 2010; S. 163-186
- [138] Vollmuth R. „Healthcare professionals between medical ethics and military duties: beware of the “slippery slope,“ *MCIF*. 2016; 2:35-37
- [139] Vollmuth R, „Historisch-ethische Anmerkungen zum Waffeneinsatz durch den Sanitätsdienst der Bundeswehr,“ *Webmed*. 2017; 9/10:31-32
- [140] Vom Hagen U. „Homo militaris - Gestalt institutionalisierter Gewalt,“ *APuZ*. 2013; 63(44):42-47
- [141] Vom Hagen U. *Homo militaris – Perspektiven einer kritischen Militärsoziologie*. Bielefeld: transcript Verlag. 2012; S. 43-50
- [142] Von Clausewitz C. *Vom Kriege*. München: Cormoran Verlag. 2000; S. 30 - 40
- [143] Von der Pfordten D. *Normative Ethik*. Berlin, New York: De Gruyter. 2010; S. 281-292
- [144] Von Einem C, „Militärärzte und Sanitäter im Konflikt mit dem Kriegsvölkerrecht,“ *Ethik und Militär*. 2015; 1:21-26
- [145] Von Uslar R. „Wer wird behandelt?: Reflexionen zu ‚Medical Rules of Eligibility‘ in Operationen des internationalen Krisenmanagements,“ *Wehrmed Monatschr*. 2018; 62(7):1-12
- [146] Walter T, „Das Handeln auf Befehl und §3 VStGB,“ *Juristische Umschau*. 2005; 7:279-283

- [147] Wead S, "Ethics, combat, and a soldier's decision to kill," *Military review* 2015; 95(March/April): 69-81
- [148] Weber M, „Politik als Beruf,“ in: Mommsen J, Schluchter W, Morgenbrod B (Hrsg.). *Wissenschaft als Beruf, 1917/1919; Politik als Beruf, 1919*. Tübingen: Mohr Siebeck. 1994; Teil 1, Band 17; S. 35-80
- [149] Wehner T. *Zum Entscheiden geboren. Zur Sache Bw: Schwerpunkt Entscheidungen*. 2017; 31(1):8-13
- [150] Wehrmedizin und Wehrpharmazie. „Rotes Kreuz im Fadenkreuz?“ (abgerufen am 06. März 2020). Verfügbar unter <<https://wehrmed.de/article/1302-rotes-kreuz-im-fadenkreuz.html>>
- [151] William-Jones B, Rochon C, "Are military and medical ethics necessarily incompatible? A Canadian case study," *J Law Med Ethics*. 2016; 44:639-651
- [152] Wissenschaftliche Dienste Deutscher Bundestag. Aktueller Begriff: „Zur völkerrechtlichen Kategorisierung von Konflikten“ (abgerufen am 29. Februar 2020). Verfügbar unter <[https://www.bundestag.de/resource/blob/191426/3c0cf9515fa4bdf8337d042ae2b9fc5c/Kategorisierung\\_von\\_Konflikten-data.pdf](https://www.bundestag.de/resource/blob/191426/3c0cf9515fa4bdf8337d042ae2b9fc5c/Kategorisierung_von_Konflikten-data.pdf)>
- [153] Wissenschaftliche Dienste Deutscher Bundestag. „Zum Konzept der präemptiven Selbstverteidigung (abgerufen am 22. Juli 2020).,“ Verfügbar unter <<https://www.bundestag.de/resource/blob/414640/44a2b7337d3b8fd94962639cb365c9c8/WD-2-049-07-pdf-data.pdf>>
- [154] World Medical Association, "Ethical principles of health care in times of armed conflict and other emergencies," (abgerufen am 25. Dezember 2019). Verfügbar unter

<[www.wma.net/wpcontent/uploads/2017/02/4245\\_002\\_Ethical\\_principles\\_web.pdf](http://www.wma.net/wpcontent/uploads/2017/02/4245_002_Ethical_principles_web.pdf)>“

- [155] Xenakis S, Ofran Y. “Maintaining medical neutrality in conflict zones, *Virtual Mentor*. 2007; 9(10):681-687. doi: 10.1001/virtualmentor.2007.9.10.ccas3-0710
- [156] Züll C. *Offene Fragen*. Mannheim: GESIS – Leibnitz-Institut für Sozialwissenschaften (Gesis Survey Guidelines. 2015; DOI: 10.15465/gesis-sg\_002

# Anhang

## a) Formel von Bernoulli

$$\sum_{s=1}^{N_s} w(S_s) U(x_{as}) \rightarrow \text{Max!}_a$$

Nutzenfunktion  $U$ , die den Ergebnissen  $x$  reelle Nutzenwerte  $U(x)$  zuordnet.

Die individuelle Nutzenfunktion zeigt dabei die Risikoeinstellung des Entscheiders. Eine konkave Funktion steht für einen risikoaversen Entscheider, eine konvexe Funktion für einen risikofreudigen Entscheider und eine lineare Funktion für eine risikoneutrale Haltung. Das Vorhandensein konkaver als auch konvexere Bereiche ist ebenfalls möglich. Dies wäre der Fall, wenn Risikofreude (z.B. Lotto spielen) als auch Risikoaversion (z.B. Abschließen von Versicherungen) gezeigt wird. [82]

## b) Mathematisches Modell der Prospect-Theorie

$$U = w(p_1)v(x_1) + w(p_2)v(x_2) + w(p_n)v(x_n)$$

$x_1, x_2, x_n$  = potenzielle Resultate

$p_1, p_2, p_n$  = dessen jeweilige Eintrittswahrscheinlichkeit

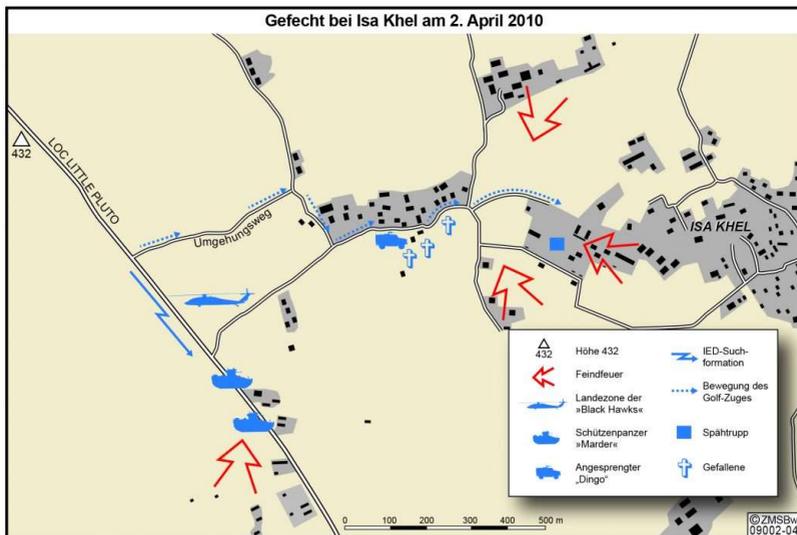
$v$  = Wertefunktion, die einem Resultat einen Wert oder Nutzen zuordnet

$w$  = Wahrscheinlichkeits-Gewichtungsfunktion (zeigt, dass Individuen unwahrscheinliche Ergebnisse überbewerten und mittel- bis hochwahrscheinliche Ergebnisse unterbewerten)

Die Wertefunktion ist s-förmig und schneidet den Referenzpunkt (0;0). Sie verläuft konkav im Bereich der Gewinne und konvex im Bereich der Verluste und ist steiler im Verlust- als im

Gewinnbereich. Zudem werden nur Verluste und Gewinne gemessen, nicht aber absolute Beträge. [76]

c) Mögliches Einsatzszenario, welches eine Entscheidung des NotSan bzgl. der Verwundetenversorgung erfordert



## Danksagung

Zunächst möchte ich Frau Professor Dr. Buchner für die Annahme des doch recht speziellen Themas und die durchwegs sehr gute Betreuung der Arbeit danken.

Weiteren Dank gilt Herrn Dr. Daniel Messelken von der Universität Zürich, welcher mich trotz der großen Distanz hervorragend betreut hat.

Mein Dank gilt ebenso Wehrdisziplinaranwalt Herrn Regierungsdirektor Rolf Böckmann für die Unterstützung mittels der notwendigen Fachliteratur zum Themenbereich Recht.

Besonderen Dank gilt auch Andreas Zier und Maja Böhm für die stete Erinnerung, immer ALLE meiner Möglichkeiten und Fähigkeiten zu nutzen und nie aufzugeben.

## **Ehrenwörtliche Erklärung**

Ich versichere hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig verfasst und keine anderen als die im Literaturverzeichnis angegebenen Quellen benutzt habe.

Alle Passagen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten oder noch nicht veröffentlichten Quellen entnommen sind, habe ich als solche kenntlich gemacht. Die Zeichnungen oder Abbildungen dieser Arbeit sind von mir selbst erstellt worden oder mit einem entsprechenden Quellennachweis versehen.

Die Arbeit hat noch nicht in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsinstanz vorgelegen.

Ich bin mir bewusst, dass eine falsche Erklärung rechtliche Folgen haben wird.

*Im Original gezeichnet*

Bogen, 6. Oktober 2020

Sandra Kürzinger







Ziel dieser Studie war zu erforschen, wie sich Notfallsanitäter im Auslandseinsatz entscheiden, wenn sie bei der Verwundetenversorgung zwischen dem eigenen Kameraden und dem feindlichen Kämpfer wählen müssen. Zudem sollte erschlossen werden, warum sie sich in der Art und Weise (Motiv) entscheiden, da auf diesem Gebiet bisher keine empirischen Studien durchgeführt wurden. Als Basis der Untersuchung dienten dabei theoretische Überlegungen, welche auf dem Wissen der Psychologie, der Ethik sowie der Rechtswissenschaft gründen.

Insgesamt konnten 59 gültige Fragebögen ausgewertet werden. Zur Zielgruppe gehörten Notfallsanitäter und Rettungsassistenten, welche hauptberuflich in einer Streitkraft dienen / dienten und mindestens einmal an einem Auslandseinsatz teilgenommen hatten. Die Studie zeigte u.a. dass alle NotSan sich entschieden bei gleich schwerer Verwundung für den Kameraden. Bei schwererer Verwundung des Feindes entschieden sich 25% der NotSan für die Versorgung des Kameraden und 75% für die des Feindes. Bei mäßig ungleich schwerer Verwundung (Kamerad Funktionsverlust der Beine, Feind Lebensbedrohung) wählten 87% den Kameraden und 13% den Feind.

Im Namen der Jury hielt Generalmajor die Laudatio. Dr. Juan Moliner Gonzalez aus Spanien. Er stellte fest, dass die Dissertation von Hauptfeldwebel Kürzinger genau dazu beiträgt, „... die militärische medizinische Ethik zu klären und eine sorgfältige Analyse dieses Konzepts anzubieten, was zu einem interdisziplinären Ansatz führt, der medizinische Ethik und militärische Ethik umfasst, beides zwei Beispiele angewandter Ethik, die von grundlegender Ethik unterschieden werden müssen.“

*Diese Diplomarbeit wurde mit dem ersten Preis des Jahres 2023 im jährlichen Wettbewerb von EuroISME für die beste studentische Arbeit (Master of Arts) ausgezeichnet. Für Informationen über den Wettbewerb, bitte besuchen Sie <[www.euroisme.eu](http://www.euroisme.eu)>.*

