

Ethik in der präklinischen Notfallmedizin am Beispiel des Grazer Rettungswesens

Diplomarbeit

zur Erlangung des akademischen Grades eines
Magisters der Philosophie

an der Geisteswissenschaftlichen Fakultät
der Karl-Franzens-Universität Graz

vorgelegt von

Martin Eigler

am Institut für Philosophie

Begutachterin: ao. Univ. Prof. Mag. Dr. Sonja Rinofner-Kreidl

Graz, 2012

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich erkläre an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen/Hilfsmittel nicht benutzt, und die den benutzten Quellen wörtlich und inhaltlich entnommene Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Die Arbeit wurde bisher weder in gleicher noch in ähnlicher Form einer andern Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Graz, im März 2012

Danksagung

Die nunmehr vorliegende Arbeit zum Abschluss gebracht zu haben erfüllt mich mit Freude, aber vor allem auch mit Dankbarkeit all jenen gegenüber, die mich - teilweise durch Jahre hinweg - unterstützt, ermutigt und gefördert haben. Diese Dankbarkeit richtet sich in erster Linie an meine Familie, meine Freundin Claudia und deren Familie für alle Formen der liebevollen Zuwendung, die ich durch sie erfahren durfte.

Frau Univ. Prof. Mag. Dr. Sonja Rinofner danke ich für ihre Ermutigung zur Reflexion, ihre engagierte Form der Betreuung und vor allem dafür, dass sie mir, gemeinsam mit Herrn Mag. Andreas Rinofner, im Mai 2001 das Tor zur Welt der Philosophie eröffnete. Auch ihm danke ich dafür - und für unzählige bereichernde Gespräche.

Tiefen Respekt empfinde ich für Herrn Univ. Prof. i. R. Mag. Dr. Kurt Weinke, der mir durch sein schier unerschöpfliches Wissen, seine klare Art der Lehre und seine erfrischende Offenheit neue Wege des Denkens offenbart hat.

Ohne fundierte medizinisch-wissenschaftliche Betreuung wären die vorliegenden Betrachtungen theoretischer und praktischer Notfallmedizin nicht möglich gewesen. Vor allem Herr Univ. Prof. Dr. Gerhard Prause war stets dazu bereit, hilfreich Auskunft zu erteilen, wo dies notwendig war. Ebenso engagiert zeigte sich Frau Dr. Andrea Kalloch, die mich als unermüdliche Diskussionspartnerin und Kritikerin mit wertvollen Beiträgen aus der praktischen Notfallmedizin versah.

Dankbar bin ich auch der Rechtsabteilung der Karl-Franzens Universität Graz für ihre Unterstützung: Herr ORat Dr. Gerfried Förster und Frau Mag. Sigrid Eder haben mich in zivilrechtlichen Fragen zu dieser Arbeit beraten. Juridischen Beistand verdanke ich darüber hinaus Frau Univ. Prof. Dr. Gabriele Schmölzer und Herrn Univ. Prof. Dr. Peter Schick vom Institut für Strafrecht, Strafprozessrecht und Kriminologie. Beide haben sich bereitwillig meiner Anliegen angenommen und durch ihre fachliche Expertise wesentlich zur Umsetzbarkeit meiner Arbeit beigetragen.

Ich danke Herrn Mag. Michael Matzer, Herrn Mag. Marko Alexander Scherllin, Frau MMag. Dr. Barbara Scherllin-Pirscher und Herrn Thomas Müller für ihre Geduld, ihre Beratung und all ihre hilfreichen Gesten als loyale Freunde durch viele Jahre.

Besonderer Dank gebührt Frau Mag. Dr. Petra Haiderer, die in entscheidenden Momenten die richtigen Worte gefunden hat und mitverantwortlich dafür ist, dass ich diese Arbeit vollenden konnte.

Danke an Nuemi und Pico für so viel Sonne in meinem Leben.

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|----|
| Einleitung | 1 |
| 1 Notfallmedizin..... | 3 |
| 1.1 Geschichte der Notfallmedizin..... | 3 |
| 1.1.1 Vom Mythos zum Logos..... | 4 |
| 1.1.2 Genese des österreichischen Rettungswesens..... | 8 |
| 1.1.3 Struktur des Notarztwesens in der Steiermark..... | 10 |
| 1.2 Notfallmedizin in Graz..... | 11 |
| 1.2.1 Das Medizinercorps Graz..... | 11 |
| 1.2.2 Die Grazer Notarztstützpunkte..... | 12 |
| 1.2.3 Rettungsdienst und Notarztwesen: Eine Symbiose..... | 14 |
| 1.3 Faszination Notfallmedizin: Motive zur Mitarbeit..... | 16 |
| 1.3.1 Motive von Notärzten..... | 16 |
| 1.3.2 Motive von Rettungssanitätern..... | 17 |
| 1.3.2.1 Hauptberufliche Rettungssanitäter..... | 17 |
| 1.3.2.2 Zivildienstleistende Rettungssanitäter..... | 17 |
| 1.3.2.3 Freiwillige Rettungssanitäter..... | 18 |
| 1.3.3 Hilfe als Motivationsfaktor..... | 18 |
| 1.3.4 Exkurs: Der Begriff „Hilfe“..... | 19 |
| 1.4 Funktionen und Ausbildungsstufen in der Notfallmedizin..... | 22 |
| 1.4.1 Rettungssanitäter..... | 23 |
| 1.4.2 Notfallsanitäter..... | 25 |
| 1.4.3 Notfallsanitäter mit Notfallkompetenzen..... | 25 |
| 1.4.4 Rettungsmediziner..... | 27 |
| 1.4.5 Notarzt..... | 28 |
| 1.4.5.1 Medizinstudium..... | 28 |
| 1.4.5.2 Postpromotionelle Ausbildung..... | 29 |
| 1.4.5.3 Fortbildung..... | 32 |
| 1.5 Sanitäter – Notarzt – Krankenhaus: Schnittstellen..... | 32 |
| 1.5.1 Der gemeinsame Einsatz von Rettung und Notarzt..... | 33 |
| 1.5.2 Die Rettungsleitstelle..... | 34 |
| 1.5.3 Aus-, Fort- und Weiterbildung..... | 36 |

| | | |
|---------|--|----|
| 1.5.4 | Forschung..... | 36 |
| 1.6 | Ethik im notfallmedizinischen Kontext: Eine Bestandsaufnahme | 37 |
| 1.6.1 | Ethik im Rahmen des Medizinstudiums | 40 |
| 1.6.2 | Exkurs: Die Trennung von Ethik und Recht..... | 43 |
| 1.6.3 | Die Verankerung von Ethik im Rettungs- und Notarztdienst | 44 |
| 2 | Ethik..... | 48 |
| 2.1 | Allgemeine ethische Grundlagen | 48 |
| 2.1.1 | Kategorisierung ethischer Theorien..... | 48 |
| 2.1.1.1 | Deskriptive Ethik | 48 |
| 2.1.1.2 | Normative Ethik..... | 49 |
| 2.1.1.3 | Metaethik | 49 |
| 2.1.2 | Moral, Ethos, Ethik: Begriffliche Abgrenzungen | 50 |
| 2.1.3 | Ethik: Inhaltliche Abgrenzungen | 51 |
| 2.1.3.1 | Was Ethik lehrt..... | 52 |
| 2.1.3.2 | Universalismus und Relativismus..... | 54 |
| 2.2 | Begriffsexplikationen | 55 |
| 2.2.1 | Handlungen | 55 |
| 2.2.2 | Werte | 56 |
| 2.2.2.1 | Wertrelativismus | 57 |
| 2.2.2.2 | Wertabsolutismus..... | 57 |
| 2.2.3 | Ethische Reflexion..... | 58 |
| 2.2.4 | Moralische Motivation..... | 59 |
| 2.2.5 | Willens-, Wahl- und Handlungsfreiheit | 60 |
| 2.2.5.1 | Handlungsfreiheit..... | 60 |
| 2.2.5.2 | Willensfreiheit..... | 61 |
| 2.2.6 | Paternalismus | 63 |
| 2.2.7 | Ethische Fragen..... | 66 |
| 2.3 | Ethische Grundpositionen | 68 |
| 2.3.1 | Deontologie und Teleologie..... | 68 |
| 2.3.1.1 | Deontologie..... | 69 |
| 2.3.1.2 | Teleologie am Beispiel des Utilitarismus | 75 |
| 2.3.2 | Tugendethik | 78 |
| 2.3.3 | Principlism („Prinzipienethik“) | 80 |
| 3 | Ethik in der Notfallmedizin..... | 84 |

| | | |
|---------|---|-----|
| 3.1 | Grundlagen und Kennzeichen der Medizinethik..... | 84 |
| 3.2 | Ethische Probleme der institutionellen Notfallmedizin..... | 85 |
| 3.2.1 | Wert und Preis..... | 85 |
| 3.2.1.1 | Wert..... | 85 |
| 3.2.1.2 | Preis..... | 89 |
| 3.2.2 | Kosten und Einsparungen..... | 89 |
| 3.2.2.1 | Kosten..... | 90 |
| 3.2.2.2 | Einsparungen..... | 90 |
| 3.2.3 | Aufgaben und Indikationen..... | 91 |
| 3.3 | Ethische Aspekte der angewandten Notfallmedizin..... | 94 |
| 3.3.1 | Ethische Aspekte der individualmedizinischen Versorgung..... | 96 |
| 3.3.1.1 | Fallbericht 1..... | 97 |
| 3.3.1.2 | Fallbericht 2..... | 103 |
| 3.3.1.3 | Fallbericht 3..... | 110 |
| 3.3.1.4 | Fallbericht 4..... | 117 |
| 3.3.1.5 | Fallbericht 5..... | 126 |
| 3.3.2 | Ethische Aspekte der Patientenversorgung im Großschadensfall..... | 130 |
| 3.3.2.1 | PLS und Triage: Herausforderung in der Anwendung..... | 132 |
| 3.3.2.2 | Allokation..... | 138 |
| 3.3.2.3 | PLS und Triage: Herausforderung in der Ausbildung..... | 142 |
| 3.3.2.4 | Die Frage der Gerechtigkeit..... | 144 |
| 3.3.3 | Ethische Aspekte der Katastrophenmedizin..... | 147 |
| | Der Begriff Katastrophe..... | 148 |
| | Die Grenzen des Physischen..... | 148 |
| | Die Grenzen des Psychischen..... | 149 |
| | Ziele der Katastrophenmedizin..... | 150 |
| | Verbesserungspotential der Katastrophenmedizin..... | 151 |
| 3.3.4 | Evidence-Based Medicine und Forschung in der Notfallmedizin..... | 153 |
| 3.3.4.1 | Evidence-Based Medicine..... | 153 |
| 3.3.4.2 | Forschung..... | 156 |
| 3.3.4.3 | Ethik in EBM und Forschung..... | 160 |
| 3.4 | Evidenzbasierte Ethik..... | 162 |
| 3.4.1 | Der Begriff Evidenz im Licht der Ethik..... | 163 |
| 3.4.2 | Evidenz und Ethik in der angewandten Notfallmedizin..... | 167 |

| | | |
|---------|--|-----|
| 3.4.2.1 | Evidenz und Ethik im Rahmen cardiopulmonaler Reanimationen | 168 |
| 3.4.2.2 | Sterbehilfe und der Begriff Tod | 188 |
| 3.4.2.3 | Transplantationsmedizin | 192 |
| 4 | Fazit..... | 196 |
| 4.1 | Conclusio..... | 196 |
| 4.2 | Ausblick..... | 197 |
| | Literaturverzeichnis | 201 |
| | Tabellenverzeichnis | 215 |

Einleitung

Die alltägliche Gegenwart des Begriffs Ethik wirkt sich unter anderem dadurch aus, dass mittlerweile eine Vielzahl unterschiedlichster Bereichsethiken ausgemacht werden kann: Wir sprechen beispielsweise von Unternehmensethik und Wirtschaftsethik, aber eben auch von Medizinethik. In der vorliegenden Arbeit soll der Frage nachgegangen werden, ob eine weitere spezialisierende Vertiefung der Medizinethik in Richtung Notfallmedizin notwendig ist, um jene moralisch relevanten Aspekte zu erfassen, die speziell dieses anspruchsvolle Segment der Heilkunde mit sich bringt. Oder kurz: Bringt präklinische Notfallmedizin die Notwendigkeit einer eigenen Bereichsethik mit sich?

Zur systematischen Auseinandersetzung mit dieser Frage wurde das Grazer Rettungswesen als praktisches Beispiel herangezogen. Dessen Struktur wird, anschließend an einen historischen Abriss, im ersten Teil der Arbeit ausführlich dargestellt. Grundbegriffe aus dem Rettungs- und Notarztdienst werden dabei erläutert und relevante Sachverhalte dargelegt.

Der zweite Teil bietet einen umfassenden Überblick über den Begriff Ethik aus philosophischer Sicht, ehe er seinen Fokus auf den Bereich der Medizinethik richtet.

Im dritten Teil erfolgt die thematische Zusammenführung der ersten beiden Kapitel. Dadurch wird eine intensive Auseinandersetzung mit den moralphilosophischen Aspekten präklinischer Notfallmedizin unter verschiedenen Gesichtspunkten möglich. Systematisch wird dabei individualmedizinische Notfallversorgung von Strategien zur Bewältigung von Großschadensereignissen getrennt: Einer ethischen Betrachtung verschiedener notfallmedizinischer Fallbeispiele folgt die Auseinandersetzung mit den Besonderheiten der Katastrophenmedizin. Im Anschluss daran zeigt ein Abschnitt über Forschung die spezifischen Probleme auf, die diese im Kontext der Präklinik mit sich bringt.

Der abschließende Teil beinhaltet eine kritische Betrachtung der begrifflichen Bedeutung evidenzbasierter Ethik. In diesem Zusammenhang werden zuletzt die Aspekte von Tod und Sterbehilfe sowie der Transplantationsmedizin skizziert.

Im Sinne leichter Lesbarkeit wurden in allen Bereichen der Arbeit (ausgenommen sind hiervon die Fallbeispiele, die sich auf konkrete Situation beziehen) geschlechtsneutrale Formulierungen gewählt. Personenbezogene Bezeichnungen gelten selbstverständlich für alle Geschlechter¹ und sollen keine wie auch immer geartete Diskriminierung darstellen.

¹ Im Rahmen bewusster Auseinandersetzung mit Intersexualität hat etwa die australische Regierung im Herbst 2011 beschlossen, einen dritten Geschlechtstyp dem männlichen und dem weiblichen gleichzustellen. Der Umstand, dass es definitiv mehr als nur zwei Geschlechter gibt, hat hierzulande bislang kaum Bedeutung erlangt.

1 Notfallmedizin

Obwohl Ausbildung, Ausrüstungsgegenstände und Aufgabenbereiche der Notfallmedizin insbesondere während der letzten drei Jahrzehnte stetem Wandel, Neuerungen und Verbesserungen unterlagen, blieben grundlegende Aspekte während desselben Zeitraums nahezu unverändert. Dazu gehört die Definition des Begriffs selbst. Diese sieht Notfallmedizin als:

„Gesamtheit der interdisziplinären und medizinisch-organisatorischen Erkenntnisse und Fähigkeiten, die der unmittelbaren Hilfeleistung für plötzlich vom Tod oder von schwerer Gesundheitsschädigung bedrohten Menschen dienen und durch deren Anwendung die bestmöglichen Voraussetzungen für die definitive wiederherstellende Behandlung geschaffen werden.“²

Notfallmedizinische Systeme sind stark regionalen Bedürfnissen unterworfen, weswegen sich im Laufe der Zeit weltweit unterschiedliche Formen von Rettungs- und Notarztdiensten gebildet haben.

1.1 Geschichte der Notfallmedizin

Seit jeher war der Mensch Opfer von Krankheiten. Die Versuche, solche zu heilen und abzuwenden dürften wohl gleich alt sein wie deren Auftreten selbst. Von Medizin im heute verstandenen Sinne einer Wissenschaft³ kann aber erst mit der Entstehung erster Hochkulturen gesprochen werden. Viele Völker haben schon in frühester Vorzeit beachtliche Kenntnisse besessen, die speziell in Europa erst weit später (wieder)entdeckt wurden.

² REBENTISCH 1991: S 19

³ Medizin (lat. ars medicina ärztliche Kunst) [...] 1. Die Wissenschaft vom gesunden u. kranken Menschen, von den Ursachen, Wirkungen u. der Vorbeugung u. Heilung der Krankheiten; 2. Medikament, Arzneimittel (PSCHYREMBEL 2002: S 1039)

1.1.1 Vom Mythos zum Logos

Besonders bemerkenswert sind die medizinischen Leistungen der Ägypter, denen man auch einige der ältesten Aufzeichnungen notfallmedizinischer Maßnahmen zu verdanken hat. Einen imposanten Beweis dafür liefert das mächtige Wandrelief am Ramesseum⁴ von Luxor aus dem 13. Jhdt.v.Chr. In den Darstellungen, die sich am südlichen Turm dieses Totentempels Ramses II. befinden, lässt sich eine Abbildung zur Rettung beim Ertrinkungsnotfall finden, deren Erhaltungszustand klare Details erkennen lässt und somit die Handlung der Relief-Szene erklärbar macht.⁵ Handlicher und unerhört vielzählig sind die, meist in Papyrusform vorliegenden, medizinischen Texte, die in Ägypten verfasst und vor allem im 19. Jhdt.n.Chr. wiederentdeckt wurden. Von besonderem Stellenwert erweist sich speziell der sogenannte Ebers-Papyrus⁶, der 876 Rezepte beinhaltet, die sich wiederum aus über 500 Substanzen zusammensetzen.⁷ Neben pharmazeutischen Hinweisen und Heils-, sowie Beschwörungsformeln, behandeln die in Summe neun Bücher auch Chirurgie und innere Erkrankungen:

„Wenn Du einen Mann untersuchst, der an seinem Magen leidet, [37, 11] der an seinem Oberarm leidet und an seiner Brust auf der Seite seines Magens, wozu man sagt: Dies ist die wAD-Krankheit (= 'grüne Gesichtsfarbe', Herzinfarkt?). [37, 12] Dann sollst Du dazu sagen: Etwas ist eingetreten in den Mund! Der Tod ist es, der ihm naht. Dann sollst Du für ihn bereiten Ddb (= aufputschende?) Mittel [37, 13] aus Kräutern.“⁸

Die beschriebene Symptomatik entspricht auffallend der eines Herzinfalles (Angina Pectoris oder Herzinfarkt), wie sie auch in Erste-Hilfe-Kursen der Gegenwart gelehrt wird. Als Anzeichen für solche Erkrankungen nennt man dort:

⁴ „Ramses II. nannte seinen Tempel 'das Jahrmillionenhaus von User-Maat-Re' [...]. Klassische Reisende kannten ihn unter dem Namen Memnonium oder Grab von Osymandias. Der heutige Name wurde von Jean-Francois Champollion geprägt, dem Mann, der die Hieroglyphen entzifferte.“ (WEEKS 2005: S 176)

⁵ Der Hethiterkönig, dessen Truppen bei der Schlacht von Kadesh im Jahr 1274 v.Chr. vom Heer Ramses II. geschlagen wurden, ertrank auf der Flucht im Fluss Orontes. Reanimationsversuche durch die „Inversionsmethode“, bei der der Patient mit den Beinen nach oben auf einen Baum gehängt wurde, blieben erfolglos. (Vgl. HEMPELMANN 1999: S 3)

⁶ Der Papyrus wurde 1873 in Luxor von Georg Ebers für das Leipziger Museum erworben. Er befindet sich im Besitz der Universitätsbibliothek Leipzig, wo er zuletzt 2007 öffentlich zu sehen war.

⁷ Vgl. ACKERKNECHT 1989: S 25

⁸ STUHR 2008: http://www.medizinische-papyri.de/PapyrusEbers/1024/HTML/kolumne_xxxvii.html (Zugriff: 05.05.2009, 13.00 Uhr)

- „Schmerzen in der Brust,
- Engegefühl in der Brust,
- Ausstrahlung der Schmerzen in den Arm, den Hals, den Oberbauch und/oder in den Rücken,
- Kaltschweissigkeit, Blässe,
- Angst- und Vernichtungsgefühl.“⁹

Doch schon in der Antike galt das medizinische Interesse nicht ausschließlich der Heilkunst, sondern darüber hinaus einem möglichen Regelwerk zu ihrer Ausübung. So enthält auch das älteste bekannte Gesetzbuch der Menschheit, der Codex Hammurabi, datiert mit etwa 2250 v.Chr., medizinisch relevante Passagen. Neben vielen anderen Regelungen lassen sich in ihm Stellen zur Bezahlung ärztlicher Tätigkeit, aber auch über Strafen bei schlechter Praxisausübung finden:

„Wenn der Arzt einen Herrn behandelt und einen Abszess mit dem Messer öffnet und das Auge des Patienten erhält, so soll er zehn Shekel Silber erhalten. Ist der Patient ein Sklave, so soll sein Herr zwei Shekel Silber bezahlen. Wenn der Arzt einen Abszess mit einem stumpfen Messer öffnen und den Patienten töten oder sein Augenlicht zerstören sollte, so soll seine Hand abgeschnitten werden.“¹⁰

Besonders im asiatischen Raum kam der Heilkunst seit jeher eine besondere Rolle zu. Welchen Stellenwert sittliche Werte dort einnehmen, zeigt sich am Beispiel der Medizin Tibets:¹¹

„In Tibetan medicine a doctor’s inner qualities are considered just as important as his academic expertise. As K. Dhondrup wrote, ‘Knowledge and skill alone are not enough to become a good doctor. Love, kindness and compassion towards patients and a sincere effort to share their tension and distress is an equal – if not more – important and essential quality of a doctor’.”¹²

⁹ ÖRK 2011a: E2

¹⁰ ACKERKNECHT 1989: S 27

¹¹ Die Ausbildung eines tibetischen Heilkundigen vollzog sich nach strengen Regeln: Einer 14-jährigen Grundausbildung folgten fünf bis zwölf Jahre der eigentlichen medizinischen Studien. Diese umfassten unter anderem Pharmakologie und Pulsdiagnose, aber auch Akupunktur.

¹² BAKER 1997: S 32

Historische Zeugnisse notfallmedizinischer Techniken finden sich unter anderem im Talmud, dem Buch der Könige im Alten Testament, im Neuen Testament, aber auch in der römischen Literatur.¹³ Üblicherweise geht es dabei um Techniken der Herz-Lungen-Wiederbelebung, teilweise finden sich detailreiche Schilderungen von Mund-zu-Mund-Beatmungen. Bis ins Altertum wurden Kenntnisse der Wiederbelebung konsequent weitergegeben und verfeinert, ab dem Mittelalter treten diese jedoch gänzlich in den Hintergrund. Einen möglichen Grund könnte man in der sich ausbreitenden christlichen Überzeugung vermuten: Nach dieser richtet sich das gesamte Weltgeschehen nach dem Willen eines einzigen Gottes, dem Schöpfer. So musste nach altertümlichen Vorstellungen Er es sein, dem es vorbehalten blieb, über das Leben, dessen Dauer und das Sterben jedes Menschen zu entscheiden. Einen Eingriff in diesen Zeitplan Gottes hätte man wohl als Auflehnung gegen den Allmächtigen selbst verstanden. Erst im 17. Jhd.n.Chr. gelangte man zur Erkenntnis, dass die göttliche Vorsehung durchaus in Einklang zu bringen ist mit dem christlichen Gebot der Nächstenliebe, das „die Aufforderung impliziert, einem vom Tod bedrohten Mitmenschen Hilfe angedeihen zu lassen“¹⁴.

Allen Kulturen ist bis zu dieser Zeit gemein, dass Heilkunst und Glaube, manchmal auch Aberglaube, eng miteinander verflochten sind. Ärzte bilden so das Bindeglied zwischen den Göttern und den Menschen, was den angesehenen Stand dieses Berufes historisch erklären mag.

Die europäische Medizin des 18. Jhdts.n.Chr. war geprägt von Forschungsunternehmungen aller Art: Zahlreiche Publikationen über die Richtlinien zur Rettung Ertrunkener, Erhängter, Erfrorener oder vom Blitz Getroffener sind aus dieser Zeit erhalten geblieben. Allerdings handelte es sich hierbei in aller Regel um Einzelleistungen, die ausschließlich die – mehr oder minder begründeten – Meinungen ihrer Verfasser wiedergaben, und dabei fundierten wissenschaftlichen Hintergrund vermissen ließen. Große Verdienste um die Wegbereitung empirischer Forschung erwarb sich die „Royal Humane Society“, die im April 1774 in London gegründet wurde und konsequent das Ziel qualitativer Verbesserungen der Reanimationsmaßnahmen verfolgte. Ihrem Beispiel folgend kam es im 19. und 20. Jhd.n.Chr. zur Gründung moderner Rettungsgesellschaften, wie auch der „Wiener Freiwilligen Rettungsgesellschaft“ im Jahr 1881. Neben der Primärversorgung

¹³ Vgl. HEMPELMANN 1999: S 4

¹⁴ HEMPELMANN 1999: S 4

und dem Transport von Verletzten schufen diese Gesellschaften innerhalb ihrer lokalen Wirkungskreise teils beachtliche Infrastrukturen zur Laienhilfe. So wurden beispielsweise an öffentlichen Plätzen Londons „Resuscitation Sets“ angebracht, analog dazu ließ man in Amsterdam an allen Gewässern Rettungsringe montieren.

Obwohl es Auffassungsunterschiede über die Bedeutung und Durchführung einzelner Maßnahmen gab, so galt doch seit jeher – zumindest im europäischen Raum – die allgemeine Überzeugung, dass Atmung und Herzschlag die zwei Grundelemente des Lebens darstellen. Es verwundert also nicht, dass sowohl zur Atemspende, als auch zur Kompensation fehlenden Herzschlags unzählige Varianten und Techniken entwickelt wurden. Letztendlich konnte sich in Europa die Beatmungsmethode nach Silvester¹⁵ durchsetzen, bei der die Arme des Patienten nach bestimmten Mustern bewegt werden, wodurch der Brustkorb komprimiert wird und Luft aus den Lungen strömt.¹⁶ Diese Technik wurde bis in die 60er Jahre des vergangenen Jahrhunderts beibehalten, obwohl längst bekannt war, dass die Mund-zu-Mund-Beatmung eine wesentlich effizientere Methode darstellt. Die Gründe, die gegen eine Einführung dieser sprachen, waren im kollektiven „Anstands“-Gefühl verankert: Eine Maßnahme, die es erforderlich machte, einer fremden Person die eigenen Lippen auf den Mund zu drücken (und das womöglich auch noch öffentlich!), verletzte dieses zutiefst. Auch die extrathorakale Herzdruckmassage kam erst zu späten Ehren. Obwohl bereits seit 1874 anhand wissenschaftlicher Versuche und Studien ihr positiver Effekt belegt ist, fand sie erst 1960 Einzug in die moderne Medizin. Ausschlaggebend für ihre Einführung waren in erster Linie Erfahrungen aus der Praxis: Kriege lieferten immer schon willkommene Anlässe, die Produkte der Forschung zu testen und deren Resultate weiterzuentwickeln. So hat auch die moderne Notfallmedizin die Basis ihrer Existenz im Wesentlichen den Kriegen in Korea (1950-1953) und Vietnam (1946-1975)¹⁷ zu verdanken. Etliche der heutigen medizinischen Standardmaßnahmen wurden in Szenarien dieser Konflikte aus der Not heraus entwickelt und in weiterer Folge zur Tugend erhoben. Ein Beispiel dafür bieten die Empfehlungen der „American Heart Association“ aus den Jahren 1974 und 1980 zur Anwendung der Defibrillation:

¹⁵ Henry Robert Silvester (*1829 in London; † im März 1908)

¹⁶ Vgl. TIMMERMANS 1999: S 38

¹⁷ Obwohl die amerikanische Offensive in Vietnam erst 1965 gestartet wurde, darf die Bedeutung des ersten Indochinakriegs nicht übersehen werden. Dieser war die direkte Ursache des zweiten Indochinakriegs, dem eigentlichen Vietnamkrieg. Schon vor ihrem Kriegseintritt finanzierten die USA französische Militäroperationen zu über 80%.

„Die schnellstmögliche Anwendung der Defibrillation ist die Hauptdeterminante für das Überleben bei einem Kreislaufstillstand infolge Kammerflimmern. Deshalb sollte bei Patienten mit Kammerflimmern die Defibrillation immer zum frühestmöglichen Zeitpunkt durchgeführt werden.“¹⁸

1.1.2 Genese des österreichischen Rettungswesens

Einzelne Erlässe aus dem 18. Jhdt.n.Chr. belegen zwar, dass ärztliche Notfallhilfe schon damals Bestandteil des österreichischen Medizinstudiums war, es bedurfte dennoch etlicher Toter und schrecklicher Unglücke, ehe das Rettungswesen in Österreich institutionalisiert wurde. Als Geburtsstunde desselben muss der 08.12.1881 gesehen werden. An diesem Tag ereignete sich die Brandkatastrophe im Wiener Ringtheater, bei der nach offiziellen Angaben 384 Menschen den Tod fanden. Anlässlich dieser Tragödie gründeten Graf Wilczek und Freiherr von Mundy noch im selben Jahr die „Wiener Freiwillige Rettungsgesellschaft“, die ab 1885 auch Mediziner aufnahm, um sie im Bedarfsfall an einen Notfallort zu entsenden.¹⁹

Bis in die Tage der Ersten Republik blieb das österreichische Rettungswesen überwiegend in Hand der Feuerwehren, die separate Rettungsabteilungen besetzten. Mit dem Anschluss Österreichs an Deutschland im März 1938 übernahm das Deutsche Rote Kreuz nahezu flächendeckend diese Aufgabe. So schreibt der „Reichs- und Preußische Minister des Innern“ im Vorwort zum „Amtlichen Unterrichtsbuch über Erste Hilfe“:

„Mein Erlaß vom 10. Februar 1938 erweitert die friedensmäßige Tätigkeit des Deutschen Roten Kreuzes nach der Richtung hin, dass es noch mehr als bisher der Mittelpunkt des gesundheitlichen Rettungs- und Hilfsdienstes in allen seinen Teilgebieten wird, wodurch zugleich die längst erstrebte Vereinheitlichung des deutschen Rettungswesens eingeleitet worden ist.“²⁰

¹⁸ HEMPELMANN 1999: S 10

¹⁹ Vgl. PASZICSNYEK 1995: S 10

²⁰ KRUEGER 1938: S 3

Der geschäftsführende Präsident des Deutschen Roten Kreuzes war 1938 Dr. Ernst-Robert Grawitz. Er bekleidete damals noch den Rang eines SS-Brigadeführers. Das Vorwort zur 19. Auflage vom 01.04.1943 unterzeichnete er bereits mit Prof. Dr. Grawitz, SS-Gruppenführer.²¹

Nach Ende des Zweiten Weltkrieges kam es zur Gründung des Österreichischen Roten Kreuzes (ÖRK), das wesentlich am Aufbau eines bundesweiten Rettungssystems beteiligt war. Dieses verstand sich in erster Linie als Transportdienst Verletzter und Erkrankter in Spitälern. Bezeichnungen wie „Krankenträger“ oder „Sanitätsgehilfe“ entstammen dieser Zeit. Die historische Entwicklung ab 1945 erklärt die Hintergründe des Umstands, dass das ÖRK auch heute noch die größte rettungsdienstliche Organisation Österreichs repräsentiert.

Erst in den 60er Jahren des 20. Jhdts. setzte sich die Überzeugung durch, nicht der Patient müsse zum Arzt, sondern der Arzt müsse zum Patienten gebracht werden. Die logische Konsequenz dieser Idee war die Inbetriebnahme des ersten Notarztwagens 1974 in Linz.²² Erst neun Jahre später, 1983, nahm der erste österreichische Notarzt-Hubschrauber seinen Dienst auf. Auf die Quereleien, die diesem Ereignis vorangegangen sind, sei hier nicht näher eingegangen, fest steht jedoch, dass der Weg dorthin alles andere als einfach war und ohne den Pioniergeist einzelner Enthusiasten nicht möglich gewesen wäre:

„So kam es, dass im Jahr 1983 der private Autofahrerclub ÖAMTC in Innsbruck und Krems an der Donau seine ersten Notarzt-Hubschrauber in Dienst stellte, nachdem sich bereits Anfang der achtziger Jahre der Innsbrucker Universitätsprofessor Dr. Gerhard Flora in unermüdlicher Arbeit den notwendigen Obliegenheiten zur Schaffung eines nationalen Flugrettungswesens annahm.“²³

²¹ Mitverantwortlich für den raschen Aufstieg bis zum SS-Obergruppenführer und General der Waffen-SS war das begeisterte Engagement, das Dr. Grawitz im Rahmen von „Forschung“ und Versuchen an Behinderten und Inhaftierten der Konzentrationslager gezeigt hat.

Eine seltene Darstellung der Rolle des Roten Kreuzes in der Zeit des Nationalsozialismus findet sich, ebenso wie der weitere Werdegang von Dr. Grawitz, in Kapitel 7 des Buches „Das Rote Kreuz“ von Robert Dempfer, Journalist und Rotkreuz-Mitarbeiter.

²² BÄRNTHALER 2005: S 16

²³ PLATZER 1996: S 15

1.1.3 Struktur des Notarztwesens in der Steiermark

Das Rettungswesen fällt gemäß dem Bundesverfassungsgesetz in die Gesetzgebungskompetenz der Länder. Durch die Landesrettungsgesetze sind die Gemeinden dazu verpflichtet, für einen Hilfs- und Rettungsdienst Sorge zu tragen.²⁴ Diese Aufgabe können sie wiederum einem dazu qualifizierten Rettungsdienst übertragen.²⁵ Aus dem Umstand, dass die Kompetenzen zur Regelung des Rettungswesens im Rahmen der Landesgesetzgebung bei den Ländern liegen, resultieren neun inhaltlich unterschiedliche Landesrettungsgesetze. Der Notarzdienst wird nicht explizit als Aufgabe der Rettungsorganisationen verstanden. Er fällt als „überörtlicher Rettungsdienst“ in die Kompetenz der Länder.

Das Land Steiermark betreibt also das Notarztsystem des gesamten Bundeslandes, wobei in aller Regel, jedoch nicht ausschließlich, die Notärzte von den landeseigenen Kliniken gestellt werden, Fahrzeuge und weiteres Personal (Notfallsanitäter, Piloten) werden von den jeweiligen Partnerorganisationen des Notarztsystems (z.B. Bergrettungsdienst, ÖAMTC, ÖRK, etc.) beigestellt. Die Positionierung der Notarztstützpunkte und die Koordination der Schnittstelle Notarztsystem - Rettungsdienst erfolgt über die Fachabteilung 7B des Landes Steiermark, die unter anderem für diese Aufgaben mit 01.01.2001 eine eigene Abteilung geschaffen hat: die „Koordinationsstelle für Notfall- und Katastrophenmedizin“.²⁶

Auch wenn dieser Umstand für den Alltagsbetrieb der Notarztsysteme derzeit²⁷ kaum von Bedeutung ist: Der Vollständigkeit halber sei aufgeführt, dass auch das Österreichische Bundesheer als Betreiber eines Notarztsystems zu sehen ist, da es neben eigenen

²⁴ Vgl. ÖRK 2011b: I1

²⁵ Rettungsdienstanbieter in Österreich sind neben dem ÖRK in erster Linie der Arbeiter Samariter Bund (ASB), der Malteser Hospitaldienst (MHD), die Johanniter-Unfall-Hilfe (JUH) und diverse Gemeinderettungen. (Stand: November 2011) Aufgrund der freien Marktwirtschaft ist die „Rettungsbranche“ jedoch mittlerweile heiß umfodet. Eine pointierte Darstellung dieser Situation bietet Josef Hader im Film „Komm süßer Tod“ nach einem Roman von Wolf Haas.

²⁶ LAND STEIERMARK 2009: <http://www.katastrophenschutz.steiermark.at/cms/ziel/4475669/DE/> (Zugriff: 04.05.2009, 13.30 Uhr). Interessanterweise korreliert die Zahl der hier angeführten „Stützpunktleiter“ keineswegs mit der tatsächlichen Anzahl von Stützpunkten. Im Fall des Notarztsystems (NAS) Graz-Ost werden ein internistischer, ein chirurgischer und ein anästhesiologischer Leiter genannt. Aus diesem Spezifikum ergibt sich das Faktum, dass die zwei bodengebundenen Grazer Notarztstützpunkte in Summe über fünf Leiter (die drei genannten, den Stützpunktleiter UKH und den Stützpunktleiter Graz-West) verfügen.

²⁷ Stand: 01.01.2012

Notfallwagen auch Notfallsanitäter und Ärzte in seinen Diensten hat und diese auch selbst ausbildet.

1.2 Notfallmedizin in Graz

Die steiermärkische Landeshauptstadt Graz²⁸ nimmt im österreichischen Notarztwesen eine Sonderstellung ein, die nicht nur durch die hohe Bevölkerungsdichte und daraus resultierend durch hohe Einsatzzahlen begründet ist, sondern auch durch die Institutionen der Medizinischen Universität Graz und des Universitätsklinikums Graz als Ausbildungs- und Forschungseinrichtung.

Wirklich einzigartig macht das Grazer Notarztwesen ein weltweites Unikum, das seit mehr als 120 Jahren ununterbrochen besteht und trotz etlicher Versuche bis heute nirgendwo anders auf der Welt kopiert werden konnte: Das Grazer Medizinercorps.

1.2.1 Das Medizinercorps Graz

Auf Antrag zweier Ärzte wurde 1889 die „Rettungsabteilung der Freiwilligen Feuerwehr der Stadt Graz“ gegründet. Schon ein Jahr später litt man dort aber unter akutem Ärztemangel. Aus dieser Not heraus wurden am 12.10.1890 zwölf Medizinstudenten als sogenannte „Dienstärzte“ aufgenommen²⁹. Innerhalb einer 14-tägigen Ausbildung erlernten diese die notwendigen Grundlagen, um im Notfall Hilfesuchende im Rüsthaus zu versorgen, wo eigens ein aseptischer Behandlungsraum eingerichtet wurde. War aufgrund der Alarmierung eine schwerwiegende Verletzung oder Erkrankung des Patienten zu erwarten, rückten die Dienstärzte zum Notfallort aus, um dort eine Minimalversorgung des Betroffenen sicherzustellen. Das Medizinercorps Graz kann somit als die erste strukturierte notärztliche Organisation Österreichs angesehen werden.³⁰

²⁸ Größe: 127,58 Quadratkilometer, Einwohner: 263.413 per Stand vom 01.07.2011 (STADT GRAZ 2012: www.graz.at/cms/beitrag/10034466/606066/; Zugriff: 03.01.2011, 13.00 Uhr)

²⁹ ÖRK LANDESVERBAND STEIERMARK 1989: S 19

³⁰ WASSERFALLER 1998

1946 wurde das Medizinercorps vom ÖRK übernommen, das seit Ende des Zweiten Weltkrieges ununterbrochen von der Stadt Graz mit der Durchführung des Rettungsdienstes beauftragt ist. Aus rechtlichen Gründen heißen die „Dienstärzte“ heute Rettungsmediziner (RM). Ihre Ausbildung hat sich deutlich geändert: Basierend auf der Ausbildung zum Notfallsanitäter mit Notkompetenz zur Intubation (NKI) gemäß Sanitätärgesetz ist parallel zur freiwilligen Tätigkeit als Rettungssanitäter ein umfangreicher universitärer Ausbildungsblock zu absolvieren, an den eine theoretische sowie eine praktische Prüfung anschließen. Unverändert am Medizinercorps ist seine bis heute erhalten gebliebene tägliche, durchgehende Dienstbereitschaft, die nicht nur die personelle Besetzung beider Notfallwagen rund um die Uhr beinhaltet, sondern auch eine eigene Bereitschaft für sogenannte Intensivtransporte, also Interhospitaltransfers kritischer Patienten.

1.2.2 Die Grazer Notarztstützpunkte

Sowohl am östlichen, als auch am westlichen Murufer wird rund um die Uhr je ein Notfallwagen³¹ besetzt. Die Bereitstellung jeweils eines RM übernimmt das Medizinercorps. Im Einsatzfall übernimmt und leitet der Rettungsmediziner bis zum Eintreffen des klinischen Notarztes lebenserhaltende Maßnahmen vor Ort. Diese hat er einerseits im Zuge seiner Sanitäterausbildung (Notfallsanitäter mit Notfallkompetenz zur Intubation), andererseits an der Uni-Klinik Graz im Rahmen seines Medizinstudiums erlernt.

Parallel zu den beiden Jumbos sind auch die zwei Notarztstützpunkte auf die beiden Murufer aufgeteilt und befinden sich im LKH Universitätsklinikum sowie im UKH/LKH West. Beide sind, wie auch die Notfallwagen, rund um die Uhr besetzt. Die vom Land Steiermark gestellten Notärzte sind Mediziner der Fachrichtungen Chirurgie, Interne Medizin und Anästhesiologie. Dem liegt die Idee zugrunde, bevorzugt solche Ärzte

³¹ Dieser Großraumrettungswagen entspricht allen modernen Anforderungen an einen Notarztrettungswagen (NARW). Die Ausstattung verfügt über das medizinische Niveau einer Intensivstation. Als Trägerfahrzeug werden LKW von Mercedes Benz (z.B. Typ 618D) verwendet. Neben dem RM besteht die Besatzung aus drei weiteren Rettungssanitätern, von denen einer als Fahrer fungiert. Die Rettungssanitäter am Grazer Notfallwagen („Jumbo“) müssen eine bestimmte, ärztlich geregelte Ausbildung als Qualifikation für diese Tätigkeit durchlaufen.

präklinisch einzusetzen, deren Arbeitsalltag routinierten Umgang mit notfallmedizinisch relevanten Erkrankungen und Verletzungen erlaubt.

Beide klinischen Stützpunkte werden als sogenannte „NEF“-Systeme geführt: Das Notarzt-Einsatzfahrzeug (NEF) ist jeweils als allradbetriebener PKW³² ausgeführt, die Besatzung besteht aus dem Notarzt und dessen Fahrer, einem ausgebildeter Notfallsanitäter. Zu Ausbildungszwecken können nach Absprache auf dem Dienstweg dritte Personen mitgeführt werden. Aufgrund seiner Fahrzeugstruktur ist das NEF nicht dazu geeignet, einen Patienten zu transportieren: Das NEF trifft vor Ort mit einem Rettungswagen (RTW) zusammen („Rendezvous-System“), der Patiententransport wird unter Begleitung des Notarztes von einem Rettungswagen durchgeführt.

Alternativ dazu betreiben einige Notarztstützpunkte ein so genanntes Kompaktsystem. Bei diesem findet ein Notarztrettungswagen (NARW), ähnlich dem Grazer Jumbo, als Einsatzfahrzeug Verwendung. Die personelle Besetzung besteht aus dem Notarzt, dessen Fahrer und meist zwei speziell ausgebildeten Sanitätern. Der Patiententransport kann mittels NARW durchgeführt werden.

Während andere Notarztstützpunkte entweder mittels eines NARW ein Kompaktsystem betreiben oder über ein NEF verfügen, das mit dem RTW beim Patienten zusammentrifft und solchermassen ein Rendezvous-System bevorzugen, ist man in Graz in der glücklichen Lage, dem Patienten in jeder Hinsicht eine Maximalversorgung angedeihen lassen zu können: Im Regelfall werden NEF und „Jumbo“ parallel zum Einsatzort entsandt. Durch die beiden „Jumbos“ stehen exzellente Transportmöglichkeiten zur Verfügung, der klinische Notarzt ist im Falle seiner Abkömmlichkeit dennoch nicht durch den Patiententransport gebunden, sondern hat in Gestalt des Rettungsmediziners einen hochqualifizierten (und gesetzlich legitimierten) Assistenten. Das NEF ist eine vom Jumbo unabhängige Einheit und somit kann der Notarzt von der Leitstelle problemlos zu einem Folgeinsatz umdisponiert werden.

³² Die in Graz verwendeten Fahrzeuge sind derzeit ein BMW X5 im Osten bzw. ein Toyota Landcruiser im Westen, als Reserve-Fahrzeug dient der ausgeschiedene Vorgänger des BMW, ein Jeep Cherokee. (Stand: November 2011) In absehbarer Zukunft werden beide Fahrzeuge durch jeweils einen VW-Transporter des Modells T5 abgelöst.

Eine der Errungenschaften dieses einzigartigen „dualen Systems“ besteht also darin, die jeweiligen Vorteile aus Kompakt- und Rendezvous-System ausgeschöpft zu haben, nicht jedoch deren Nachteile in Kauf nehmen zu müssen. Außerdem fördert es ein Nahverhältnis zwischen den Rettungsmedizinern und den Notärzten, die häufig selbst auf eine langjährige Karriere im Medizinerkorps zurückblicken können. Parallel dazu bietet die intensive klinische Ausbildung der RM-Anwärter etliche Möglichkeiten, fachliche Kontakte zu knüpfen.

Abgerundet wird das Notarztsystem in Graz vom Notarzhubschrauber (NAH) Christophorus 12 (C12). Den klinischen Notärzten stehen durch den Christophorus Flugrettungsverein modernste Helikopter zur Verfügung³³, die von Piloten des ÖAMTC geflogen werden. Flugretter mit Rettungsanwärter- und Bergrettungsausbildung komplettieren das dreiköpfige Team. Obwohl die technischen Einrichtungen des Hubschraubers Nachtbetrieb erlauben, ist ein Primäreinsatz aus flugrechtlichen Gründen nach Sonnenuntergang nicht möglich. Die Einsatzzeiten von C12 sind daher zwangsläufig limitiert von Sonnenauf- bis Sonnenuntergang.³⁴ Ein weiteres Manko der Luftrettungsdienste liegt in der unabänderlichen Wetterabhängigkeit. Dies ist im Falle von Graz von besonderer Bedeutung, da der Stützpunkt des NAH am Grazer Flughafen Thalerhof liegt, der speziell in den Wintermonaten oft nebelverhangen ist. Ein Start ohne ausreichende Sichtbedingungen ist undenkbar, da der überwiegende Teil der Rettungsflüge unter Beachtung der Sichtflugregeln (Visual Flight Rules) durchgeführt wird³⁵.

1.2.3 Rettungsdienst und Notarztwesen: Eine Symbiose

Kein Notarztsystem könnte Effizienz ohne kooperative Zusammenarbeit mit einem qualifizierten Rettungsdienst erreichen. Das Beispiel von Graz stellt hier naturgemäß keine Ausnahme dar. Im Falle der Stadt Graz wurde seit 1946 ununterbrochen das Rote Kreuz mit der Durchführung des gesetzlich vorgeschriebenen Rettungs- und Krankentransportdienstes beauftragt. Dieses war auch maßgeblich an der Installierung des Notarztsystems beteiligt, und stellt bis heute dessen Fahrzeuge und Notfallsanitäter, sodass

³³ Die ÖAMTC-Flotte bedient sich mit der EC 135 einer zweiturbinigen Maschine, deren Reisegeschwindigkeit 260 km/h beträgt. Der Einsatzradius von C12 liegt bei rund 80km Luftlinie. (BÄRNTHALER 2005: S 29ff.)

³⁴ Die „Alpinstützpunkte“ des ÖAMTC beginnen ihren Dienst morgens um sieben Uhr.

³⁵ LUXEM 1995: S 47

von einem symbiotischen Verhältnis gesprochen werden kann. Umso verwunderlicher ist es, dass die Notarztstützpunkte in den Krankenhäusern LKH Ost und LKH West/UKH stationiert sind, statt direkt an den Rettungswachen, wie dies andernorts üblich ist.³⁶ Wertvolle zwischenmenschliche Kontakte zwischen Ärzten und Rettungssanitätern werden dadurch erheblich erschwert. Nicht zuletzt aufgrund dieses Umstandes liegt eine gewisse „Entfremdung“ zwischen Notärzten und Rettungssanitätern vor.

Kenntnisse über verschieden Notarztsysteme, die einzelnen Stützpunkte, notärztliche Tätigkeiten und die dazugehörigen Assistenzleistungen gehören zum Grundwissen aller Rettungssanitäter. Dazu kommen etliche Dienstvorschriften des ÖRK, deren Gültigkeitsbereich sich in vielen Belangen auf Notarzt und Notarztfahrzeuge erstreckt. Diese Vorschriften stellen einen fixen Bestandteil der für alle ÖRK-Sanitäter bindenden Ausbildungs- und Einsatzrichtlinien dar. Umgekehrt kennen Notärzte diese Vorschriften meist nur dann im Detail, wenn sie selbst einmal im Roten Kreuz tätig waren oder das noch sind. Ist dies nicht der Fall, müssen sie selbst dafür Sorge tragen, sich diesbezüglich zu informieren, insbesondere was Aktualisierungen von Lehrmeinungen und sonstige Änderungen anbelangt.³⁷ Problematisch kann diese Informationsdifferenz in allen Belangen der Zusammenarbeit werden, wo Einsatzstrukturen zu schaffen sind, das heißt, taktische Einsatzleiter (aus dem Rettungsdienst) mit Leitenden Notärzten (der Klinik) kooperieren sollen oder die jeweiligen Kompetenzbereiche voneinander abzugrenzen sind. Während also jeder Rettungsdienst³⁸ eigene Hierarchien und Vorschriften kennt, die das Notarztwesen miteinbeziehen, kann von Notärzten nicht zwingend vorausgesetzt werden, mit diesen Richtlinien vertraut zu sein, da es sich letztlich bei allem, was nicht gesetzlich

³⁶ Im Umkehrschluss wirft sich die Frage auf, wieso die Rettungswachen räumlich nicht an die Krankenhäuser angegliedert wurden.

³⁷ Eine Möglichkeit dazu bietet unter anderem das Fortbildungsangebot der Ärztekammer.

³⁸ Die Berechtigung für ein Unternehmen, sich als Rettungsdienst zu bezeichnen, wird vom jeweiligen Bundesland gemäß der geltenden Bestimmungen erteilt.

Wilfried Rombold schreibt in der „Kleinen Zeitung“ vom 15.04.2009, dass sich als einzige Organisation in der Steiermark neben dem Roten Kreuz der Verein des Grünen Kreuzes offiziell Rettung nennen darf. Die Anerkennung des Grünen Kreuzes als „Organisation des allgemeinen Rettungsdienstes“ erfolgte mit 31.03.2009 durch das Amt der Steiermärkischen Landesregierung. Dem ASB blieb diese verwehrt. (Vgl. KLEINE ZEITUNG, 15.04.2009, S 17)

Die klare Unterscheidung zwischen Rettungsdienst und Krankentransport ist für die folgenden Betrachtungen elementar, da ein Krankentransport als planbares, nicht akutes Geschehen keine Bedeutung für den Notarztendienst hat. Bei Krankentransportdiensten handelt es sich um gewerbliche Unternehmen, deren betriebliches Ziel in der Gewinnmaximierung liegt.

geregelt ist, lediglich um vereinsinterne Vorgaben handelt, die zu kennen zwar nützlich, keinesfalls aber verpflichtend ist.³⁹

Kompensiert wird die mangelnde Nähe zwischen Rettungsdienst und Notarztsystem bis zu einem gewissen Grad durch die Fahrer der Notarztwagen, die als ausgebildete Notfallsanitäter freiwillige oder hauptberufliche Mitarbeiter des Roten Kreuzes sind. In ihrer Position bietet sich die Möglichkeit, den jeweils diensthabenden Notarzt nicht nur in seiner Tätigkeit vor Ort zu unterstützen, sondern ihm auch Einblick in die Strukturen des Rettungsdienstes zu verschaffen. Der solchermaßen gewonnene Überblick über Personal, Material und Logistik des Rettungsdienstes kann für jeden verantwortungsbewussten Notarzt nur von Vorteil sein.

1.3 Faszination Notfallmedizin: Motive zur Mitarbeit

Jede Reise beginnt mit dem ersten Schritt, wird oftmals behauptet. Auch der Weg zum Rettungssanitäter kann nur so beschritten werden. Neben Alters- und Gesundheitskriterien sind verschiedene Ausbildungsanforderungen zu erfüllen, ehe die eigenverantwortliche Tätigkeit als Rettungssanitäter aufgenommen werden darf. Davor aber steht für jeden Einzelnen die Entscheidung, diese Tätigkeit ausüben zu wollen.

1.3.1 Motive von Notärzten

Notärzte versehen ihren Dienst entsprechend der jeweiligen Dienstverträge mit ihrer arbeitgebenden Klinik. Das bedeutet, dass der jeweilige Vorgesetzte des Arztes darüber zu entscheiden hat, ob sein Mitarbeiter zum Notarzt ausgebildet und dieser Funktion tätig werden soll. Somit muss seitens des Auszubildenden nicht zwingend notfallmedizinisches Interesse bestehen und es kann vorkommen, dass Ärzte einen Notarztekurs hauptsächlich

³⁹ Besonders problematisch ist dies für Notärzte, die ihren Dienst nicht nur in verschiedenen Bezirken versehen, sondern auch noch mit verschiedenen Rettungsdiensteanbietern zusammenarbeiten. So kann das NEF Graz-West beispielsweise jederzeit im Einsatz mit einer Mannschaft des Grünen Kreuzes zusammentreffen, das unter anderem im Bezirk Deutschlandsberg einen Stützpunkt betreibt. Trotz einheitlich geregelter Ausbildung von Rettungssanitätern weichen einsatztaktische Modalitäten der Rettungsorganisationen teils erheblich voneinander ab, was der Zusammenarbeit nicht förderlich sein kann.

deswegen besuchen, weil sie von ihren Dienstgebern ungeachtet ihrer fachlichen und menschlichen Qualifikation dorthin entsandt wurden. Im Falle der Grazer Notarztstützpunkte entstammen etliche Notärzte einer Laufbahn als freiwillige Rettungssanitäter bzw. -mediziner, ehe sie klinisch tätig wurden. In einigen Fällen bleiben sie selbst als approbierte Notärzte noch dem Rettungsdienst treu, und versehen dort weiterhin freiwillig Dienst.

1.3.2 Motive von Rettungssanitätern

Die Frage, warum man sich von einer Tätigkeit im Rettungsdienst angezogen fühlt, bietet unterschiedlichste Antwortmöglichkeiten. Grundsätzlich gibt es drei unterschiedliche Beweggründe, als Rettungssanitäter aktiv zu werden:

- als hauptberuflicher Mitarbeiter im Rahmen eines Dienstverhältnisses,
- als Zivildienstleistender nach Zuweisung der entsprechenden Behörde oder
- als freiwilliger Mitarbeiter auf ehrenamtlicher, unentgeltlicher Basis.

1.3.2.1 Hauptberufliche Rettungssanitäter

Hauptberufliche Mitarbeiter setzen sich zu einem hohen Prozentsatz aus ehemaligen Zivildienern oder Freiwilligen zusammen. Ihre Beweggründe zum Wechsel in den hauptberuflichen Bereich sind unterschiedlichster Natur, aber für die weiteren Betrachtungen nicht maßgeblich.

1.3.2.2 Zivildienstleistende Rettungssanitäter

Im Falle Zivildienstleistender ist die Motivationsfrage auf den ersten Blick am einfachsten zu beantworten: Der Wehrdienstpflichtige, der sich zum Zivildienst meldet, wird dem Rettungsdienst zugewiesen und hat wenig Einflussmöglichkeiten auf diese Zuordnung.

1.3.2.3 Freiwillige Rettungssanitäter

Was aber ist es, das so viele Freiwillige dazu treibt, unentgeltlich unter größten Belastungen zu arbeiten?⁴⁰ Unter etlichen befragten Rettungssanitätern wurde, nach dem Motiv „Gemeinschaft“, als zweithäufigster Grund genannt, der Gesellschaft einen Dienst erweisen zu wollen, also „Gutes tun“ zu wollen.⁴¹ Die Ursachen für diese Absicht waren dabei höchst unterschiedlicher Natur. Auffallend ist, dass dem Wunsch, helfen zu können oftmals eine einschlägige persönliche Erfahrung zugrunde liegt. Umso beachtlicher ist aus diesem Blickwinkel der Umstand, dass einer aktuellen Studie zufolge immerhin jeder vierte Rettungssanitäter an Zeichen einer PTBS (posttraumatischen Belastungsstörung) leidet.⁴²

1.3.3 Hilfe als Motivationsfaktor

Ungeachtet dessen kann davon ausgegangen werden, dass der Wunsch Hilfe zu leisten als grundlegender Motivationsfaktor allen im Rettungsdienst tätigen Personen gemein ist. Das bedeutet, dass jedenfalls der Patient Zentrum des Interesses von Rettungssanitätern ist. Alle weiteren Faktoren wie Freude am Gemeinschaftserlebnis, beruflicher Vorteil durch Ausbildung und ähnliche können unter diesem Aspekt vernachlässigt werden. Sofern die Selbstdarstellung der befragten Studienteilnehmer verlässlich ist, gilt also: Die Wurzel allen rettungsdienstlichen Handelns liegt im Wunsch anderen Menschen zu helfen.

Auf den ersten Blick mag die Umsetzung dieses Unterfangens einfach erscheinen, weswegen die Tätigkeit des Rettungssanitäters klischeehaft seitens der Öffentlichkeit immer noch allzu oft auf die Funktion des Krankenträgers reduziert wird. Dass es sich bei Rettungssanitätern um multidisziplinäre Spezialkräfte handelt, deren Ausbildung danach ausgerichtet ist, unter anspruchsvollsten Bedingungen Höchstleistungen zu erbringen, wird

⁴⁰ Im Tätigkeitsbericht für das Jahr 2008 weist die Bezirksstelle des Roten Kreuzes in Graz-Stadt 1.104 freiwillige Mitarbeiter aus, hauptberuflichen Kräfte (166) und Zivildienstler (79) komplettieren den Personalstand.

Insgesamt wurden in diesem Jahr 113.132 Einsatzfahrten durchgeführt. 3.189 NEF-Einsätze und 939 Alarmierungen von C12 ergänzen die Statistik. (ÖRK 2009: S 30ff.)

⁴¹ Diese und andere relevante statistische Auswertungen basieren auf einer 2006 durchgeführten Mitarbeiterbefragung im Grazer Roten Kreuz zum Thema Motivation im Ehrenamt. (METUL 2006: S 72ff.)

⁴² FOPPA 2009: <http://www.quajou.ch/aktuell/1274.php> (Zugriff: 05.05.2009, 15.30 Uhr)

zu selten klar ausgedrückt und ist auch im Selbstverständnis von Rettungssanitätern noch nicht ausreichend verankert. Zu oft sehen sie sich selbst hierarchisch mehrere Stufen unter Ärzten, was, abgesehen von rein medizinischen Entscheidungen, einfach nicht den Tatsachen entspricht. Rettungssanitäter arbeiten eigenverantwortlich und nur dahingehend unter Ärzten, als sie im Rahmen notwendiger ärztlicher Versorgung dabei assistieren. Jenseits dieser ausschließlich medizinischen Weisungen durch Ärzte bewegen sich Rettungssanitäter als gleichberechtigte Partner in der Patientenversorgung auf gleicher Höhe mit Ärzten.

Die Grundlinien der Patientenversorgung entsprechen häufig Standardsituationen, die nach Lehrmeinungen in Form von Behandlungsalgorithmen ausgedrückt werden. Diese Richtlinien zu befolgen ist, sofern es die näheren Umstände erlauben, keine große Schwierigkeit. Das trifft auf Sanitäter wie auf Ärzte gleichermaßen zu. Die bloße Konzentration auf eine spezielle Erkrankung oder Verletzung des Patienten reicht aber im Falle des Rettungsdienstes nicht aus, um den Patienten ausreichend zu versorgen: oftmals sind die Rahmenbedingungen des Einsatzes das wirkliche Problem, und nicht die Akutsituation, in der sich der Patient augenblicklich befindet. Ein häufiges Beispiel dafür stellt häusliche Gewalt dar, insbesondere in Form von Kindesmisshandlung. Sensible Wahrnehmung der Umgebung durch Sanitäter ist in solchen Fällen von größter Bedeutung. Rettungssanitäter sind üblicherweise die einzigen Beteiligten in der Behandlungskette, die den Patienten innerhalb seiner vertrauten Umgebung sehen, sein Lebensumfeld und dessen Bedingungen kennen, und somit abschätzen können, inwiefern der Patient, seine Erkrankung/Verletzung und seine Lebensbedingungen miteinander in Einklang zu bringen sind. Für Aussagen darüber lassen sich keine standardisierten Diagramme ausdrücken. In solchen Situationen offenbart sich, dass Notfallmedizin, als Hilfe am Menschen verstanden, stets individuell ausgeführt werden muss. Was aber bedeutet es genau, jemandem zu helfen?

1.3.4 Exkurs: Der Begriff „Hilfe“

Sobald Menschen miteinander in Kontakt treten kommt es zu Zusammenarbeit und Hilfeleistungen. Hilfsbereitschaft und Hilfeleistung stellen demnach essentielle Grundbestandteile der menschlichen Koexistenz dar. Entscheidend ist dabei die

Wahrnehmung der Hilfsbedürftigkeit, also das Erkennen eines Mangels. Dieses kann in eine Handlungsnotwendigkeit münden. Beide, Hilfsbedürftigkeit und Handlungsnotwendigkeit, können entweder von außen erkannt werden, oder vom Hilfesuchenden selbst mitgeteilt werden. Unterschiedliche Auffassungen über die Wahl des Hilfsmittels und die Intensität der Hilfe können sowohl zwischen Hilfsbedürftigem und Helfern, als auch zwischen mehreren in die Hilfe eingebundenen Personen entstehen.

Hilfe ist ein hochkomplexes Handlungsgefüge zweier Parteien: der helfenden und derjenigen, die Hilfe annimmt. Um den Akt des Helfens so vollziehen zu können, dass er von allen daran Beteiligten als positiv empfunden wird, muss Konsens zwischen beiden Parteien darüber bestehen, dass Hilfe notwendig ist, gestellt und auch angenommen werden soll. Wird Hilfsbedürftigkeit erkannt, aber ignoriert, sprechen wir unter gewissen rechtlichen Voraussetzungen von unterlassener Hilfeleistung. Wird Hilfe durch den Hilfsbedürftigen abgelehnt, kann daraus unter Umständen die Notwendigkeit erwachsen, dieser Ablehnung des Betroffenen nicht zu entsprechen, und gleichzeitig dennoch in dessen Interesse zu handeln. Ein Beispiel dafür ist das Vorliegen von Eigen- oder Fremdgefährdung. In einem solchen Fall kann durch einen Polizeiarzt die Unterbringung des Patienten auch gegen seinen Willen in einer dafür geeigneten Einrichtung veranlasst werden⁴³, in Graz ist dies das Landesklinikum Sigmund Freud.

Zu guter Letzt steht die Frage nach der Handlungsmotivation im Raum: Warum sollte man anderen helfen, und wenn, was wird dadurch intendiert? Begriffe wie Hilfsbereitschaft werden im täglichen Sprachgebrauch oft anerkennend, aber auch graduell verwendet. Die Bezeichnung „ein hilfsbereiter Mitmensch“ impliziert eine starke Wertung der Persönlichkeit und wird in aller Regel als positiv empfunden. Umso mehr muss hinterfragt werden, was Hilfsbereitschaft eigentlich ist. Es gibt juridische Gebote zur Hilfeleistung⁴⁴ und moralische Gebote zur Hilfeleistung. Auf juridische sei hier nicht näher eingegangen, die moralischen sind extrem abhängig von den soziokulturellen Gegebenheiten. Ebenso gibt es in manchen Kulturkreisen moralische Verbote der Hilfeleistung: dazu gehört etwa

⁴³ Die rechtliche Grundlage dafür liefert das Unterbringungsgesetz (UbG).

⁴⁴ „Nach §95 Strafgesetzbuch hat jedermann die Pflicht, bei einem Unglücksfall oder einer Gemeingefahr die zur Rettung eines Menschen aus der Gefahr des Todes oder einer beträchtlichen Körperverletzung oder Gesundheitsschädigung offensichtlich erforderliche Hilfe zu leisten, es sei denn, die Hilfeleistung ist demjenigen nicht zuzumuten.“ (ÖRK 2011a: C5)

die rituelle Form der Selbstverbrennung.⁴⁵ An dieser Stelle wird deutlich, wie sehr Recht von Moral abweichen kann, aber auch, wie unterschiedlich moralische Wertvorstellungen sein können.

Grundsätzlich soll Hilfe etwas sein, was man einem anderen angedeihen lässt. „Der Andere“ hat auch dazu gedient, eine hilfsbereite Einstellung zu bezeichnen:

„Altruismus (vom lat. *alter*, franz. *autrui*, „der Andere“), seit Comte Bez. für selbstloses Denken und Handeln.“⁴⁶, definiert Schischkoff in seinem „Philosophischen Wörterbuch“. Auguste Comte⁴⁷ wollte einen Gegenbegriff zum Egoismus schaffen, seither gibt es jedoch keine klare, eindeutige Definition dafür, was Altruismus tatsächlich bedeutet. Diskutiert wird unter anderem der Nutzen des Handelnden auf lange Sicht, der die gegenwärtigen Kosten bei weitem übersteigen kann. Fraglich ist auch, ob Altruismus grundsätzlich eine freiwillige Handlung darstellt, oder ob er auch erzwungen werden kann.⁴⁸

Altruismus sollte nicht nur als reine Form der Pflichterfüllung, oder als bloße Erfüllung von Erwartungshaltungen gesehen werden, er sollte etwas Außergewöhnliches repräsentieren, um diese Bezeichnung zu verdienen. Das Verhalten, das er bezeichnet, wird auch *supererogatorisch* genannt.

Nicolai Hartmann⁴⁹ bezeichnet Egoismus und Altruismus als „Irrwege der philosophischen Ethik“: Jeder Altruismus sei verkappter Egoismus, auch Liebe, Freundschaft, Opferwille, es käme nur auf die genügend weite Fassung des Prinzips an. Egoismus sei weiters ein reines Naturgesetz, dessen „Moral“ die Auswirkung eines Instinktes sei. Beide, Egoismus und Altruismus, hätten ihre selbständige Wurzel im Menschen, wobei Egoismus nicht als

⁴⁵ Diese Problematik thematisiert Graf-Baumann anhand eines Fallbeispiels in „Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst“:

„Bei einer Demonstration von Muslimen übergießt sich ein Mann mit Benzin und zündet sich in religiös-suizidaler Absicht an. Dem herbeigeholten Notarztwagen verweigert eine aufgebrachte Menschenmenge die Annäherung an den lichterloh brennenden Patienten, der durch die Demonstranten regelrecht abgeschirmt wird. Trotz intensiver Verhandlungen mit den Demonstranten und trotz Unterstützung der Polizei stirbt der Patient, ohne daß sie Besetzung des Notarztwagens eine Chance zur Behandlung hatte.“ (GRAF-BAUMANN 1997: S 367)

⁴⁶ SCHISCHKOFF 1991: S 17

⁴⁷ Auguste Comte (* 19.01.1798 in Montpellier, † 05.09.1857 in Paris), französischer Philosoph und Religionskritiker, Mitbegründer und Namensgeber der Soziologie.

⁴⁸ Prosoziales Verhalten könnte etwa in eine gesellschaftliche Erwartungshaltung münden, die bestimmtes Verhalten, das bislang freiwillig war, gebietet.

⁴⁹ Lettisch *Niklāvs Hartmanis*; (* 20.02.1882 in Riga, † 09.10.1950 in Göttingen), deutscher Philosoph und Begründer des „Kritischen Realismus“.

„wertlos“ oder „das Böse“ gesehen werden dürfe, ebenso wenig wie Altruismus „das Gute“ verkörpere.⁵⁰

Wesentlich für Hartmanns Ausführung ist das Grundverhältnis von „Ich“ und „Du“, das es letztendlich unmöglich mache, Egoismus und Altruismus theoretisch auseinanderzureißen:

„Es liegt ja auf der Hand, daß alles Miterleben und Mitfühlen ceteris paribus umso lebendiger und reichhaltiger ist, als das eigene Erleben es ist. Niemand kann mitfühlen, was selbst zu fühlen er überhaupt unfähig wäre. Wer keinen Stolz hat, wird die Verletzung fremden Stolzes nicht begreifen; wer nie geliebt hat, lacht über fremde Eifersucht oder Sehnsucht. Das eigene Empfinden des 'Ich' ist und bleibt der Boden für das Empfinden des 'Du' .“⁵¹

Eigen- und Fremdwahrnehmung sind bestimmende Faktoren für alle medizinisch Tätigen, das gilt insbesondere für alle, die ihr Arbeitsfeld im Bereich der Notfallmedizin sehen. Umso wichtiger ist es, die Fähigkeiten zur Reflexion in alle Ausbildungsstufen, vom Rettungssanitäter bis zum Leitenden Notarzt, einfließen zu lassen.

1.4 Funktionen und Ausbildungsstufen in der Notfallmedizin

Aus mehreren Gründen ist darauf zu achten, Notarztsystem und Rettungsdienst nicht gleichzustellen: Während es undenkbar ist, eine Ausbildung zum Rettungssanitäter zu durchlaufen, ohne über notärztliche Systeme und Ressourcen Bescheid zu wissen, ist es umgekehrt durchaus im Rahmen des Möglichen, notärztlich tätig zu sein, ohne allzu detaillierte Kenntnis über die Ausbildung und Fähigkeiten von Personal im Rettungsdienst zu besitzen. Genaue Kenntnisse über Ausbildungsstand, Befugnisse und Kompetenzen von Sanitätern sollten jedoch unbedingt als Voraussetzung für jeden Notarzt gesehen werden, da andernfalls eine partnerschaftliche Zusammenarbeit am Patienten deutlich erschwert wäre.

⁵⁰ Vgl. HARTMANN 1962: S 71ff.

⁵¹ HARTMANN 1962: S 79

1.4.1 Rettungssanitäter

Seit Einführung des Sanitätergesetzes (01.07.2002) ist die Ausbildung zum Rettungssanitäter bundesweit einheitlich geregelt. Von besonderer Relevanz ist dieser Umstand für das Faktum, dass es keinerlei Unterschied macht, in welcher Funktion die Tätigkeit als Rettungssanitäter ausgeübt werden soll: Freiwillig (ehrenamtlich und unentgeltlich), hauptberuflich (im Rahmen eines Dienstverhältnisses) oder in Form seines Zivildienstes (als Wehersatzdienst). Darüber hinaus dürfen Tätigkeiten des Sanitäters als Soldat im Bundesheer, als Organ des öffentlichen Sanitätsdienstes, Zollorgan, Strafvollzugsbediensteter oder Angehöriger eines sonstigen Wachkörpers ausgeübt werden.⁵² Ungeachtet dieses Hintergrundes und der Ausbildungsstätte bleibt die Form der Ausbildung als gesetzlich geforderte Minimalvariante immer dieselbe. Dasselbe gilt für die Aufgaben von Rettungssanitätern:

„§9 (1) Der Tätigkeitsbereich des Rettungssanitäters umfasst

- die selbständige und eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung kranker, verletzter und sonstiger hilfsbedürftiger Personen, die medizinisch indizierter Betreuung bedürfen, vor und während des Transports, einschließlich der fachgerechten Aufrechterhaltung und Beendigung liegender Infusionen nach ärztlicher Anordnung,
- die Übernahme sowie die Übergabe des Patienten oder der betreuten Personen im Zusammenhang mit einem Transport,
- Hilfestellung bei auftretenden Akutsituationen einschließlich der Verabreichung von Sauerstoff,
- eine qualifizierte Durchführung von lebensrettenden Sofortmaßnahmen sowie
- die sanitätsdienstliche Durchführung von Sondertransporten.“⁵³

Zu den Pflichten des Sanitäters gehören neben der Hilfeleistungspflicht vor allem die Sorgfaltspflicht, Fortbildungspflicht, Verschwiegenheitspflicht, sowie die Auskunft- und Dokumentationspflicht. All diese sind gesetzlich geregelt. Letztere sieht zwar vor, dass der Rettungssanitäter alle von ihm gesetzten Maßnahmen zu dokumentieren hat, betont aber nicht ausdrücklich, dass eine Begründung derselben ebenso zu erfolgen hat. Dies wird

⁵² ÖRK 2006: S 5.2

⁵³ HAUSREITHER 2004: S 62f.

kontextbedingt implizit vorausgesetzt. Wichtig für die weiteren Ausführungen ist in diesem Zusammenhang eine weitere Vorgabe des Sanitätergesetzes:

„§4 (1) Sanitäter haben ihre Tätigkeit ohne Ansehen der Person gewissenhaft auszuüben. Sie haben das Wohl der Patienten und der betreuten Personen nach Maßgabe der fachlichen und wissenschaftlichen Erkenntnisse und Erfahrungen zu wahren. [...]“⁵⁴

Grundlage für die Zulassung zur Ausbildung als Rettungssanitäter ist neben dem Mindestalter von 17 Jahren die gesetzlich nicht näher definierte „körperliche und geistige Eignung“ des Kandidaten⁵⁵. Die Ausbildung umfasst einen theoretischen Teil im Ausmaß von mindestens 100 Unterrichtsstunden⁵⁶ und ein Praktikum im Ausmaß von 160 Unterrichtsstunden im Rettungs- und Krankentransportdienst.

Unabhängig davon, welche Funktion im Rahmen des Rettungsdienstes ausgeübt werden soll, ist die Ausbildung zum Rettungssanitäter verpflichtend für alle aktiven Mitarbeiter des Rettungsdienstes als Mindestmaß abzulegen. Dies betrifft insbesondere gehobene Funktionen wie Leitstellendisponenten, Dienstführende und andere Führungsoffiziere.

Für die hauptberufliche Ausübung der Tätigkeit ist zusätzlich das sogenannte Berufsmodul zu besuchen, in dem innerhalb weiterer 40 Unterrichtsstunden die theoretische Ausbildung besonders um rechtliche Aspekte erweitert wird.

Je nach Ausbildungsstufe haben Rettungssanitäter Fortbildungsverpflichtungen unterschiedlichen Ausmaßes nachzukommen. Im Minimalfall sind 16 Unterrichtseinheiten innerhalb von zwei Jahren zu absolvieren.

⁵⁴ HAUSREITHER 2004: S 44

⁵⁵ Diese Eignungskriterien stellen immer wieder Probleme dar: Einerseits brauchen und wollen die Rettungsdienste (vor allem) freiwillige Mitarbeiter und bekennen sich zu ihrem Status als soziale Hilfseinrichtung, andererseits bedarf es in vielen Fällen einer gewissen Härte, einem Aspiranten die „Untauglichkeit“ zum Rettungssanitäter zu attestieren. Eine individuelle Untersuchung durch Ärzte der Einsatzorganisationen soll an dieser Stelle das Gesetz wahren. Die Praxis zeigt aber, dass die Einführung eines standardisierten, bundesweit gültigen Leistungskataloges über die Grenzen der einzelnen Einsatzorganisationen hinweg allen Beteiligten wesentlich besser Schutz und Sicherheit bieten könnte. In etlichen Ländern folgt die Aufnahme in die Ausbildung zum Rettungssanitäter einer umfangreichen Eignungsprüfung. Treppensteigen, anschließende mehrminütige Reanimation und Tragen von Lasten sind nur einige Beispiele der dort gestellten Aufgaben.

⁵⁶ Eine Unterrichtsstunde entspricht laut Sanitätergesetz dem Äquivalent von 50 Minuten.

1.4.2 Notfallsanitäter

Ebenso wie die Ausbildung zum Rettungssanitäter sind auch die höheren Ausbildungsstufen hinsichtlich ihres Umfangs und Inhalts gesetzlich geregelt. Um Notfallsanitäter werden zu können sind aufbauend auf die Ausbildung zum Rettungssanitäter 160 Stunden theoretischer Ausbildung zu absolvieren⁵⁷. Ergänzt wird dieser Theorieteil durch 280 Ausbildungsstunden auf einem Notarztmittel (NEF oder NARW, bzw. in Graz am „Jumbo“) sowie durch 40 Stunden Krankenhauspraktikum zum Erlernen wichtiger Assistenzleistungen für notärztliche Maßnahmen. Der so vermittelte Einblick in den modernen Krankenhausalltag bietet hierbei die Möglichkeit, das Geschehen um den Patienten intensiv mitzuverfolgen, und zu erfahren, wie dessen Weg nach der Klinikaufnahme weitergeht. Dies bleibt Rettungssanitätern üblicherweise im Rahmen ihrer Tätigkeit verborgen.

Neben den allgemeinen Aufgaben des Rettungssanitäters liegt der Tätigkeitsbereich von Notfallsanitätern (NFS) vor allem in hochqualifizierter Assistenz des Notarztes bei dessen Tätigkeiten.

1.4.3 Notfallsanitäter mit Notfallkompetenzen

Fertig ausgebildete und geprüfte Notfallsanitäter können ihre Kompetenzen mittels weiterführender Ausbildungen erweitern. Das dreistufige Modell der Notfallkompetenzen untergliedert sich in

- NKA: Zur Erlangung der „Allgemeinen Notfallkompetenz Arzneimittellehre“ sind 40 Theoriestunden zu absolvieren.
- NKV: Die Ausbildung zur „Allgemeinen Notfallkompetenz Venenzugang und Infusion“ umfasst 10 Theoriestunden und ein 40-stündiges Krankenhauspraktikum.

⁵⁷ In der Steiermark teilt das Rote Kreuz diese Einheiten auf vier Blöcke auf, um auch freiwilligen Mitarbeitern die Möglichkeit zu bieten, neben ihrem Broterwerb diese Ausbildung durchlaufen zu können. Der Nutzen für das ÖRK liegt darin, auf diesem Weg hochqualifiziertes Personal in Form von Freiwilligen auf Notarztfahrzeugen und -hubschraubern zur Verfügung zu haben, was eine erhebliche Bilanzverbesserung der kostenintensiven Nacht-, Wochenend-, und Feiertagsdienste mit sich bringt.

- NKI: Die „Besondere Notfallkompetenz Intubation und Beatmung“ setzt sich aus 30 Theorie- und 80 Praxisstunden zusammen, die im intramuralen Intensivbereich gesammelt werden müssen.⁵⁸

Die Ausbildung zum NKI ist im Landesverband Steiermark des Österreichischen Roten Kreuzes den Mitgliedern des Mediziner corps vorbehalten.

Jede der drei Notfallkompetenzen umfasst und regelt ärztliche Tätigkeiten, deren Durchführung den jeweilig ausgebildeten Notfallsanitätern unter bestimmten Voraussetzungen erlaubt ist. Die Notfallkompetenzen können nur in der beschriebenen Reihenfolge erlangt werden. In allen Fällen der Anwendung, die nur im Rahmen des Rettungsdienstes erfolgen darf, ist stets zwingend ein Notarzt zu verständigen.

Tabelle 1: Ausbildung zum NKI

| Ausbildungsstufe | Unterrichtsteil | Stundenzahl | Stundenzahl pro Stufe |
|-------------------------|------------------------|--------------------|------------------------------|
| Rettungssanitäter | Theorie | 100 | |
| | Praxis | 160 | 260 |
| Notfallsanitäter | Theorie | 160 | |
| | Praxis | 280 | |
| | Krankenhauspraktikum | 40 | 480 |
| NKA | Theorie | 40 | 40 |
| NKV | Theorie | 10 | |
| | Krankenhauspraktikum | 40 | 50 |
| NKI | Theorie | 30 | |
| | Krankenhauspraktikum | 80 | 110 |
| | | | Σ=940 |

⁵⁸ HAUSREITHER 2007: www.univie.ac.at/medizinrecht/Textsammlung/SanG-Recht.pdf (Zugriff: 27.11.2007, 18.12 Uhr)

1.4.4 Rettungsmediziner

Die Ausbildung zum Rettungsmediziner im Medizinercorps Graz (MC) ist insofern eine zweigeteilte, als sie eine Kooperation zwischen Universitätsklinik und Rotem Kreuz darstellt. Der angehende Rettungsmediziner muss zunächst einmal als Student der Humanmedizin die reguläre Ausbildung zum Rettungssanitäter durchlaufen. Studienspezifische Teile daraus können ihm anerkannt werden. Es folgen die Ausbildungen zum Notfallsanitäter und die allgemeinen Notfallkompetenzen, im Anschluss daran die besondere Notfallkompetenz NKI. MC-intern vorgeschrieben sind das sogenannte „Jumbo-Helferseminar“, das MC-Basisseminar und ein eigenes NKI-Seminar. Zusätzlich werden CPR-Megacodes⁵⁹ an Säuglings- und Erwachsenen-Phantomen abgehalten. Abgerundet wird dieses Programm vom MC-Notfallseminar. Von universitärer Seite muss der Kandidat im neuen Curriculum des Diplomstudiums Humanmedizin (an der Medizinischen Universität Graz: Studienkennzahl O202) mindestens das Modul 13 absolviert haben, sowie das spezielle Studienmodul Notfallmedizin. Darüber hinaus erforderlich ist der Besuch der zweisemestrigen Lehrveranstaltung „Notfallmedizinischen Fallbeispiele“, einer einsemestrigen EKG-Vorlesung, mindestens zwei Wochen Chirurgie-Famulatur, vier Wochen Famulatur an einer Klinik für Innere Medizin, ebensoviel an einer Anästhesie, sowie drei Wochen an der Kinderanästhesie. Sobald dieses Programm absolviert ist, der Kandidat im Rahmen seiner Ausbildung die notwendige praktische Erfahrung gesammelt hat und einen entsprechenden Nachweis darüber vorlegen kann, ist er berechtigt, die Prüfung zum Rettungsmediziner abzulegen. Dies geschieht zunächst in theoretischer Form an der Universitätsklinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin Graz, anschließend ist ein praktischer Prüfungsdienst zu absolvieren, in dem der Kandidat seine Kenntnisse und Fähigkeiten unter Beweis zu stellen hat: Als Prüfer fungieren hierbei zwei erfahrene Rettungsmediziner, die Prüfungszeit beträgt gemäß einer Diensteinheit zwölf Stunden.

Alle genannten Ausbildungsstufen umfassen Lehrinhalte medizinischer, technischer und einsatztaktischer Natur. Dazu kommen Schulungen auf den Gebieten der Psychologie im

⁵⁹ CPR hat sich als internationales Kürzel für cardiopulmonale Reanimation durchgesetzt, im deutschen Sprachraum trifft man auch vereinzelt auf HLW, was für Herz-Lungen-Wiederbelebung steht.

Als Megacode bezeichnet man notfallmedizinische Übungen an speziellen Trainingspuppen (Phantomen), die äußerst realitätsnahes Arbeiten zulassen. Diese Übungspuppen lassen sich nicht nur beatmen und herzdruckmassieren, sondern bieten alle Trainingsmöglichkeiten bis hin zur EKG-Interpretation und Defibrillation.

Allgemeines wie der psychosozialen Betreuung im speziellen. Erwartungsgemäß ist in keiner Ausbildungsverordnung das Wort „Ethik“ zu finden, weder Rettungs-, noch Notfallsanitäter werden üblicherweise mit diesem Terminus konfrontiert. Eine bemerkenswerte Ausnahme stellt an dieser Stelle erneut das Mediziner Corps Graz dar, das in seinem „Basiskurs NKI“ zumindest den Versuch startete, ethische Komponenten zu beleuchten, wo dem Thema „Ethik“ immerhin eine Vortragsstunde gewidmet wurde. Diese konnte dazu genutzt werden, in einer Kleingruppe von etwa 8 Teilnehmern ausgewählte notfallmedizinische Fallbeispiele moralisch zu hinterfragen und auf die multiplen moralischen Aspekte von Handlungen hinzuweisen.

1.4.5 Notarzt

Grundsätzlich ist es für Ärzte unabdingbar, ein Studium der Humanmedizin absolviert zu haben. Dies kann derzeit (noch) nach zwei verschiedenen Ausbildungsmodellen geschehen, wobei das „neue“ Curriculum (s.v.) zunehmend an Bedeutung gewinnt und die alte Studienordnung ablöst. Angeboten werden Studien der Humanmedizin an den Universitäten Wien und Innsbruck bzw. an der Medizinischen Universität Graz (MUG). Einen Sonderfall des Medizinstudiums stellt die Medizinische Privatuniversität Paracelsus in Salzburg dar, die ihren Lehrbetrieb im September 2003 aufgenommen hat.

1.4.5.1 Medizinstudium

Die Mindeststudiendauer für das Diplomstudium Humanmedizin beträgt 12 Semester, das Studium schließt nach Verfassen einer Diplomarbeit und deren Vorstellung ohne eigentliche Abschlussprüfung. Dem Kandidaten wird der akademische Grad Dr.med.univ. verliehen.

Notfallmedizin taucht im Rahmen des Grazer Medizinstudiums an mehreren Stellen auf: Nach einer Grundausbildung in Erster Hilfe und einem Praxistag im Rettungsdienst geht die Ausbildung über „Erweiterte Erste-Hilfe-Maßnahmen“ weiter. Mit Pflicht- und Sondermodulen bestens versehen beträgt die verpflichtende Gesamtausbildung in Erster-Hilfe und Notfallmedizin 120 Stunden. Hinzu kommt, dass das Naheverhältnis von

Universität und Medizinercorps dadurch intensiviert wird, dass etliche Diplomarbeitenprojekte⁶⁰, Forschungen und Studien im Kontext des Grazer Rettungswesens durchgeführt werden.⁶¹

1.4.5.2 Postpromotionelle Ausbildung

Um in weiterer Folge ärztlich tätig werden zu dürfen, bedarf es einer Ausbildungsstätte, über die das „Jus Practicandi“, das Recht zur eigenständigen Berufsausübung, erlangt werden kann. Dazu ist es nötig, entweder als Turnusarzt im Rahmen einer dreijährigen Klinikausbildung Facharzt für Allgemeinmedizin (früher: Praktischer Arzt) zu werden oder aber eine Facharztausbildung zu durchlaufen, die zwischen vier und sechs Jahre beansprucht⁶² und an deren Ende eine Facharztprüfung steht.

Sobald das „Jus Practicandi“ erlangt wurde, sind die Formalkriterien erfüllt, auch notärztlich tätig zu werden. Die dazu erforderliche weitere Ausbildung findet im sogenannten Notarztkurs statt. Hierbei handelt es sich um ein Ausbildungsangebot der Ärztekammer, für Grazer Mediziner ist naturgemäß die Ärztekammer für Steiermark zuständig. Der dort angebotene „Kurs für spezielle Notfallmedizin“ umfasst sechs Ausbildungstage, die in Kooperation mit der Arbeitsgemeinschaft Notfallmedizin (AGN)⁶³ gestaltet werden. Neben mannigfaltigen notfallmedizinischen Themen steht auch ein Vortrag zu rechtlichen Belangen am Programm. Besonders begrüßenswert war die Thematisierung von ethischen Problemen in der Notfallmedizin durch einen eigenen Vortrag⁶⁴, leider konnte dieser nicht auf Dauer im Programm behalten werden. Eine Besonderheit des Grazer Notarztwesens stellt der Umstand dar, dass ausschließlich

⁶⁰ Im Mai 2009 waren beispielsweise an der MUG 18 Diplomarbeiten im Entstehen, die einen Kontext zum MC aufwiesen. (E-Mail Auskunft durch Univ. Prof. Dr. Gerhard Prause, MUG, vom 19.05.2009)

⁶¹ ÖRK 2009: S 20

⁶² Die Dauer der Facharztausbildung richtet sich nach dem jeweiligen Fach, aber auch nach der Notwendigkeit, sogenannte „Gegenfächer“ absolvieren zu müssen, deren Intensität zeitlich in Abhängigkeit der gewählten Fachrichtung variiert.

⁶³ Bei der AGN handelt es sich um einen 1988 gegründeten Verein mit dem Ziel, die Aus- und Fortbildung in der Notfallmedizin in der Steiermark und den benachbarten Bundesländern durchzuführen und zu koordinieren. Weiters sollten fachspezifische Informationen an alle interessierten Ärzte, Sanitäter und Studenten weitergegeben werden. Die AGN zählt heute über 900 Mitglieder und kooperiert sowohl mit der Medizinischen Universität Graz, als auch mit der Ärztekammer. (Stand: September 2009)

⁶⁴ Im Kursprogramm vom November 2007 waren hierfür 45 Minuten eingeplant. Angesichts der Fülle von zu behandelnden Themen und dem dichtgedrängten Zeitplan des Kurses ist die Behandlung von Ethik in der Notfallmedizin nicht hoch genug einzuschätzen. Als Referent fungierte im o.a. Kurs übrigens ein Notarzt, der seine Karriere, wie viele andere auch, als Rettungssanitäter im Medizinercorps Graz begann.

Fachärzte der Disziplinen Chirurgie, Unfallchirurgie, Interne Medizin sowie Anästhesiologie und Intensivmedizin in den Notarztdienst übernommen werden. Diese Maßnahme soll sicherstellen, dass Notfallpatienten auch wirklich einen Arzt bekommen, der im Umgang mit notfallmedizinischen Techniken vertraut und durch täglichen Routinebetrieb auf der Klinik in deren Anwendung geübt ist.

Das Ärztegesetz regelt die Ausbildung zum Notarzt folgendermaßen:

„§ 40. (1) Approbierte Ärzte, Ärzte für Allgemeinmedizin und Fachärzte, die beabsichtigen, eine ärztliche Tätigkeit im Rahmen organisierter Notarztdienste (Notarztwagen bzw. Notarzhubschrauber) auszuüben, haben einen Lehrgang gemäß Abs. 2 im Gesamtausmaß von zumindest 60 Stunden zu besuchen, der mit einer theoretischen und praktischen Prüfung abzuschließen ist.

(2) Der Lehrgang hat in Ergänzung zur jeweiligen fachlichen Ausbildung eine theoretische und praktische Fortbildung auf folgenden Gebieten zu vermitteln:

1. Reanimation, Intubation und Schocktherapie sowie Therapie von Störungen des Säure-, Basen-, Elektrolyt- und Wasserhaushaltes;
2. Intensivbehandlung;
3. Infusionstherapie;
4. Kenntnisse auf dem Gebiet der Chirurgie, der Unfallchirurgie einschließlich Hirn- und Rückenmarksverletzungen sowie Verletzungen der großen Körperhöhlen, der abdominalen Chirurgie, Thoraxchirurgie und Gefäßchirurgie;
5. Diagnose und Therapie von Frakturen und Verrenkungen und
6. Kenntnisse und Erfahrungen auf dem Gebiet der Inneren Medizin, insbesondere Kardiologie einschließlich EKG-Diagnostik, sowie der Kinder- und Jugendheilkunde.“⁶⁵

Die Ergänzungen zur jeweiligen fachlichen Ausrichtung des Arztes sind als Versuch zu verstehen, ein einheitliches notfallmedizinisches Basiswissen zu schaffen. Dies ist dort von Bedeutung, wo der Notarzt zu Fällen gerufen wird, die nicht in sein jeweiliges fachärztliches Gebiet fallen. Selbstverständlich unterliegen auch Notärzte einer besonderen Fortbildungsverpflichtung:

⁶⁵ BUNDESKANZLERAMT 2009:

<http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011138>
(Zugriff: 06.05.2009, 16.00 Uhr)

„(3) Zusätzlich ist mindestens alle zwei Jahre, gerechnet ab dem Abschluss des Lehrganges (Stichtag), eine zweitägige theoretische und praktische Fortbildungsveranstaltung zu besuchen.⁶⁶ [...]“⁶⁷

Besondere Beachtung verdient die Funktion des Leitenden Notarztes. Diese erfordert nicht nur eine spezielle Ausbildung, sondern bedingt darüber hinaus intensive Zusammenarbeit mit den lokalen Einsatzorganisationen, allen voran mit dem jeweiligen Rettungsdienst:

„(4) Notärzte, die beabsichtigen, eine leitende notärztliche Tätigkeit im Rahmen organisierter Rettungsdienste auszuüben, haben einen Lehrgang gemäß Abs. 5 im Gesamtausmaß von 60 Stunden zu besuchen.⁶⁸ [...]“

(5) Der Fortbildungslehrgang gemäß Abs. 4 hat in Ergänzung zur jeweiligen fachlichen Ausbildung eine theoretische und praktische Fortbildung auf folgenden, für Großeinsatzfälle organisierter Rettungsdienste relevanten Gebieten zu vermitteln:

1. Lagebeurteilung,
2. Feststellung des Schwerpunktes und der Art des medizinischen Einsatzes,
3. Sammeln und Sichten von Verletzten,
4. Festlegung von Behandlungsprioritäten,
5. medizinische Leitung von Sanitätshilfsstellen,
6. Abtransport von Verletzten einschließlich Feststellung der Transportpriorität und des Transportzieles,
7. Beurteilung des Nachschubbedarfs,
8. ärztliche Beratung der Einsatzleitung,
9. Zusammenarbeit mit anderen Einsatzleitern,
10. Mitarbeit in Evakuierungsangelegenheiten,
11. Mithilfe bei der Panikbewältigung,
12. Einsatzleitung bei Großeinsätzen,

⁶⁶ Ärzte im Sinne des Abs. 1, die die Voraussetzungen für die Ausübung einer ärztlichen Tätigkeit im Rahmen organisierter Notarztdienste gemäß Abs. 2 und 3 erfüllen und eine solche Tätigkeit ausüben, dürfen zusätzlich die Bezeichnung „Notarzt“ führen. (Ebd.)

⁶⁷ BUNDESKANZLERAMT 2009:

<http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011138>
(Zugriff: 06.05.2009, 16.00 Uhr)

⁶⁸ Ärzte im Sinne des Abs. 4, die die Voraussetzungen für die Ausübung einer leitenden notärztlichen Tätigkeit im Rahmen organisierter Rettungsdienste gemäß Abs. 4 bis 6 erfüllen und eine solche Tätigkeit ausüben, dürfen zusätzlich die Bezeichnung „Leitender Notarzt“ führen. Der „Leitende Notarzt“ ist gegenüber den am Einsatz beteiligten Ärzten und Sanitätspersonen weisungsbefugt und hat zur Kennzeichnung Schutzkleidung mit der Aufschrift „Leitender Notarzt“ zu tragen. (Ebd.)

13. medizinische Dokumentation.

(6) Zusätzlich zum Lehrgang gemäß Abs. 5 ist mindestens alle vier Jahre [...] eine Fortbildungsveranstaltung, die mindestens 15 Stunden Planspiele oder Großübungen sowie fünf Stunden Theorie umfasst, zu besuchen. [...] ⁶⁹

1.4.5.3 Fortbildung

Wie für Rettungssanitäter aller Ausbildungsstufen besteht auch für Notärzte eine gesetzlich klar geregelte Fortbildungsverpflichtung (s.o.). Dieser ist innerhalb eines bestimmten Zeitraumes nachzukommen. Folge geleistet wird ihr durch den Besuch einschlägiger Veranstaltungen wie z.B. Themenabenden, Kongressen, Symposien, etc. im jeweils vorgeschriebenen Stundenausmaß. Oftmals richten sich die Fortbildungen inhaltlich an Ärzte und Sanitäter gleichermaßen. Der Wert solcher Zusammentreffen von Sanitätern und Ärzten liegt nicht zuletzt in einer zwischenmenschlich-kommunikativen Komponente: Belastende Einsätze oder suboptimale Arbeitsabläufe können im Rahmen solcher Gelegenheiten in ungezwungener Atmosphäre miteinander besprochen werden, ebenso wichtig ist der gemeinsame Austausch über weitere Patientenschicksale oder den Genesungsverlauf von Patienten nach einem Rettungseinsatz, da dieser letztendlich die eigentlich relevante „Erfolgskontrolle“ für die präklinische Versorgung darstellt.

1.5 Sanitäter – Notarzt – Krankenhaus: Schnittstellen

Ein Großteil des Personals im Grazer Rettungsdienst stellt seine Dienste ehrenamtlich, also freiwillig und unentgeltlich zur Verfügung.⁷⁰ Sämtliche Nacht-, Feiertags-, und Wochenenddienste werden ausschließlich von ehrenamtlichen Mitarbeitern besetzt⁷¹, die

⁶⁹ BUNDESKANZLERAMT 2009:

<http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011138>
(Zugriff: 06.05.2009, 16.00 Uhr)

⁷⁰ Die Bezirksstelle Graz-Stadt im ÖRK verzeichnete 2008 1.104 freiwillige Mitarbeiter, die sich zwar nicht ausschließlich, jedoch größtenteils aus Rettungssanitätern zusammensetzen. (ÖRK 2009: S 33)

⁷¹ Eine Ausnahme stellen derzeit noch die Fahrer des NEF Ost dar, bei denen es sich ausschließlich um hauptberufliche Mitarbeiter handelt. Dass dies nicht zwingend notwendig ist, beweist das NEF West, das zu den o.g. Dienstzeiten seit Jahren durch Freiwillige besetzt wird.

im Grazer Roten Kreuz zu Dienstgruppen zusammengefasst sind. Neben sieben Nachtdienstgruppen (eine pro Wochentag) existiert noch eine eigene Samstag-Tag-Dienstgruppe. Die Sonntag-Tagdienste werden, ebenso wie die Feiertagsdienste, unter diesen acht Mannschaften aufgeteilt.⁷² Mitarbeitern, die sich nicht dazu in der Lage sehen, an bestimmten Wochentagen Dienst zu versehen, sind in einer eigenen Organisationseinheit zusammengefasst, die die anderen Dienstgruppen, aber auch den hauptberuflichen Bereich nach Maßgabe unterstützt. Somit gibt es in Graz neben den hauptberuflichen und den Zivildienstleistenden insgesamt neun freiwillige Dienstgruppen. Ähnlich strukturiert sind die vom jeweiligen Krankenhaus gestalteten Dienstpläne der Notärzte: In Abhängigkeit ihrer Fachzugehörigkeit besetzen sie die Dienstschichten des NEF an bestimmten Wochentagen. Das bedeutet in der Praxis, dass bestimmte Konstellationen aus Rettungsdienstgruppen und Notärzten selten bis gar nicht auftreten, während andere wiederum dem Regelfall entsprechen⁷³.

1.5.1 Der gemeinsame Einsatz von Rettung und Notarzt

Da beide NEF in Graz keinen räumlichen Anschluss an die jeweiligen Rettungswachen haben⁷⁴, fehlt mit Sicherheit das andernorts übliche Zugehörigkeitsgefühl sowohl der NEF-Fahrer als auch der Notärzte zur Rettungsdienstmannschaft. Dies beginnt mit dienstüblichen Riten (Wagenkontrolle bei Dienstbeginn, gemeinsame Mahlzeiten etc.) und endet bei kollektiven Freizeitaktivitäten. Somit beschränkt sich der direkte Kontakt der RTW-Besatzungen zum Notarzt auf den Einsatzfall, bei dem beide gemeinsam am Patienten tätig werden.

Besondere Beachtung verdient der Umstand, dass auch alle gehobenen Funktionen des Dienstbetriebs (Leitstellendisponenten, Dienstführende) freiwillig besetzt werden können. Diesem Umstand verdanken die hauptberuflichen Mitarbeiter im Grazer Rettungsdienst eine (für diese Branche luxuriöse) Fünf-Tage-Woche ohne Nacht-, Wochenend- oder Feiertagsdienste.

⁷² Das bedeutet, dass zu den regulären 52 Diensten pro Jahr noch ein aliquoter Anteil von Feiertagsdiensten bzw. Sonntagsdiensten auf die Gruppen aufgeteilt wird. Somit ergeben sich für jeden freiwilligen Mitarbeiter rund 60 Dienste pro Jahr, was mindestens 720 Stunden (12 Stunden pro Dienst) entspricht. Im Falle der Samstag-Nacht Gruppe beträgt der Dienstaufwand sogar 840 Stunden, weil diese die längste Dienstschicht (18.00 Uhr bis 08.00 Uhr) zu versehen hat.

⁷³ Samstag ist am NEF beispielsweise „Anästhesie-Tag“, woraus sich eine gewisse Nähe zwischen Anästhesisten und Samstag-Tag- bzw. Samstag-Nacht-Dienstgruppe ergibt. Die bereits angesprochene Problematik des vom Rettungsdienst dislozierten Notarztes vermag aber auch dieser Umstand nicht zu verbessern.

⁷⁴ Die Stützpunkte der Grazer Rettungswachen befinden sich in der Münzgrabenstraße (Osten) und in der Strassgangerstraße (Westen). Letzterer ist dort baulich an die Räumlichkeiten der Landesleitstelle angeschlossen.

Sofern beim Patienten eine notarztspflichtige Form der Erkrankung oder Verletzung vorliegt, wird im Idealfall folgendermaßen vorgegangen: Nach Versorgung des Patienten unter Anleitung des Notarztes, wobei die Rettungssanitäter diesem bei seinen Maßnahmen assistieren, wird im Konvoi die vom Notarzt festgelegte Zielklinik angefahren, wo die Patientenübergabe erfolgt. Am Ende des Einsatzes sollte eine abschließende Nachbesprechung die Standpunkte des RTW-Teams aufzeigen, ebenso jene der NEF-Besatzung, ehe eine Feedbackrunde aller Beteiligten Aufschluss darüber gibt, welche Punkte des Einsatzablaufs verbesserungswürdig waren und welche besonders gut geklappt haben. Die Praxis sieht oft anders aus: Aus Zeitmangel, Müdigkeit oder „Routine“ unterbleibt dieser wertvolle Gedankenaustausch oft, obwohl in diesem Rahmen vor allem die vielen nicht-medizinischen Details eines Einsatzes besprochen werden könnten.⁷⁵

Einsatznachbesprechungen sind dennoch als Standard jedes qualifizierten Rettungsdienstes zu sehen. Es geht hierbei nicht ausschließlich um medizinische und einsatztaktische Komponenten, sondern zu einem großen Teil um Strategien der Psychohygiene für Helfer. Anlass zur Etablierung fundierter Stressbewältigungs-Maßnahmen in europäischen Rettungsdiensten war der Flugunfall bei der Airshow von Ramstein am 28.08.1988, bei dem 70 Menschen ums Leben kamen und etwa 1000 verletzt wurden.⁷⁶

1.5.2 Die Rettungsleitstelle

Die Rettungsleitstelle (RLS) stellt das Herzstück jedes Rettungsdienstes dar. Neben allen funktionellen Aufgaben (Notruf-Entgegennahme, Disposition von Rettungsmitteln, Koordinationsmaßnahmen etc.) repräsentiert sie den zentralen Kommunikationsknoten jedes Rettungsdienst-Anbieters. In dieser Eigenschaft erfolgt auch die Alarmierung der Grazer Notarztmittel über die Rettungsleitstelle des Roten Kreuzes. Somit kann man sie als logisches Bindeglied zwischen Notarzt- und Rettungsdienst bezeichnen.

⁷⁵ Etliche Einsatzkräfte berichten, dass es nicht immer die spezifischen Erkrankungen oder Verletzungen ihrer Patienten sind, die sie besonders belasten. In vielen Fällen schlagen sich Eindrücke des Einsatzes wie etwa Details aus dem Patientenumfeld auf die Psyche der Helfer nieder: mangelnde Hygiene- oder Heizmöglichkeiten bzw. häusliche Gewalt können als Beispiele dafür angeführt werden. (Vgl. BENGEL 1997: S 104)

⁷⁶ Unfall- und Katastrophennachsorge sind als Wegbereiter der Psychologie in der europäischen Notfallmedizin zu sehen. (Vgl. JATZKO 1995: S 178)

Neben etlichen anderen Aufgaben liegt die Hauptfunktion des Leitstellendisponenten in der Entgegennahme von Notrufen, dem Anlegen eines Einsatzes und der Disposition des entsprechenden Einsatzmittels. Bei allen Bemühungen, dieses Procedere zu standardisieren, konnte ein wesentlicher Faktor nie ausgeschaltet werden: Der letztendlich angelegte Einsatz beruht ausschließlich auf der Interpretationsleistung des Disponenten, basierend auf der Informationsaufnahme aus dem Telefonat. Die Disposition von Rettungsmitteln erfolgt gemäß dem Eindruck, den der Anrufer dem zuständigen Leitstellendisponenten vom Notfallgeschehen vermitteln konnte. Dass dies nicht immer den Gegebenheiten entsprechen muss, liegt auf der Hand. Daraus ergibt sich, dass jedes Notarztsystem eine gewisse Anzahl von Fehleinsätzen verzeichnen muss. Ist diese Anzahl zu klein, sind die jeweiligen Indikationen zu eng gesetzt. Ist die Anzahl zu groß, muss über Optimierung der verwendeten Ressourcen nachgedacht werden.

Um die Zahl solcher Fehleinsätze innerhalb eines gewissen Rahmens zu halten, ist ein Feedback-System unerlässlich. An der Bezirksstelle Graz-Stadt hat sich dazu ein digitales System etabliert, das den Leitstellendisponenten in kurzen Stichworten retrospektive Einzelheiten zum jeweiligen Notarzt- oder Jumbo-Einsatz darstellt: Der Leitstellendisponent bekommt nach Beendigung des Einsatzes vom Notarzt bzw. RM eine stichwortartige Rückmeldung und kann somit seine Eindrücke des Notrufes mit der vom Einsatzteam wahrgenommenen Situation vor Ort abgleichen.⁷⁷

Das Beispiel des Leitstellenpersonals zeigt besonders deutlich, dass die Tätigkeiten im Rettungsdienst durch andauerndes, nie endendes Lernen geprägt sind. Die Fähigkeiten zur Erkenntnis aus Handlung und Selbstreflexion, wie auch Anpassungs- und Teamfähigkeit sind unumstößliche Grundbedingungen für eine qualitativ hochwertige Arbeit von Rettungssanitätern. Um diesen Qualitätsansprüchen auf Dauer gerecht werden zu können, sind regelmäßige Fortbildungen unerlässlich.

⁷⁷ Die Entsendung eines geeigneten Einsatzmittels durch den Leitstellendisponenten erfolgt nicht ausschließlich nach speziellen Einsatzstichworten, wie dies andernorts üblich ist. Die Indikationsstellung erfolgt zu einem nicht unwesentlichen Teil aufgrund des Eindruckes, den der Disponent vom Notfallgeschehen durch den Anrufer gewonnen hat (s.o.). Rückmeldungen der Fahrzeugbesetzungen helfen den Disponenten dabei, die eigene Intuition zu verbessern und Abfrageschemata zu überarbeiten.

1.5.3 Aus-, Fort- und Weiterbildung

Alle Arten der rettungsdienstlichen Schulung werden im Grazer Roten Kreuz hauseigen angeboten: Aus-, Fort- und Weiterbildungen. Somit ergeben sich gute Kontakte zwischen den einzelnen Dienstgruppen, aber auch eine wichtige Schnittstelle zu den Rettungsmedizinern und Notärzten, da etliche dieser immer wieder gerne Einladungen zu Vorträgen folgen. Von vielen Rettungssanitätern wird nicht zuletzt aufgrund des hohen fachlichen Niveaus dieser Veranstaltungen weit mehr als die gesetzlich geforderten Pflichtfortbildung von 16 Stunden in zwei Jahren absolviert: Die monatlichen Jour-fixe Abende der AGN, aber auch die regelmäßig stattfindenden Fortbildungen des MC erfreuen sich beispielsweise nicht nur bei (angehenden) Medizinerinnen großer Beliebtheit.

1.5.4 Forschung

Neben der Kooperation in Schulungsbelangen ist die Zusammenarbeit von Klinik und Rettungsdienst in Graz vor allem im Bereich der Forschung stark ausgeprägt. Zahlreiche wissenschaftliche Studien wurden vom Medizinercorps durchgeführt oder unterstützt, internationale Konzerne nutzen immer wieder gerne die Möglichkeit, ihre Medizinprodukte im Grazer Rettungsdienst testen zu lassen. Zu guter Letzt sind wissenschaftliche Poster aus Graz bei nahezu jedem großen Notfallmedizinischen Kongress in Europa zu finden.⁷⁸

⁷⁸ Auch in Graz werden regelmäßig notfallmedizinische Großveranstaltungen abgehalten: so veranstaltete beispielsweise die AGN von 04. bis 06.06.2009 ihren nunmehr 5. internationalen Kongress in Graz unter dem Motto „Evidence Based Emergency Medicine - Wo die Beweisbarkeit an ihre Grenzen stößt“. Das Grazer Rote Kreuz und das Medizinercorps traten hierbei als Mitveranstalter auf. Auch für 2012 ist seitens der AGN die Organisation eines Kongresses geplant.

1.6 Ethik im Notfallmedizinischen Kontext: Eine Bestandsaufnahme

Kaum eine wissenschaftliche Disziplin kann einen so alten Moralkodex vorweisen wie die Medizin. Der sogenannte „Hippokratische Eid“⁷⁹, um den sich auch Mythen ungeahnten Ausmaßes ranken, wird bis heute gerne als Direktive ärztlichen Handelns gesehen:

„Ich schwöre und rufe Apollon, den Arzt, und Asklepios und Hygieia und Panakeia und alle Götter und Göttinnen zu Zeugen an, dass ich diesen Eid und diesen Vertrag nach meiner Fähigkeit und nach meiner Einsicht erfüllen werde.

Ich werde den, der mich diese Kunst gelehrt hat, gleich meinen Eltern achten, ihn an meinem Unterricht teilnehmen lassen, ihm wenn er in Not gerät, von dem Meinigen abgeben, seine Nachkommen gleich meinen Brüdern halten und sie diese Kunst lehren, wenn sie sie zu lernen verlangen, ohne Entgelt und Vertrag. Und ich werde an Vorschriften, Vorlesungen und aller übrigen Unterweisung meine Söhne und die meines Lehrers und die vertraglich verpflichteten und nach der ärztlichen Sitte vereidigten Schüler teilnehmen lassen, sonst aber niemanden.

Ärztliche Verordnungen werde ich treffen zum Nutzen der Kranken nach meiner Fähigkeit und meinem Urteil, hüten aber werde ich mich davor, sie zum Schaden und in unrechter Weise anzuwenden.

Auch werde ich niemandem ein tödliches Gift geben, auch nicht wenn ich darum gebeten werde, und ich werde auch niemanden dabei beraten; auch werde ich keiner Frau ein Abtreibungsmittel geben.

Rein und fromm werde ich mein Leben und meine Kunst bewahren.

Ich werde nicht schneiden, sogar Steinleidende nicht, sondern werde das den Männern überlassen, die dieses Handwerk ausüben.

⁷⁹ Hippokrates von Kós (* ca.460 v.Chr.; † 370 v.Chr.), griechischer Arzt, dürfte nach modernen wissenschaftlichen Untersuchungen den ihm zugeschriebenen Text nicht selbst verfasst haben.

In alle Häuser, in die ich komme, werde ich zum Nutzen der Kranken hineingehen, frei von jedem bewussten Unrecht und jeder Übeltat, besonders von jedem geschlechtlichen Missbrauch an Frauen und Männern, Freien und Sklaven.

Was ich bei der Behandlung oder auch außerhalb meiner Praxis im Umgang mit Menschen sehe und höre, das man nicht weiterreden darf, werde ich verschweigen und als Geheimnis bewahren.

Wenn ich diesen Eid erfülle und nicht breche, so sei mir beschieden, in meinem Leben und in meiner Kunst voranzukommen, indem ich Ansehen bei allen Menschen für alle Zeit gewinne; wenn ich ihn aber übertrete und breche, so geschehe mir das Gegenteil.⁸⁰

Die Eidformel ist nach Ansicht einiger Historiker posthippokratisch und drückt die Ansichten der Pythagoreer im 4. Jhd. aus. Dass Ärzte der Antike ihr verpflichtet gewesen wären, ist historisch nicht belegt. Falsch ist jedenfalls die Annahme, dass alle Medizinabsolventen der Gegenwart diesen Eid zu schwören hätten. Dass dies auch nicht besonders realitätsnah wäre, zeigt das Beispiel des fünften Absatzes, denn das „Schneiden“ hat in Form der Chirurgie mittlerweile doch Einzug in den Handlungsbereich der Ärzte gefunden, wenn auch erst spät.

Es wäre zu kurz gegriffen, den Hippokratischen Eid auf die Funktion einer historischen Handlungsanleitung zu reduzieren. Einige Punkte daraus lassen doch deutliche Parallelen zu den modernen Wertbegriffen erkennen, die ärztliches Handeln bestimmen sollen: So basiert bereits der zweite Absatz auf dem bis heute gängigen Prinzip „primum nil nocere“, dem Gebot der Schadensvermeidung. Moralische Gebote finden sich aber nicht ausschließlich auf die Tätigkeit des Arztes als solche bezogen, sondern auch auf dessen Leben(sführung): Den ersten Absatz könnte man als einen Vorläufer für eine Art Sozialversicherung sehen. Er bezieht sich auf den Umgang des ärztlichen Kollegiums untereinander. Bis heute ungemindert ist die Gültigkeit des Schweigegebots. Dieses im siebten Absatz verankerte Prinzip wurde im österreichischen Ärztegesetz festgehalten:

⁸⁰ Nach: WIESING 2000: S 26f.

„§ 54. (1) Der Arzt und seine Hilfspersonen sind zur Verschwiegenheit über alle ihnen in Ausübung ihres Berufes anvertrauten oder bekannt gewordenen Geheimnisse verpflichtet.“⁸¹

Der Präsident der Österreichischen Ärztekammer, Dr. Reiner Brettenthaler, forderte 2004 sogar, die ärztliche Schweigepflicht solle Verfassungsrang haben.⁸² Doch nicht nur im österreichischen Gesundheitswesen finden ärztliche Verhaltensregeln Beachtung. In Anlehnung an den Eid des Hippokrates wurde 1948 vom Weltärztebund das Genfer Ärztegelöbnis formuliert, auch als „Serment d'Hippocrate, Formule de Geneve“ bezeichnet. Seit 1950 bildet es, leicht modifiziert, die Präambel zur Berufsordnung der deutschen Ärztekammern. Auch die Medizinische Universität Graz verwendet bei ihren Promotionsfeierlichkeiten eine adaptierte Fassung davon. Ihre genaue Bezeichnung lautet „Genfer ÄrztInnengelöbnis in der Fassung der Medizinischen Universität Graz“:

„Im Zeitpunkt meines Eintritts in den ärztlichen Beruf verpflichte ich mich feierlich, mein Leben dem Dienste der Menschheit zu weihen. Ich werde meinen Beruf gewissenhaft und würdig ausüben. Die Gesundheit der Patientinnen und Patienten wird meine erste Sorge sein. Ich werde das Geheimnis derer, die sich mir anvertrauen, wahren. Mit allen mir zur Verfügung stehenden Mitteln werde ich die Ehre und die stolzen Überlieferungen des Arztberufes aufrechterhalten. Ich werde es nicht zulassen, dass sich religiöse, nationale, ethnische Partei- oder Klassengesichtspunkte zwischen meine Pflicht und meine Patientinnen und Patienten drängen. Ich werde das menschliche Leben von Beginn an achten. Selbst Drohungen werden mich nicht dazu bringen, meine ärztlichen Kenntnisse entgegen meinen Pflichten an der Menschheit anzuwenden. Ich gelobe dies feierlich, frei und auf meine Ehre.“⁸³

Zu allen Zeiten gab es Verhaltensnormen für Ärzte, die, je nach Epoche und Region, voneinander abwichen. Es ist also nicht von der Hand zu weisen, dass Medizinethik und Medizingeschichte in einem besonderen Verhältnis zueinander stehen. Diesem Umstand

⁸¹BUNDESKANZLERAMT 2009:

<http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011138>
(Zugriff: 06.05.2009, 15.30 Uhr)

⁸²ÖSTERREICHISCHE ÄRZTEKAMMER 2009:

http://www.aerztekammer.at/?type=module&aid=convert&url=%2Fsrv%2Fdav%2Foak%2Fak-website%2Faktuelles%2Fapm2004_0008.htm (Zugriff: 06.05.2009, 13.00 Uhr)

⁸³Zitiert nach E-Mail Auskunft durch Univ .Prof. Dr. Gilbert Reibnegger, MUG, vom 09.05.2009, 14.30 Uhr

wurde man in der Bundesrepublik Deutschland dadurch gerecht, dass man 2005 „Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin“ als neues Pflichtfach im Medizinstudium einführte.⁸⁴

1.6.1 Ethik im Rahmen des Medizinstudiums

Seit Oktober 2002 läuft in Graz das Medizinstudium erstmals als Diplomstudium und somit unter einem neuen Lehrplan, der sich deutlich vom bisherigen Modell unterscheidet. Von Anfang an wird Wert darauf gelegt, die Grundprinzipien dieses neuen Medizincurriculums Graz (MCG) weiter zu transportieren:

- Vermittlung von Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten
- Erwerb sozialer Kompetenz
- Differenzierung der Lernziele in ein Kern-Curriculum und in Wahlfächer (20% des gesamten Stundenumfanges) zur Vertiefung und Aneignung von speziellen Inhalten
- Lebenslanges Lernen als Grundlage des weiteren beruflichen Lebens.

Ergänzt wird dieses Ausbildungskonzept durch das Bekenntnis zum bio-psycho-sozialen PatientInnenmodell, das im Leitbild der Medizinischen Universität Graz verankert ist.⁸⁵

Neben diversen organisatorischen Reformen und strukturellen Neuerungen wurde so auch eine neue Lehrveranstaltungsreihe etabliert, die sich vom ersten Semester an durch das ganze Studium zieht und den Namen „KSR – Kommunikation, Supervision, Reflexion“ trägt. Das mehrteilige Seminar umfasst auch die Lehrveranstaltung „KSR II – Ethik in der Medizin“, die unter anderem vom Institut für Philosophie der Universität Graz mitgestaltet wird: In fünf Unterrichtseinheiten bekommen die Studierenden im zweiten Studienabschnitt einen Überblick über die Grundlagen der Ethik vermittelt. Dies geschieht in Form einer Vorlesung von jeweils 45-minütiger Dauer. Im Anschluss daran werden in Gruppen von etwa 20 Teilnehmern ethisch relevante Fälle anhand von Literaturbeispielen besprochen und diskutiert, wobei darauf geachtet wird, dass der progrediente Lehrinhalt der Vorlesung miteinbezogen wird. (Siehe Tabelle 2.) Zwei schriftliche Arbeiten, die von

⁸⁴ SCHULZ 2006: S 9

⁸⁵ Vgl. MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT GRAZ 2009: <http://www.meduni-graz.at/961> (Zugriff: 07.05.2009, 09.00 Uhr)

den Kandidaten in Hausarbeit zu verfassen sind, geben einen guten Überblick über deren Reflexionsvermögen und moralische Wahrnehmung.

Tabelle 2: Seminarinhalt KSR II, Ethik in der Medizin⁸⁶

| Unterrichtseinheit | | Inhalt |
|---------------------------|-------------------------|--|
| 1 | Theoretische Einführung | Krankheitstheorien und Menschenbild Ärztliches Handeln Auffassung von Gesundheit und Krankheit Personsein und Menschenwürde |
| | Gruppenarbeit | Intersexualität |
| 2 | Theoretische Einführung | Naturwissenschaftliche vs. Moralische Betrachtung der Wirklichkeit Die moralische Handlung (Strukturanalyse) |
| | Gruppenarbeit | Suizid und Suizidprävention aus ethischer Sicht |
| 3 | Theoretische Einführung | Die Arzt-Patienten-Beziehung |
| | Gruppenarbeit | Fallbeispiele: Patientenaufklärung (informed consent), Therapieabbruch (Patientenverfügung) |
| 4 | Theoretische Einführung | Deontologie und Utilitarismus Prinzipienorientierte Ethik vs. Kasuistik |
| | Gruppenarbeit | Organhandel |
| 5 | Theoretische Einführung | Moral und Recht Sterbehilfe (ethische Analyse) |
| | Gruppenarbeit | Textanalyse „Sollen alle schwergeschädigten Neugeborenen am Leben bleiben?“ |

Einen weiteren Bestandteil der ethischen Lehre bildet die Lehrveranstaltung KSR IV, die „Ethik II“ als Unterrichtsprogramm ausweist. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt⁸⁷ wird diese Seminarreihe von Mitarbeitern des Instituts für Theologie der Universität Graz gestaltet.

Die Erfahrungen aus dem KSR II-Unterricht lehren, dass es nicht immer einfach ist, Studierenden der Medizin einen Zugang zu einem solchermaßen geisteswissenschaftlichen Thema zu vermitteln: Stark unter Zeitdruck stehend, oftmals kurz vor großen Prüfungen,

⁸⁶ Nach: RINOFNER-KREIDL 2010: S 2f.

⁸⁷ Stand: 09.11.2011

fällt es den Teilnehmern umso schwerer, von gewohnten Denkpfeilen abzuweichen und sich auf eine Materie einzulassen, die im Studienbetrieb bestenfalls einen medizinischen Randbereich darstellt. Deutlich wird dies speziell in den ersten Unterrichtseinheiten, in denen immer wieder betont werden muss, dass Ethik keinerlei Supervision darstellt, auch wenn der Gesamttitel der Lehrveranstaltungsreihe das scheinbar suggeriert. Die Erläuterung des Begriffs Ethik und eine Abgrenzung seiner Reichweite sind wesentlich für den ersten Vorlesungsteil. Außerdem ist im Laufe der Lehrveranstaltung immer wieder darauf hinzuweisen, dass es im Ethikunterricht nicht darum geht, Kritik von außen am Handeln der Mediziner zu üben. In vielen Fällen gelingt es so, die anfängliche Skepsis der Studierenden nicht nur auszuräumen, sondern Begeisterung für aktives Mitdenken zu schaffen. Engagierte Mitarbeit und die Bereitschaft, über Graubereiche der Medizin nachzudenken, sind oftmals die Folge daraus. Nicht selten kommt es vor, dass die Unterrichtseinheiten für die Diskussionsrunden zu kurz sind und fruchtbare Gespräche aus Zeitgründen unterbrochen werden müssen. Dies ist vor allem deswegen bedauerlich, da seitens der Studierenden oftmals regelrechter Enthusiasmus dafür entsteht zu reflektieren, sobald sie einen Sinn dafür entwickelt haben, was dies bedeutet. Diese Erkenntnis stellt sich in den meisten Fällen schon im Rahmen der Erstellung der ersten Hausübung ein, bei der es darum geht, eine moralische Handlung im Kontext der Medizin zu beschreiben, die man selbst erlebt hat. In wenigen Fällen passiert es dabei auch, dass Seminarteilnehmer die Aufgabenstellung falsch verstehen. Sie berichten dann von Erlebnissen, die sie in irgendeiner Form belasten oder bedrücken. Oftmals wird dies im Kontext einer beobachteten Patientenversorgung geschildert, die den Verfassern unmenschlich oder unkorrekt erschien. Dies hat naturgemäß mit ethischer Reflexion nichts zu schaffen sondern bedarf, wenn überhaupt, psychologisch fundierter Supervision bzw. geeigneter Stellen, um solche während der Ausbildung beobachteten Unregelmäßigkeiten aufzuarbeiten. Umfassende Vertiefung des Vorlesungsstoffs in den Kleingruppen des Seminars führt dazu, dass die Grenzziehung zwischen persönlichem Empfinden und moralischer Wahrnehmung verdeutlicht wird. Vorlesungsinhalte und Diskussionserfahrung führen dazu, dass der qualitative Schnitt der zweiten Hausübung gegen Ende des Seminars in aller Regel deutlich höher liegt als bei der ersten Arbeit.

Natürlich bringen nicht alle Studierenden gleichermaßen Verständnis für die Notwendigkeit einer ethischen Grundschulung auf. Ein oft gebrauchter Einwand gegen moralische Überlegungen lautet, in letzter Konsequenz sei der Arzt doch dem Gesetz

verpflichtet, womit alle moralischen Überlegungen bestenfalls von akademischem Wert seien. Hier kommt es zu einem klassischen Fehler, dem man leider nur allzu oft in mehr oder minder versteckter Form begegnet: Die Verwechslung von Recht und Moral, oder auch deren Gleichsetzung, kann an vielen Stellen beobachtet werden. Im alltäglichen Gespräch findet sie sich ebenso wie in Fachpublikationen oder Argumentationen. Sie kann auf mannigfaltige Weise geschehen, intendiert oder auch aus Kurzsichtigkeit, offen oder implizit. Umso wichtiger ist es daher, diese zwei Bereiche klar und konsequent voneinander zu trennen.

1.6.2 Exkurs: Die Trennung von Ethik und Recht

Was rechtlich verbindlich ist, muss deswegen noch lange nicht moralisch gut sein – und umgekehrt. Ein Beispiel hierfür stellt das Recht zum Schwangerschaftsabbruch dar: Obwohl viele Menschen Abtreibung ablehnen, weil sie ihren Wertvorstellungen nicht entspricht, ist es in Österreich dennoch möglich, innerhalb einer gewissen Frist Schwangerschaften ohne Angabe von Gründen abzubrechen. Im umgekehrten Fall bedeutet das moralisch Gute nicht, dass es auch zwingend gesetzeskonform sein muss: immer wieder gibt es Fälle von Verfolgten, die „im Namen des Gesetzes“ gesucht werden. Einige davon können mit Hilfe anderer Menschen im Untergrund überleben. Diese stellen sich somit gegen geltendes Recht, drücken jedoch dadurch ihre eigenen Wertvorstellungen aus. Bekannte Beispiele dafür bieten die Lebensgeschichten von Anne Frank oder den Geschwistern Hans und Sophie Scholl.

Notwendigerweise kann ein Gesetz nur dann seinen Sinn erfüllen, wenn es eingehalten wird. Dennoch ist es nicht erforderlich, dass die von einer Rechtsregel Betroffenen deren Sinnhaftigkeit anerkennen. Grosso modo ist aber festzustellen, dass Gesetze, die das Zusammenleben regeln, als sinnvoll anzusehen sind. Sie greifen an jener Stelle, an der andernfalls das Faustrecht regierte. Anders ausgedrückt kann man sagen, dass Gesetze Gerechtigkeit schaffen sollen. Zwar kann Gerechtigkeit auch als Ziel moralischer Handlungen gesehen werden, dennoch gibt es auch hier eine eindeutige Differenzierung zwischen Recht und Moral. Jedes Gesetz sieht für den Fall seiner Nichteinhaltung einen bestimmten Strafraum vor, innerhalb dessen selbige zu ahnden ist. Genau dadurch unterscheidet sich das Recht von der Moral. Unmoralisches Leben wird nicht nach

feststehenden Normen bestraft. Innerhalb von Sozialverbänden gibt es zwar Möglichkeiten, die Nicht-Einhaltung moralischer Normen zu sanktionieren, die Grenze zwischen Recht und Moral ist dabei jedoch unscharf.

Das rechtsstaatliche Prinzip der Demokratie beruht auf der Gewaltentrennung von Exekutive, Legislative und Jurisdiktion. Wenn auch nur einer diese Pfeiler in seiner Funktionalität behindert oder eingeschränkt wird, ist das Gesamtsystem existenzbedroht. Umso bedenklicher erscheinen in diesem Licht Berichte der Polizeigewerkschaft von zunehmenden Übergriffen auf Polizeibeamte. Ob es sich dabei um physische oder andersartige Attacken handelt, spielt keine Rolle.⁸⁸ Der beobachtbar wachsenden Tendenz, sich als Bürger über oder neben das Gesetz zu stellen, muss eine Ursache zugrunde liegen. Diese könnte fehlende Einsicht in die Sinnhaftigkeit eines Regelwerkes sein.

1.6.3 Die Verankerung von Ethik im Rettungs- und Notarzdienst

Schon in der Rettungssanitäter-Ausbildung, ganz zu Beginn der Tätigkeit im Rettungsdienst, stellen die Kursteilnehmer ihre Lehrsanitäter vor eine pädagogische Herausforderung: sie verfügen keineswegs über denselben (Aus-)Bildungsstand. Es gibt keinerlei Vorschriften darüber, wie hoch dieser zu sein hat, das Sanitätergesetz gibt lediglich die Erfüllung der allgemeinen Schulpflicht, sowie psychische und physische Eignung als Voraussetzungen für Rettungssanitäter an. Darüber hinaus hat der Kandidat die deutsche Sprache in ausreichendem Maße zur Ausübung der Tätigkeit zu beherrschen. Unterschiedliche Herkunft, verschiedene Ausprägungen von Alter und Lebenserfahrung, soziale und politische Einstellungen sowie etliche weitere Faktoren bewirken, dass die Vorstellungen der Kursteilnehmer hinsichtlich der Bedeutung von Werten wie Menschlichkeit, Würde oder Moral völlig unterschiedlich sind. Im Falle des Österreichischen Roten Kreuzes fordert man von den Mitarbeitern, dass sie sich mit den Werten des Vereins identifizieren und diese nach innen wie auch nach außen hin

⁸⁸ In ihrer Ausgabe vom 07.05.2009 schreibt die Kleine Zeitung darüber, dass Polizisten immer öfter zu Opfern von Aggressionen werden. Neben anderen Beispielen sticht vor allem das folgende heraus: „Ein weiterer pikanter Fall aus der Obersteiermark: Ein Ex-Bundespolitiker wird wegen Lärmerregung beanstandet. Freundlich fordern ihn die Polizisten auf, ruhig zu sein. Er gibt sich als aktiver Abgeordneter aus und droht mit einem Anruf bei der Innenministerin. 'Ich werde dafür sorgen, dass Sie nichts mehr werden.'“ (Kleine Zeitung, 07.05.2009, S 17)

vertreten⁸⁹. Die Grundlage dieser Ausrichtung findet sich in den sieben Grundsätzen der internationalen Rotkreuz- und Rothalbmondbewegung wieder, die 1965 von allen Mitgliedern des Internationalen Roten Kreuzes anerkannt wurden:

„Menschlichkeit:

Die Internationale Rotkreuz- und Rothalbmond-Bewegung [...] bemüht sich in ihrer internationalen und nationalen Tätigkeit, menschliches Leiden überall und jederzeit zu verhüten und zu lindern. Sie ist bestrebt, Leben und Gesundheit zu schützen und der Würde des Menschen Achtung zu verschaffen. Sie fördert gegenseitiges Verständnis, Freundschaft, Zusammenarbeit und einen dauerhaften Frieden unter allen Völkern.

Unparteilichkeit:

Die Rotkreuz- und Rothalbmond-Bewegung unterscheidet nicht nach Nationalität, Rasse, Religion, sozialer Stellung oder politischer Überzeugung. Sie ist einzig bemüht, den Menschen nach dem Maß ihrer Not zu helfen und dabei den dringendsten Fällen den Vorrang zu geben.

Neutralität:

Um sich das Vertrauen aller zu bewahren, enthält sich die Rotkreuz- und Rothalbmond-Bewegung der Teilnahme an Feindseligkeiten wie auch, zu jeder Zeit, an politischen, rassischen, religiösen oder ideologischen Auseinandersetzungen.

Unabhängigkeit:

Die Rotkreuz- und Rothalbmond-Bewegung ist unabhängig. Wenn auch die nationalen Gesellschaften den Behörden bei ihrer humanitären Tätigkeit als Hilfsgesellschaften zur Seite stehen und den jeweiligen Landesgesetzen unterworfen sind, müssen sie dennoch eine Eigenständigkeit bewahren, die ihnen gestattet, jederzeit nach den Grundsätzen der Rotkreuz- und Rothalbmond-Bewegung zu handeln.

Freiwilligkeit:

Die Rotkreuz- und Rothalbmond-Bewegung verkörpert freiwillige und uneigennützig Hilfe ohne jedes Gewinnstreben. [...]

⁸⁹ Zur Vertiefung der Materie steht es den Mitarbeitern frei, an sogenannten Leitbild-Seminaren zu partizipieren, in denen sie eine intensive Auseinandersetzung mit den Idealen des Roten Kreuzes erfahren.

Einheit:

In jedem Land kann es nur eine einzige nationale Rotkreuz- oder Rothalbmondgesellschaft geben. Sie muss allen offen stehen und ihre humanitäre Tätigkeit im ganzen Gebiet ausüben.

Universalität:

Die Rotkreuz- und Rothalbmond-Bewegung ist weltumfassend. In ihr haben alle nationalen Gesellschaften gleiche Rechte und die Pflicht, einander zu helfen.“⁹⁰

Die Grundsätze des Roten Kreuzes fließen in die Ausbildung zum Rettungssanitäter mit ein. Ohne rechtliche Verpflichtung haben sich die Kursverantwortlichen der Bezirksstelle Graz-Stadt dazu entschlossen, diese in Form eines Vortrages über das Rote Kreuz in die Ausbildung zum Rettungssanitäter aufzunehmen und dort zu behandeln. Eine flächendeckende Informationsbasis innerhalb der Wertegemeinschaft, das sind am Beispiel des Grazer Roten Kreuzes etwa 1.400 Mitarbeiter, kann somit als gegeben betrachtet werden. Im Rahmen der Führungskräfteausbildung bietet das Rote Kreuz in weiterer Folge wiederholt Gelegenheit dazu, sich mit seinen Grundsätzen und deren Bedeutung auseinanderzusetzen.

Während das Rote Kreuz, wie andere rettungsdienstliche Organisationen auch, seinen Mitarbeitern ein ausgeprägtes Leitbild vermittelt, findet Ethik weder im Rahmen der Ausbildung zum Rettungssanitäter, noch in weiterführenden Kursen Erwähnung. Ähnlich verhält es sich in der Fachliteratur: Das Thema Ethik zählt in notfallmedizinischen Standardwerken weder in deutscher noch in anderer Sprache zum Fixbestandteil des Inhalts. Vereinzelt streifen kurze Absätze das Thema zwar oberflächlich, doch eine umfassende Betrachtung fehlt gänzlich. Lediglich im Lehrbuch „Rettungsdienst“, das von Kühn et al. hauptsächlich für den bundesdeutschen Raum verfasst wurde, wird zumindest der Versuch unternommen, Grundlagen der Moraltheorie zu erläutern. Aber auch hier wird Ethik mit Moral verwechselt. Die gesamte Thematik wird weiters dem Tätigkeitsbereich von Seelsorgern zugeschrieben und der Autor postuliert:

⁹⁰ ÖSTERREICHISCHES ROTES KREUZ 2009: <http://www.rotekreuz.at/organisieren/organisation/wer-wir-sind/allgemeine-grundlagen/die-rotkreuz-grundsätze/die-7-grundsätze/> (Zugriff: 06.05.2009 18.00 Uhr)

„Ethische Entscheidungen im RD [Rettungsdienst, Anm.] sind immer situationsgebunden, d.h., es kann keine allgemein gültigen Richtlinien geben.

Grundsätzlich gilt: Ethische Probleme und die daraus resultierenden Emotionen [...] sollten vom RS/RA [Rettungssanitäter/Rettungsassistent, Anm.] nicht verdrängt werden, sondern nach Möglichkeit in offenen Gesprächen mit Kollegen oder sonstigen Personen, z.B. Seelsorgern, vertieft werden.“⁹¹

Ein Lehrbuch speziell für österreichische Rettungssanitäter, LPN Österreich, widmet dem Kapitel Ethik zwar einige Seiten, doch auch diese Darstellung ist mangelhaft:

„Ethik als Reflexion auf Gut und Böse umfasst [...] auch im Sinne medizinischer Ethik drei wesentliche Bereiche: Tugenden, Pflichten und institutionell verankerte Pflichten. Unter Tugenden werden diejenigen allgemeinen Charaktereigenschaften verstanden, die eine aufrichtige, vertrauenswürdige medizinische Sorge und Hilfeleistung für alle Mitmenschen ermöglichen.“⁹²

Die Pflichten bestehen den weiteren Ausführungen nach aus den vier Grundsäulen des Principlism nach Beauchamp und Childress⁹³. Unter den institutionell verankerten Prinzipien wird der Solidaritätsgrundsatz als herausragend genannt, der allen Bürgern einen prinzipiell gleichen und raschen Zugang zur medizinischen Versorgung gewähren soll.⁹⁴

Um die moralphilosophischen Aspekte der Medizin, insbesondere der Notfallmedizin, erfassen zu können, ist es unvermeidbar, auf die Unterscheidungsformen ethischer Betrachtungen hinzuweisen.

⁹¹ RUNGGALDIER 2001: S 865

⁹² MICHALSEN 2010: S 1135f.

⁹³ Principlism wird im folgenden Kapitel ausführlich thematisiert.

⁹⁴ Vgl. MICHALSEN 2010: S 1136

2 Ethik

Ethik lässt sich als Theorie der Moral betrachten. Ob moralischen Normen Gültigkeit zugeschrieben werden kann, ob es ein Kriterium für die Richtigkeit moralischer Beurteilungen gibt, aber auch worin eine moralische Beurteilung besteht, sind Fragen, deren Klärung in den Aufgabenbereich von Ethik fällt.⁹⁵

2.1 Allgemeine ethische Grundlagen

Ethik, oder auch Moralphilosophie, beschäftigt sich mit Aussagen über Werte und Wertbezüge sowie mit moralischen Handlungsnormen. Die Zugänge zu solchen Betrachtungen können unterschiedlicher Art sein, daher ist es notwendig die unterschiedlichen Einteilungsformen klar voneinander abzugrenzen.

2.1.1 Kategorisierung ethischer Theorien

Ethik wird üblicherweise in folgende drei Kategorien unterteilt:

- Deskriptive Ethik,
- Normative Ethik und
- Metaethik.

2.1.1.1 Deskriptive Ethik

Deskriptive Ethik repräsentiert jenen ethischen Zweig, der moralische Gegebenheiten hinsichtlich ihrer psychologischen und biologischen Grundlagen ebenso untersucht wie in Bezug auf ihre sozialen und historischen Komponenten. Sie ist aufgrund ihres

⁹⁵ Vgl. SCHULZ 2006: S 16

beschreibenden Charakters und ihrer stark ethnozentrischen Ausrichtung für die Philosophie nur von begrenzter Bedeutung⁹⁶, da aus einer betrachtenden Behauptung noch keine Verhaltensregel ableitbar ist.⁹⁷ Deskriptive Ethik beschreibt also empirisch vorfindliche Normen- und Wertsysteme, aber auch die Faktoren, die die Moralentwicklung einer Gesellschaft beeinflussen bzw. Struktur, Inhalt und soziale Funktion verschiedener Ausprägungen von Moral.

2.1.1.2 Normative Ethik

Normative Ethik behandelt vor allem die Frage: „Was soll ich tun, um moralisch richtig zu handeln?“, und lässt sich weiter aufgliedern in deontologische Theorien und teleologische Theorien.⁹⁸ Darüber hinaus untersucht sie die Richtigkeit und Korrektheit der Aussagen über moralische Werte und Handlungsnormen, versucht aber auch, diese Werte zu begründen und zu systematisieren. Die Kriterien eines für alle guten Lebens und eines allgemeingültigen Prinzips der Sittlichkeit sind die zentralen Elemente der Forschungsbemühung in der normativen Ethik.

2.1.1.3 Metaethik

Sowohl deskriptive als auch normative Ethik liegt im Betrachtungsfeld der Metaethik. Hier findet jedoch keine Bewertung von Moral oder moralischen Handlungen statt, vielmehr versteht sich Metaethik als Argumentationsanalyse. Grundlegend beschäftigt sich dieser Zweig der Ethik mit der Frage, ob ein moralisches Urteil seinem Wesen nach überhaupt objektive Gültigkeit besitzen kann. In der Beantwortung unterscheiden sich Kognitivisten („Ethische Sätze sind deskriptiv und daher wahr oder falsch.“) von Nonkognitivisten („Ethische Sätze beschreiben nicht Tatsachen, sondern haben vorschreibende Funktion, bzw. sind Ausdruck von Gefühlen der Zustimmung oder Ablehnung.“). Metaethik fragt nach den erkenntnistheoretischen, sprachphilosophischen und ontologischen Grundlagen der Aussagen über Werte und Handlungsnormen. Darüber hinaus analysiert sie die Sprache

⁹⁶ Vgl. BECKER 1992: S 185

⁹⁷ Vgl. URMSON 1989: S 139; Hier findet sich eine ausführliche Darstellung von Hume's Gesetz.

⁹⁸ REUTTERER 1992: S 132

und Logik innerhalb von moralischen Diskursen, aber auch die Methoden moralischer Argumentation und die damit einhergehende Leistungskraft ethischer Theorien.

Nach metaethischen Gesichtspunkten kann die moralische Qualität einer Handlung auf drei Arten erklärt werden:

- als natürliche Eigenschaft (= Naturalismus),
- als nichtnatürliche, nur intuitiv zu erfassende Eigenschaft (= Intuitionismus),
- als nicht objektivierbare, nicht rationale Attitüde von Menschen in besonderen Situationen, die versuchen, andere von ihrer eigenen Haltung zu überzeugen. (= Emotivismus). Emotivismus vertritt eine nonkognitivistische Haltung (s.o.).⁹⁹

2.1.2 Moral, Ethos, Ethik: Begriffliche Abgrenzungen

Inmitten einer Zeit, in der Ethik als Begriff stark strapaziert wird, steigt die Notwendigkeit klarer Begriffsdefinitionen. Ethik leitet sich etymologisch aus dem Griechischen ab: ἔθος (ethos) bedeutet so viel wie Gewohnheit, Brauch, Sitte. ἦθος (ethos) hingegen kann sich darüber hinaus auch auf den Charakter bzw. den Seelenzustand beziehen.¹⁰⁰ Der Begriff Moral entstammt dem lateinischen mos (mos, mores, m.). Er wird heutzutage meistens synonym zu ἔθος verwendet, ursprünglich ließ sich seine Bedeutung zusätzlich um die Begriffe Gesetz und Vorschrift erweitern. Darüber hinaus konnte er ganz allgemein den Lebenswandel bezeichnen.¹⁰¹

So klar differenziert die drei Begriffe im Altertum voneinander waren: Im neuzeitlichen, gegenwärtigen Gebrauch hat es sich eingebürgert, Ethos und Moral gleichbedeutend zu verwenden, auf eine weitere, feinere Untergliederung der Bezeichnung Ethos wird üblicherweise verzichtet. Ein Ethos versteht sich auch heute noch als Teil einer bestimmten Lebensform. Beispiele dafür bieten bestimmte Arten der Vermählung oder der Bestattung, die Art einander zu grüßen oder berufsspezifische Gebräuche. Überwiegend deskriptiv gebraucht bezeichnen Ethos und Moral die tatsächlich gelebte sittliche Überzeugung einer

⁹⁹ Nach: RINOFNER-KREIDL: 2005

¹⁰⁰ Vgl. ARISTOTELES: Nikomachische Ethik, NE 1103a 9-13

¹⁰¹ HEPFER 2008: S 14f.

gesellschaftlichen Gruppe zu einer bestimmten Epoche. Sie enthalten alle geschichtlich überlieferten und sozial anerkannten Verhaltensregeln.¹⁰²

Die theoretische Betrachtung der moralischen Praxis wird als Ethik bezeichnet, der Begriff als Bezeichnung einer bestimmten philosophischen Disziplin geht auf Aristoteles¹⁰³ zurück, der in seinem Werk „Nikomachische Ethik“ zwei Arten von Tugenden unterscheidet: Verstandestugenden, die durch Belehrung erworben werden, und ethische Tugenden, geprägt durch Gewohnheit und Übung:

„Wenn sonach die Tugend (‘arete’) zweifach ist, eine Verstandestugend (‘dianoetike’) und eine sittliche Tugend (‘ethike’), so entsteht und wächst die Erstere hauptsächlich durch Belehrung und bedarf deshalb der Erfahrung und der Zeit; die sittliche dagegen wird uns zuteil durch Gewöhnung (‘eethos’), davon hat sie auch den Namen erhalten, der nur wenig von dem Wort Gewohnheit (‘ethos’) verschieden ist. Daraus erhellt auch, dass keine von den sittlichen Tugenden uns von Natur zuteil wird. Denn nichts Natürliches kann durch Gewöhnung geändert werden. Der Stein z.B., der sich von Natur nach unten bewegt, kann nicht gewöhnt werden, sich nach oben zu bewegen, wenn man ihn auch durch vieltausendmaliges Emporschleudern daran gewöhnen wollte, und ebensowenig kann das Feuer an die Bewegung nach unten oder sonst etwas an ein seiner Natur entgegengesetztes Verhalten gewöhnt werden. Darum werden uns die Tugenden weder von Natur noch gegen die Natur zuteil, sondern wir haben die natürliche Anlage, sie in uns aufzunehmen, zur Wirklichkeit aber wird diese Anlage durch Gewöhnung.“¹⁰⁴

2.1.3 Ethik: Inhaltliche Abgrenzungen

Verschiedene Ethiksysteme, Konzeptionen und Theorien müssen voneinander unterschieden und abgegrenzt werden, um zu verhindern, dass der verschwommene Ethikbegriff des alltäglichen Gebrauchs in philosophische bzw. wissenschaftliche Dimensionen übernommen wird. Es geht in wissenschaftlichen Betrachtungen niemals um *die* Ethik, sondern stets um *eine* Ethik. Diese ist nach bestimmten Gesichtspunkten

¹⁰² Nach: RINOFNER-KREIDL 2005

¹⁰³ Aristoteles (*384 v.Chr. in Stageira, † 322 v.Chr. in Chalkis), griechischer Philosoph.

¹⁰⁴ ARISTOTELES: Nikomachische Ethik, NE 1103a 14-25

auszuwählen, kenntlich zu machen und als Begründungsbasis zu deklarieren. Nach der so getroffenen und gekennzeichneten Auswahl richten sich im Folgenden auch die Möglichkeiten, in deren Rahmen eine Ethik wirken kann. Für alle Formen der Ethik gelten bestimmte gemeinsame Grundmerkmale. Eine kompakte Darstellung der Grundorientierung des neuzeitlichen Ethikbegriffs findet sich bei Dederich in „Behinderung – Medizin – Ethik“:

„Ethik

- ist keine Weltanschauungslehre im Sinne einer Ideologie oder Dogmatik
- ist kein Religionsersatz
- liefert keine Super- oder Menschheitsformel
- predigt nicht Moral
- gibt keine direkten Handlungsanweisungen für den Einzelfall
- trifft nicht stellvertretend für die Individuen Entscheidungen
- indoktriniert nicht
- macht die Menschen nicht besser
- erzeugt mittels Argumentation keinen guten Willen“.¹⁰⁵

2.1.3.1 Was Ethik lehrt

Ethik bedeutet Reflexion über unser Handeln und dessen Grundsätze. Methodische und systematische Untersuchungen sollen Positionen argumentativ untermauern. Wichtig für die weiteren Betrachtungen ist vor allem, noch einmal dezidiert festzuhalten: Ethik ist nicht gleichzusetzen mit Recht. Und Ethik ist nicht gleichzusetzen mit Religion. Was Ethik zu leisten vermag, fasst Nicolai Hartmann zusammen:

„Ethik lehrt nicht direkt, was hier und jetzt geschehen soll in gegebener Sachlage, sondern allgemein, wie dasjenige beschaffen ist, was überhaupt geschehen soll. [...] Ethik schafft eine allgemeine Grundlage, von der aus das Aktuelle objektiv, wie aus der Vogelschau,

¹⁰⁵ DEDERICH 2000: S 119

gesehen wird. [...] Sie lehrt nicht fertige Urteile, sondern 'Urteilen' selbst. In diesem Sinne nimmt sie die Frage 'was sollen wir tun'.'¹⁰⁶

Eine entsprechende Schulung unserer Wahrnehmungsfähigkeiten soll also darauf abzielen, unsere Entscheidungen im Einzelnen kritisch zu hinterfragen und zu überdenken. Unter solchen Vorzeichen wird Ethik nutzbar als Anleitung zur Lebensbewältigung einerseits, aber auch als Mittel zur Persönlichkeitsbildung andererseits. Ethik ist auch der Versuch, allgemeine Regeln für den Konfliktfall zu finden.

Zentrales Element und Gegenstandsbereich der Ethik ist nach allgemeiner Auffassung die Frage: „Wie soll ich handeln?“. Der Grund dafür, sich mit dieser Frage beschäftigen zu wollen (oder auch zu sollen) kann unterschiedlichster Natur sein. Ein mögliches Motiv dafür stellt aber mit Sicherheit die Tatsache dar, dass der Mensch ein Sozialwesen ist, dessen Lebensform natürlicher Weise in Gemeinschaften organisiert ist. Diese Form des Zusammenlebens bedingt gewisse Verhaltensnormen, die notwendigerweise dort geschaffen werden müssen, wo die Grundlage einer Sozialgemeinschaft über das bloße Recht des Stärkeren hinausgehen soll. Schon allein die Entwicklung eines solchen Wunsches bedingt seitens der Beteiligten eine gewisse Reflexionsfähigkeit und -leistung, die erlaubt, Tatsachen von Zielen unterscheiden zu können. Das, was der Fall ist, muss differenziert werden von dem, was sein soll.

Vernunftbasierte Koexistenz als Lebensform konnte sich vor allem deswegen bewähren, da das üblicherweise vorhandene Bedürfnis nach Sicherheit und Ordnung durch sie gut abgedeckt werden kann. Kooperation als Gemeinschaftsbasis führt zwar zu einer „win-win-Situation“, fordert allerdings auch ihren Preis, der sich in der Reduktion persönlicher Freiheit des Einzelnen niederschlägt. Ein Ausdruck dessen sind Konzessionen, die jeder Betroffene im Sinne der Gesellschaft zu machen hat, in der er lebt. Die Einhaltung sozialer Regeln erlangt dennoch Attraktivität, da aus ihr in Summe für alle Beteiligten mehr Vorteile als Nachteile erwachsen.

¹⁰⁶ HARTMANN 1962: S 3f.

2.1.3.2 Universalismus und Relativismus

„Wie soll ich handeln?“, repräsentiert bei eingehender Betrachtung nicht eine einzelne Frage, sondern genau genommen vier verschiedene, die, jede für sich, in den Gegenstandsbereich der Ethik fallen:

- *Wie* soll ich handeln?
- Wie *soll* ich handeln?
- Wie soll *ich* handeln?
- Wie soll ich *handeln*?

Hinzu kommt die fundamentale Überlegung, an wen sich die oben angeführten Fragen überhaupt wenden. Die triviale Antwort, die Adressaten seien naturgemäß Menschen, greift hier zu kurz, da sie noch keine Auskunft darüber gibt, ob alle Menschen gleichermaßen von diesen Fragestellungen betroffen sind oder nur einige. Dies spielt für die weitere Argumentation aber eine zentrale Rolle.

Zwei konträre Positionen lassen sich in der Beantwortung der Frage nach dem Adressatenkreis ausmachen: Die erste der beiden Grundrichtungen geht davon aus, ethische Grundsätze seien allgemein gültig, also universell. Die zweite der beiden Strömungen basiert auf der Auffassung, nicht immer müssten von allen zur gleichen Zeit dieselben Richtlinien eingehalten werden, da ethische Grundsätze relativ seien. Der primäre Unterscheidungsgrund zwischen Relativismus und Universalismus liegt also im Geltungsanspruch moralischer Urteile bzw. moralischer Werte und bedingt so den unterschiedlichen Standpunkt der beiden Positionen in der Frage, wer der Adressat ethischer Überlegungen sein soll.¹⁰⁷

Noch komplexer ist die Frage, auf wen sich ethische Prinzipien erstrecken sollen. Hier wiederholt sich die Beantwortung der Frage nach den Adressaten: Sind es alle Menschen? Oder nur einige? Möglicherweise sind es auch nur einzelne. Könnte es auch ein einziger sein? Und weiters: Sollen wir unser ethisches Verhalten nur Menschen gegenüber zum Ausdruck bringen, oder soll es auch an Tieren und Pflanzen zur Anwendung kommen?¹⁰⁸

¹⁰⁷ Vgl. HEPFER 2008: S 21

¹⁰⁸ Da es sich bei Tieren um leidensfähige Wesen handelt, wird der Geltungsbereich moralischer Verantwortung seitens des Menschen üblicherweise auf sie ausgedehnt. In der Verantwortung gegenüber Pflanzen argumentiert man oft nach Prinzipien, denen Eigennutz zugrunde liegt: Das Gebot zur Bewahrung

2.2 Begriffsexplikationen

Die bis hierher aufgeworfenen Fragen machen deutlich, dass bestimmte Begriffe im ethischen Kontext immer wieder vorkommen. Um Klarheit darüber zu erlangen, welche Bedeutung sie im Detail haben, ist es notwendig, die für die vorliegende Arbeit relevanten Termini zu erläutern.

Wesentlich in allen Beantwortungsversuchen ethischer Fragestellung ist, niemals aus dem Auge zu verlieren, worauf sich Ethik bezieht: sofern es darum geht, Handlungen von Menschen moralisch zu qualifizieren, sind dies die Handlungen selbst. Was bedeutet es aber, zu handeln oder eine Handlung zu setzen?

2.2.1 Handlungen

Handlungen sind grundsätzlich von physikalischen Ereignissen zu unterscheiden. Diese geschehen ohne menschliches Zutun, wie etwa ein Erdbeben, und sollen hier nicht weiter beleuchtet werden. Allen Handlungen liegen bestimmte gemeinsame Merkmale zugrunde:

Der Handelnde selbst stellt (1) das Handlungssubjekt dar. Dieses verfolgt eine (2) Intention, die durch den (3) Akt der Handlung (das ist der Handlungsvollzug) Ausdruck erfährt. (4) Zweck und (5) Gegenstand der Handlung komplettieren die Handlungsmerkmale. Handlungen sind also als Ereignisse zu verstehen, die von Personen wissentlich und willentlich hervorgerufen werden. Die Dauer einer Handlung beginnt mit der Intention etwas zu verwirklichen, was zum Zeitpunkt des Handlungsbeginns noch nicht gegeben ist, und endet nach dem Erreichen des Handlungszwecks.¹⁰⁹

Nicht jede Handlung muss zwingend aktiver Natur sein. Speziell in medizinethischen Diskussionen ist diese Feststellung wichtig, da Handlungen auch in Form von

der Flora ergibt sich aus deren Notwendigkeit zum Überleben der menschlichen Spezies. Zerstört der Mensch seinen Lebensraum, zerstört er in Folge dessen sich selbst, könnte etwa die Formulierung einer solchen Argumentation lauten.

¹⁰⁹ Nach: RINOFNER-KREIDL 2005

Unterlassungen vorliegen können. Ebenso muss betont werden, dass eine Handlung (oder auch eine Unterlassung) nicht zwingend moralisch sein muss:¹¹⁰

„Eine Handlung ist moralisch, wenn sie ihrer Intention nach darauf abzielt, das Verhältnis der handelnden Person zu anderen Personen derart zu gestalten, dass sie der Möglichkeit nach in die (physische, psychische, soziale und geistige Aspekte umfassende) personale Integrität des ‚Behandelten‘ bzw. des Handelnden eingreift.

Jeder Eingriff in die derart umfassend verstandene Integrität einer Person ist daraufhin zu befragen, ob er im Interesse der betreffenden Person liegt bzw. liegen kann. Diesbezüglich sind aktuelles und langfristiges Interesse einer Person ebenso zu unterscheiden wie tatsächlich geäußertes und (supponiertes) wahres Interesse einer Person.“¹¹¹

2.2.2 Werte

Handlungen können also unter bestimmten Voraussetzungen moralischer Natur sein, wobei der Begriff „moralisch“ allein noch keine Wertung der Handlung ausdrückt. Die moralische Wertung einer Handlung erfolgt in Bezug auf etwas oder jemanden. Moralische Urteile beziehen sich auf die ihnen zugrunde liegenden, anerkannten Normen und repräsentieren stets zugleich auch Werturteile, die anerkennend oder ablehnend ausfallen können. Mit dem Begriff „Norm“ werden Richtlinien bezeichnet, die sich auf bestimmte Werte beziehen und Handlungen unter Bezugnahme auf diese gebieten oder verbieten.¹¹²

Hinsichtlich der Betrachtung von Werten unterscheiden sich zwei philosophische Grundhaltungen voneinander: Wertabsolutismus und Wertrelativismus. Die formale Theorie der Werte wird als Axiologie bezeichnet.

¹¹⁰ Eine Handlung kann auch moralisch indifferent sein.

¹¹¹ RINOFNER-KREIDL 2005: S 59

¹¹² Normen sind stets personenspezifisch adressiert, richten sich aber nicht an eine individuelle Person, sondern besitzen Allgemeinheitscharakter. Unterscheidbar sind sie nach Typ, Inhalt und Anwendungsbedingung, aber auch nach Normenautorität, Normenadressat, Ausnahmeregelungen und Sanktionsbestimmung. Ihrem Charakter nach differenziert man zwischen technischen, rechtlichen und moralischen Normen. (Nach: RINOFNER-KREIDL 2009: S 73ff.)

2.2.2.1 Wertrelativismus

Wertrelativismus geht davon aus, dass der Geltungsbereich von Werten beschränkt sei auf den Wertenden selbst, wodurch Werte eben etwas relatives seien. Ein Wert „an sich“ bestünde nicht. Dazu kommt, dass Werte nicht nur der Person, sondern auch der Zeit nach relativ sind: Was heute für eine Person von Wert ist, kann morgen schon wertlos für dieselbe Person sein.

2.2.2.2 Wertabsolutismus

Unter Wertabsolutismus versteht man die Ansicht, Werte seien unveränderliche Wesenheiten, deren Verwirklichung erst im Handeln liegt. Diese Einstellung, zurückgehend auf Platon¹¹³, wird vor allem von Nicolai Hartmann¹¹⁴ und Maximilian Weber¹¹⁵ vertreten. Max Scheler¹¹⁶ entwickelte daraus eine materiale Wertethik, die besagt, Werte, die in unserem Handeln verwirklicht werden sollen, seien unveränderliche Wesenheiten. Vom Wertblinden könnten sie nicht gesehen werden. Man müsse sie im Sinne einer Wesensschau erfühlen um dann ihre objektive Rangordnung erkennen zu können.¹¹⁷

Nach Maximilian Weber sind Werte begrifflich zu trennen von Tatsachen: Während Werte die Voraussetzung präskriptiver Aussagen darstellen¹¹⁸, beschreiben Tatsachen Verhältnisse als Korrelat deskriptiver Aussagen. Diese Verhältnisbeschreibung ist gemäß Weber ohne Wertebezug möglich.¹¹⁹

Aus bloßen Tatsachen-Urteilen lassen sich (noch) keine moralischen Werte ableiten. Tatsachen, sowohl soziale als auch natürliche, können lediglich zur Kenntnis genommen

¹¹³ Platon (* 27.05.427 v.Chr. in Athen, † 347 v.Chr. ebd.), griechischer Staatsphilosoph

¹¹⁴ „Werte sind der Seinsweise nach Platonische Ideen. Sie gehören zu jenem von Platon zuerst entdeckten anderen Reich des Seins, das man wohl geistig erschauen, aber nicht sehen und greifen kann. [...] Werte sind Wesenheiten.“ (HARTMANN 1962: S 121)

¹¹⁵ Maximilian Carl Emil Weber (* 21.04.1864 in Erfurt, † 14.06.1920 in München), Mitbegründer der Soziologie.

¹¹⁶ Max Scheler (* 22.08.1874 in München, † 19.05.1928 in Frankfurt/Main), Begründer der sogenannten „Materialen Wertethik“.

¹¹⁷ Vgl. REUTTERER 1992: S 121

¹¹⁸ Ohne wertende Abstufung bestimmter Handlungsmöglichkeiten gibt es keine Begründung für die Notwendigkeit einer moralorientierten Handlungsvorschrift.

¹¹⁹ Vgl. HEPFER 2008: S 28

werden, geben aber keinerlei Auskunft darüber, wie wir die Welt gestalten sollen. Dieses Prinzip der Betrachtung findet sich in der von George Edward Moore¹²⁰ entwickelten Konzeption des so genannten Naturalistischen Fehlschlusses wieder.

2.2.3 Ethische Reflexion

Um eine Handlung nach ethischen Gesichtspunkten beurteilen zu können genügt es nicht, die bloße äußere Handlungsbeschreibung zu kennen. Kenntnis über die Gesinnung des Handelnden erlaubt hingegen Schlüsse auf moralische Aspekte einer Handlung, sofern davon ausgegangen werden kann, dass dieser über die Fähigkeit verfügt sein Eigeninteresse vom Interesse anderer zu unterscheiden. Dies ist notwendig, um die Sphäre des reinen Eigeninteresses überhaupt verlassen zu können und dadurch die Möglichkeit zu schaffen, in weiterer Folge einen objektiven Standpunkt einzunehmen, ohne den eine Beurteilung moralischer Diskrepanzen gar nicht möglich ist. Erst wenn diese Voraussetzungen gegeben sind, kann eine weitere Trennung erfolgen: Konkretes ist von Allgemeinem zu unterscheiden, wobei unter Konkretem die aktuelle Situation zu verstehen ist, in der wir uns augenblicklich befinden und in der wir gefordert sind, eine Entscheidung zu treffen. Die anschließende weiterführende Unterscheidung von Inhalt und Form bedeutet, die inhaltliche Frage („Was soll ich tun?“) von der methodischen Frage („Wie kann ich vorgehen?“) zu trennen.

Offen bleibt die Frage, was Menschen dazu motivieren kann, ethisch richtig zu handeln. Was bringt jemanden dazu, nicht nur einzusehen, dass er ethisch korrekt handeln soll, sondern vermag darüber hinaus den Wunsch in ihm zu wecken, dies auch zu wollen?

¹²⁰ George Edward Moore (* 04.11.1873 in London, † 24.10.1958 in Cambridge), Mitbegründer der analytischen Philosophie.

2.2.4 Moralische Motivation

Die Erfahrung lehrt uns, dass wir, trotz Einsicht in das Gute, oft nicht dementsprechend handeln. Das bloße Wissen um das Gute reicht also offenbar als Handlungsmotivation nicht aus. Einsicht ist von Handlung zu trennen. Mehrere Lösungsvorschläge für dieses Problem bieten eine breite Argumentationsbasis für moralisch motivierte Handlungen, wie Sonja Rinofner-Kreidl ausführt:

- a.) Berufung auf überempirische (metaphysische) Gegebenheiten, z.B. Gott
- b.) Bezug auf das menschliche Wohlergehen (im Interesse aller)
- c.) Bezug auf Vernunft
- d.) Bezug auf eine ursprüngliche (affektive) Sozialität

Ad a.): Religiöse Aspekte sind schwer zu einer allgemeinen Richtlinie zu erheben. Glaube als individuelle Ausdrucksform einer Geisteshaltung kann genauso wenig erzwungen werden wie Nicht-Glaube.¹²¹

Ad b.): Die Hoffnung dieses Systems liegt im Schneeballprinzip: Handle ich moralisch, werden auch alle anderen so handeln, lautet die Basis dieser Annahme. Den Vertretern dieses Standpunktes könnte sie den Vorwurf der Naivität einhandeln. Die (geringe) Aussicht auf Erfolg reicht vermutlich kaum als alleinige Motivation dafür aus, die eigenen Interessen zugunsten anderer in den Hintergrund zu stellen.

Ad c.): Die Kantische Moralphilosophie ist wohl die stärkste Bastion des Vernunftarguments. In vielen Variationen lässt sich dort die menschliche Natur als Grundlage dafür finden, einen unparteiischen Standpunkt einzunehmen.

Ad d.): Das Argument fußt auf der These, wir handelten moralisch, sofern wir nicht-instrumentelle Beziehungen zu anderen Menschen unterhielten. Die Fähigkeit vorausgesetzt, Mitgefühl und Zuneigung für andere empfinden zu können, sind wir in einem minimalen, aber grundlegenden Sinn motiviert, moralisch zu handeln.¹²²

¹²¹ Unter dieser Motivation leidet seit Jahrzehnten die Regierung der Volksrepublik China: Trotz aller Versuche gelingt es ihr nicht, die Bevölkerung des seit 1950 besetzten Tibet zur Aufgabe des Buddhismus zu bewegen. Bisher vermochte kein Druckmittel die moralische Position des XIV. Dalai Lama zu Fall zu bringen.

Ein weiteres Beispiel für Handlungsmotivation solcher Natur bieten die Kreuzzüge (1095-1291). Die Behauptung, den angeblich göttlichen Willen umzusetzen, diente den Kreuzfahrern als Legitimation für jede Ausdrucksform der Willkür.

¹²² Nach: RINOFNER-KREIDL 2005: S 28ff.

Eine denkbare Variante, sich alldem zu entziehen, wäre, einen amoralischen Standpunkt einzunehmen. Das bedeutet, sich selbst über die Moral zu stellen, und gleichzeitig aus dem moralischen Handeln anderer einen Nutzen für sich selbst zu ziehen. Bekehrungsversuche wären hier schwierig, denn ein eindeutiger Beweis für die Notwendigkeit moralischen Handelns liegt nicht vor. Selbst dann, wenn ein solcher Beweis existierte, bliebe dieser in der Praxis bedeutungslos, da Einsicht allein noch nicht motiviert.

Moralfähigkeit bedingt grundsätzlich zwei Gegebenheiten: der Handelnde muss ein soziales Wesen sein und darüber hinaus darf er nicht wertblind sein (s.v.). Beide Punkte sind abhängig voneinander, was dadurch belegt wird, dass Moralität stets eine Angelegenheit sozialer Gemeinschaft repräsentiert. Naturgemäß sind nicht alle Menschen mit derselben Fähigkeit zur moralischen Erfassung ausgestattet, was Nicolai Hartmann dazu veranlasste zu postulieren, die erste Aufgabe des Ethikers bestünde „in der Bildung des moralischen Organs“¹²³.

2.2.5 Willens-, Wahl- und Handlungsfreiheit

Ob wir handeln bzw. wie wir handeln, ist eine Entscheidungsfrage. Eine grundlegende Voraussetzung dafür, eine Entscheidung treffen zu können, liegt in der Freiheit dazu.

2.2.5.1 Handlungsfreiheit

Diese Voraussetzung bedeutet, dass derjenige, der nicht frei entschieden hat wie er handelt, folglich auch nicht als verantwortlich dafür betrachtet werden kann, denn wenn von vornherein ausgeschlossen ist, dass der Handelnde anders könnte (oder wollte), liegt keine Entscheidung mehr vor. Unter Handlungsfreiheit versteht man die Freiheit zu tun, was man will.

¹²³ Vgl. HARTMANN 1962: S 17

2.2.5.2 Willensfreiheit

Mit Willensfreiheit hingegen wird ausgedrückt, dass „ein Handelnder sich für seine Absichten, Wünsche und Zwecke frei entscheiden, dass er seinen Willen selbst bestimmen und die Inhalte seines Willens selbst wählen kann. Für Willensfreiheit reicht es also nicht aus, dass wir tun können, was wir wollen. Wir müssen, so hat es Arthur Schopenhauer einmal sinngemäß formuliert, auch wollen können, was wir wollen. Es ist diese Freiheit des Willens, um die es im Streit um das Verhältnis von Freiheit und Determinismus letztlich geht.“¹²⁴

Willensfreiheit wird auch als Wahlfreiheit bezeichnet und stellt eine so genannte „innere Freiheit“ dar. Die philosophischen Positionen zur Willensfreiheit sind mannigfaltig. Gemeinsam ist ihnen aber die Überlegung, unter welchen Bedingungen eine Entscheidung als frei angesehen werden kann und ob die dazu notwendigen Voraussetzungen in unserer Welt als erfüllt betrachtet werden können:

„Weitgehend unumstritten ist, dass eine Entscheidung folgende Bedingungen erfüllen muss, um als frei gelten zu können:

- 1.) Die Person muss eine Wahl zwischen Alternativen haben; sie muss anders handeln bzw. sich anders entscheiden können, als sie es tatsächlich tut. (Die Bedingung des Anders-Handeln- oder Anders-Entscheiden-Könnens)
- 2.) Welche Wahl getroffen wird, muss entscheidend von der Person selbst abhängen. (Urheberschaftsbedingung)
- 3.) Wie die Person handelt oder entscheidet, muss ihrer Kontrolle unterliegen. Diese Kontrolle darf nicht durch Zwang ausgeschlossen sein. (Kontrollbedingung)¹²⁵

Wie genau die genannten Bedingungen zu verstehen sind, ob sie als gegeben betrachtet werden können und in welchem Zusammenhang sie zum sogenannten Determinismus stehen, ist strittig, wobei darauf hingewiesen werden muss, dass unter dem hier verwendeten Begriff der kausale Determinismus zu verstehen ist.¹²⁶ Eine deterministische Welt bedeutet, dass „in dieser Welt zu jedem Zeitpunkt Bedingungen existieren, die in gewissem Sinne festlegen, was in der Zukunft passieren wird. Zu jedem Zeitpunkt gilt,

¹²⁴ QUANTE 2008: S 169

¹²⁵ BECKERMANN 2005

¹²⁶ Weitere Formen wären beispielsweise der logische Determinismus und der theologische Determinismus.

dass sich die Welt nur so entwickeln kann, wie sie sich tatsächlich entwickelt; es gibt keinen Zeitpunkt, an dem mehrere Möglichkeiten des Weltverlaufs offen stehen.“¹²⁷

Die einzelnen Positionen innerhalb der Debatte über Willensfreiheit und ihre Ausprägungen sind zahlreich. Die wesentlichen Unterteilungen lauten:

- Kompatibilismus (Freiheit und Determinismus sind miteinander vereinbar)
- Inkompatibilismus (Freiheit und Determinismus sind nicht miteinander vereinbar)
- Libertarier (Inkompatibilisten die meinen, Freiheit existiert, Determinismus ist daher unwahr)
- Weiche Deterministen (Kompatibilisten die meinen, Freiheit existiert und das Faktum, dass Determinismus wahr ist, ändert nichts daran)
- Freiheits skeptiker (Vertreter der Auffassung, dass es keine Freiheit gibt, wie etwa harte Deterministen und jene Inkompatibilisten, die meinen, es könne keine Freiheit geben, weil der Determinismus wahr ist.)¹²⁸

Bereits John Locke hat sich intensiv mit der Frage der Willensfreiheit auseinandergesetzt und schon 1689 eine Theorie der Willensfreiheit¹²⁹ aufgestellt. Unzählige Philosophen nach ihm haben seither Beiträge zu diesem Thema verfasst, sowohl aus kompatibilistischer Sicht, als auch in Vertretung des Inkompatibilismus. Nicolai Hartmann etwa schreibt über das Verhältnis von Handlungsfreiheit zu Willensfreiheit:

„Der Wille kann frei sein bei unfreier Handlung, und die Handlung kann frei sein bei unfreiem Willen. Das Erstere findet seinen extremen Grenzfall im ohnmächtigen Sehnen nach dem Unerreichbaren, das letztere in der Willenslähmung, Entschlußunfähigkeit oder moralischen Feigheit angesichts des an sich leicht Erreichbaren. Handlungsfreiheit ist neben der äußeren Bedingtheit nur eine Frage der Kraft. Willensfreiheit dagegen ist indifferent auch gegen Kraft und Schwäche des Willens selbst.“¹³⁰

¹²⁷ SCHULTE 2005

¹²⁸ Vgl. BECKERMANN 2005

¹²⁹ Diese findet sich in „Versuch über den menschlichen Verstand“, 2. Buch, Kapitel 21 von 1689

¹³⁰ HARTMANN 1962: S 640

Für Malte Hossenfelder¹³¹ sind das Handlungsentscheidende die Maximen:

„Wünsche und theoretische Vorstellungen können nur über die Maximen handlungswirksam werden. [...] Die Indetermination des Wollens, d.h. die stets gegebene Möglichkeit, die Maximen zu ändern, entscheidet also letztlich auch allein über die Indetermination unseres Verhaltens. Daher kann man Wünsche und theoretische Vorstellungen auch determiniert sein lassen, die Indetermination des Handelns wird dadurch nicht aufgehoben, weil Wünsche und theoretische Vorstellungen ihrerseits das Wollen nicht determinieren. Die Änderung einer Maxime ist nur durch eine andere Maxime möglich. [...] Es sind *meine* Wünsche, *meine* Vorstellungen von der Welt und vor allem, und das ist das eigentlich Entscheidende, es sind *meine* Maximen, die mein Handeln bestimmen, *mein* Wille. Und dieser Wille ist frei, ist nicht determiniert zu wollen, was er will, weil er stets die Möglichkeit hat, seine Maximen zu ändern. Daher ist jeder für seine Taten voll verantwortlich, weil er auch anders hätte handeln können, wenn er gewollt hätte. [...] Gewiss sind die gesellschaftlichen Chancen, ein guter Mensch zu werden, sehr ungleich verteilt; das sei unbestritten. Aber darum geht es hier nicht.“¹³²

Eine weiterführende Darstellung von innerer und äußerer Freiheit, positivem und negativem Freiheitsbegriff bzw. der Determinismus-Frage würde an dieser Stelle zu weit führen und wäre auch nicht hilfreich bei der eigentlichen Fragestellung nach Ethik in der präklinischen Notfallmedizin. Gleiches gilt für das Problemfeld der Letztbegründung von Handlungen, ohne dieses jedoch in seiner Bedeutung abwerten zu wollen.

2.2.6 Paternalismus

Insbesondere im medizinischen Umfeld muss immer wieder darauf geachtet werden, ob Entscheidungen, insbesondere von Patienten, tatsächlich „aus freien Stücken“ getroffen werden. Oftmals werden diese von außen überlagert, in aller Regel sind dafür gutmeinende Angehörige des Patienten oder des Gesundheitswesens verantwortlich. Um die

¹³¹ Malte Hossenfelder (* 27.04.1935 in Bad Segeberg, † 09.08.2011 in St. Stefan ob Stainz), emeritierter Professor für Philosophie an der Karl-Franzens Universität Graz.

¹³² HOSSFELDER 2000: S191f.

Auswirkungen solcher Beeinflussung verstehen zu können, ist es notwendig, den Begriff Paternalismus zu erörtern.

Viele verschiedene Formen von Paternalismus¹³³ bringen inhaltlich unterschiedliche Auslegungen des Begriffs mit sich. Umgangssprachlich wird eine Handlung als paternalistisch bezeichnet, die gegen den Willen eines anderen, aber auf das Wohl desselben gerichtet ist. Grundsätzlich beschreibt Paternalismus eine Herrschaftsordnung, die ihre Autorität und Legitimierung auf eine vormundschaftliche Beziehung im außerfamiliären Bereich begründet. Wesentlich dabei ist, wie oben erwähnt, die dem Handeln zugrunde liegende Absicht, dem Betroffenen zu nützen oder ihm Leid zu ersparen. Insbesondere in der Medizin scheinen paternalistische Maßnahmen oft natürlich und unumgänglich zu sein, etwa dort, wo Kinder geschützt werden müssen¹³⁴, oder die Entscheidungskraft Erwachsener durch Krankheit (z.B. Demenz) beeinträchtigt ist. Hier zielt praktizierter Paternalismus primär darauf ab, dem Fürsorgeprinzip zu folgen, und so das Patientenwohl zu sichern. Im medizinischen Kontext ist Paternalismus nur eine aus verschiedenen möglichen Formen von Arzt-Patienten-Beziehungen¹³⁵, wobei diese selbstverständlich auch auf den präklinischen Bereich, und somit auf alle Beziehungen zwischen Patienten und medizinischem Personal umgelegt werden können. In medizinisch-paternalistischen Beziehungen lassen sich oftmals starke Asymmetrien zwischen den einzelnen Beziehungspartnern finden, die in aller Regel durch den fachlichen Wissensvorsprung einerseits und Gefühle der Hilflosigkeit andererseits begründet sind. Die daraus resultierende drohende Gefahr der Bevormundung von Patienten ist offensichtlich. Umso mehr verwundert der Umstand, auf den Monika Wogrolly-Domej in ihrer Dissertation hinweist: Im Rahmen des empirischen Teils ihrer Studie zum Thema Paternalismus stellte sie fest, dass keiner der von ihr befragten medizinischen Verantwortungsträger mit dem Begriff Paternalismus vertraut war. Somit konnte auch kein Bewusstsein bei ihnen dafür festgestellt werden, ob und wie ausgeprägt sie selbst paternalistisch handeln.¹³⁶ Wo paternalistisch gehandelt werden muss und die Patientenautonomie solchermaßen eingeschränkt wird, ist es seitens der Handelnden erforderlich, umso bewusster darauf zu achten, im Sinne des Fürsorgeprinzips zu agieren.

¹³³ Staatlicher Paternalismus und medizinischer Paternalismus seien als Beispiele dafür genannt.

¹³⁴ In Folge der Auswirkungen von gender-mainstreaming wird in solchen Fällen synonym auch die Bezeichnung Parentalismus verwendet.

¹³⁵ Ergänzend seien zwei weitere Formen genannt: das Vertragsmodell (mit starker Dominanz des Autonomie-Prinzips) und das Partnerschaftsmodell, das im Idealfall als „informed consent“ Ausdruck findet.

¹³⁶ WOGROLLY-DOMEJ 2003: S 6

Zu groß ist andernfalls die Gefahr, die schmale Grenze von Paternalismus zu Zwang zu überschreiten. Zwangsmaßnahmen medizinischer Natur sollen zwar auch den Prinzipien der Fürsorglichkeit folgen, dennoch basieren sie stets auf einer – wie auch immer gearteten – Entmündigung des Patienten und sind dadurch gekennzeichnet, dass sie in jedem Fall gesetzt werden, ungeachtet des geäußerten Patientenwillens.

Staatliche Zwangsmaßnahmen in medizinischem Kontext, werden oft als Maßnahmen des so genannten „legalen Paternalismus“ bezeichnet. Sie finden dadurch Rechtfertigung, dass einzelne Bürger unter bestimmten Umständen vor sich selbst geschützt werden müssen. Rechtlich sind solche Situationen unter anderem im Unterbringungsgesetz geregelt, das vorsieht, Patienten auch gegen ihren Willen in eine psychiatrische Klinik zu bringen, wenn ein Gemeinde-, Amts-, oder Polizeiarzt die Notwendigkeit festgestellt und schriftlich begründet hat. Keinesfalls ist eine Einweisung dieser Art aber gleichzusetzen mit einer Entrechtung des Patienten:

„Über allen Bestimmungen des Unterbringungsrechtes steht der Schutz der Persönlichkeitsrechte. Die Menschenwürde psychisch Kranker ist unter allen Umständen zu achten und zu wahren. In einer psychiatrischen Abteilung darf nur untergebracht werden, wer

- 1.) an einer psychischen Krankheit leidet und
- 2.) im Zusammenhang damit sein Leben, seine Gesundheit oder das Leben oder die Gesundheit anderer ernstlich und erheblich gefährdet und

nicht in anderer Weise, insbesondere außerhalb einer psychiatrischen Abteilung, ausreichend behandelt und betreut werden kann.“¹³⁷

Das Unterbringungsgesetz regelt eindeutig, dass für den Transport psychisch Kranker die Exekutive zuständig ist, dass von dieser aber im Bedarfsfall der örtliche Rettungsdienst hinzugezogen werden kann.

Die unterschiedlichen Abstufungen paternalistischer Handlungen haben Joel Feinberg¹³⁸ dazu veranlasst, eine Trennung von „weak/soft paternalism“ und „strong/hard paternalism“ vorzunehmen. Während „soft paternalism“ auf Eingriffe gegenüber Personen, die in ihrer

¹³⁷ ÖRK 2011b: C10

¹³⁸ Joel Feinberg (* 19.10.1926 in Detroit, Michigan; † 29.03.2004 in Tucson, Arizona), amerikanischer Rechts- und Sozialphilosoph, Vertreter eines moderaten Liberalismus.

Autonomie stark eingeschränkt sind, Bezug nimmt, versteht sich „hard paternalism“ als Eingriff in die Freiheit kompetenter und selbstbestimmungsfähiger Erwachsener, mit dem Ziel, sie vor Leid zu bewahren, selbst, wenn sie sich ihrer Handlungen bewusst sind und diese willentlich setzen.¹³⁹ Auch an diesem Definitionsversuch wird deutlich, wie schwierig es ist, Paternalismus klar von Zwang zu trennen. Obendrein können die Grenzen zwischen beiden von Feinberg genannten Gruppen nur fließend sein. Somit stellen sie an sich eine neue Herausforderung dar, insbesondere im medizinischen Bereich: Besonders betroffen davon sind Patienten mit Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen, aber auch Personen mit eingeschränkten zerebralen Fähigkeiten sowie alle Arten psychisch Erkrankter.

Paternalistische Handlungen repräsentieren einen wesentlichen Bestandteil unseres heutigen Gesundheitssystems. Das Bewusstsein auf Seiten des medizinischen Personals für diesen Umstand scheint derzeit nicht besonders ausgeprägt zu sein. Umso wichtiger ist es, dieses Bewusstsein aktiv, am besten schon im Rahmen der Ausbildung, zu fördern.

Die thematische Nähe von Moral, Recht und der intuitiven Einschätzung von richtig und falsch kann leicht dazu führen, dass die einzelnen Gebiete miteinander vermengt und verwechselt werden. Problematisch wird dies insbesondere bei der Betrachtung von Handlungen in medizinischem Kontext und dort, wo es um klare Abgrenzungen geht, wie etwa: Was ist eine ethische Frage?

2.2.7 Ethische Fragen

Wo Personen miteinander in Kontakt treten, wo Gruppenleben beginnt, wo Zusammenleben geregelt verlaufen soll, wo Handlungen begründungsbedürftig sind, treten ethische Fragen auf. Dies ist insbesondere dort der Fall, wo Kenntnisse über natürliche Bedürfnisse, wissenschaftliches Fachwissen oder Rechtsgrundlagen nicht mehr dazu ausreichen, die Beziehungen der Menschen zueinander zu regeln.¹⁴⁰ Doch nicht nur dort

¹³⁹ Nach: STETTNER 2007: S 61

¹⁴⁰ Vgl. RITSCHL 2004: S 146

sieht Ritschl den Ursprung ethischer Fragen, wie er in einem Definitionsansatz darzulegen versucht:

„Nicht nur schieben sich ethische Fragen sozusagen in die Lücken – in die Freiräume – der natürlichen Bedürfnisse, der wissenschaftlichen Einsichten oder der geltenden Gesetze hinein, sondern sie richten sich auch sehr direkt an die Regelungen, die von dort kommen. Ethische Fragen ‚beklagen‘ also nicht nur, dass die menschlichen Beziehungen durch die Kenntnis natürlicher Bedürfnisse [...], durch die Ergebnisse der Wissenschaften und durch das Recht nicht voll ‚abgedeckt‘ sind, sondern nicht selten rufen sie solche Regulatoren menschlichen Lebens in die Schranken, problematisieren oder kritisieren sie. Aber sie brechen doch immer in der ‚Erfahrung des Mangels‘ auf, wie wir dies nennen können. Ethisches Fragen entsteht oft im Erschrecken über ein Loch im Gefüge der Lebensgestaltung, über Versäumnisse im kritischen Prüfen der Entwicklung, über die Gefahren der Eigenmächtigkeit des Natürlichen, der Wissenschaft und ihrer Auswirkungen in der Technologie, auch in der Enttäuschung über Rechtsprechung und ideologisch begründete politische Entscheidungen.“¹⁴¹

Unklar bleibt, wie „Erfahrung des Mangels“ zu verstehen sein soll. Handelt es sich hierbei um eine Beobachtung, die nur mit bestimmtem Vorwissen zu machen ist, oder kann diese auch ganz allgemein gehalten dadurch entstehen, dass man, wie von Nicolai Hartmann gefordert, einfach eine objektive Sicht, eine „Vogelschau“ entwickelt? Kann also nur der Arzt die Mängel der Medizin, der Jurist jene der Rechtsprechung etc. aufzeigen, oder bleibt es jedem einzelnen vorbehalten, die jeweils eigene Lebenserfahrung als Grundlage von Fragen heranzuziehen, um Klarheit zu schaffen über Art und Weise von Mängeln? Vieles spricht dafür, dass ethisches Fragen nicht unbedingt spezifisches Fachwissen voraussetzt, sondern in erster Linie Reflexionskraft erfordert. Umgekehrt scheint Fachwissen allein nicht auszureichen, um ethische Fragen entscheiden zu können, das gilt auch für die Ethik selbst: Berufsethiker vermögen zwar durch Theorien, Modelle und deren Überprüfung zu einer zeitgemäßen gesellschaftlichen Entwicklung beizutragen, „aber bei einer konkreten ethischen Entscheidung haben sie keinen priesterlichen Vorrang vor anderen intelligenten, reifen und verantwortungsbewußten Personen“¹⁴².

¹⁴¹ RITSCHL 2004: S 146

¹⁴² RITSCHL 2004: S 147

Ethische Fragen erwarten begründbare Antworten, die jedoch dort ausbleiben, wo Ziele, Ideale und Vorstellungen nicht klar umrissen sind. In diesem Zusammenhang ist es notwendig darauf hinzuweisen, dass eine solchermaßen klare Festlegung keineswegs Unbeweglichkeit bedeutet: es geht nicht darum, ewige Gültigkeit zu erlangen, sondern darum, Einsicht zu schaffen und Wiederholbarkeit zu gewährleisten.

„Was immer ethisches Fragen auch an Gründen, Normen, oder an Zielen mitbringt oder vorträgt, es kommt nicht aus dem Fachwissen der verschiedenen Wissenschaften. In der medizinischen Ethik also kommen die Begründungen für medizinisch-ethische Fragen und Urteile nicht *aus* der Medizin; vielmehr kommen sie *in* die Medizin, in das ärztliche und gesundheitspolitische Handeln und Planen *hinein*.“¹⁴³

Die Art und Weise auf die ethische Fragen in die Medizin gelangen können, kann ganz unterschiedlicher Ausprägung sein. Ebenso unterschiedlich können die Formen ethischer Betrachtung sein. Die wichtigsten Modelle ethischen Denkens sollen daher im Folgenden erörtert werden.

2.3 Ethische Grundpositionen

Innerhalb der normativen Ethik lassen sich verschiedene Theoriegruppen voneinander unterscheiden. Neben den deontologischen und teleologischen Theorien sind im Kontext der Medizinethik vor allem tugendethische Konzepte und das Modell des Principlism von Bedeutung.

2.3.1 Deontologie und Teleologie

Zurückgehend auf Charlie [sic!] Dunbar Broad¹⁴⁴ hat sich eine klassifizierende Unterscheidung zwischen deontologischen und teleologischen Ethiken durchgesetzt. Beide

¹⁴³ Ebd.

¹⁴⁴ Charlie Dunbar Broad (* 30.12.1887 in Harlesden, Middlesex, † 11.03.1971 in Cambridge), britischer Philosoph und Mitentwickler der Emergenztheorie.

Begriffe entstammen dem Griechischen: (τὸ) δέον, δεῖ / (to) deon, dei lässt sich übersetzen mit „es ist nötig“, oder „man muss“.¹⁴⁵ τέλος / telos hingegen steht für „Zweck“ oder „Ziel“.¹⁴⁶

Deontologische Ansätze zielen darauf ab, dass nicht die Folgen von Handlungen zu bewerten seien, sondern sie „betonen unverletzliche Verpflichtungen [...]. Diese können z.B. die Heiligkeit des Lebens, die Achtung der Menschenrechte oder die Respektierung der Selbstbestimmung (‘Autonomie’) eines Menschen sein.“¹⁴⁷

In der Deontologie geht es um Gewissensfragen und um Gesinnung. Teleologische Ethik hingegen sieht die Handlung als Mittel zu einem bestimmten Zweck. Beide Ethiken gelangen in vielen Fällen zu unterschiedlichen Antworten auf die ihnen gemeinsame Grundfrage („Wie soll ich handeln?“).

2.3.1.1 Deontologie

Der von Dunbar klassifizierte und bereits rund 100 Jahre zuvor von Bentham¹⁴⁸ gebrauchte Begriff der Deontologie wurde unter anderem von Frankena¹⁴⁹ definiert:

„Deontological theories deny what teleological theories affirm. They deny that the right, the obligatory, and the morally good are wholly, whether directly or indirectly, a function of what is nonmorally good or what promotes the greatest balance of good over evil for self, one’s society, or the world as a whole. They assert that there are other considerations that may make an action or rule right or obligatory besides the goodness or badness of its consequences — certain features of the act itself other than the *value* it brings into existence, for example, the fact that it keeps a promise, is just, or is commanded by God or the state.“¹⁵⁰

¹⁴⁵ Vgl. MENGE 1987: S 158

¹⁴⁶ Vgl. MENGE 1987: S 679

¹⁴⁷ BRUCHHAUSEN 2008: S 160

¹⁴⁸ Jeremy Bentham (* 15.02.1748 in London, † 06.06.1832 in London), englischer Jurist und Philosoph. Gilt als Begründer des klassischen Utilitarismus.

¹⁴⁹ William K. Frankena (* 21.06.1908 in Montana, USA, † 22.10.1994 in Michigan, USA), analytischer Philosoph mit Schwerpunkt Ethik.

¹⁵⁰ FRANKENA 1963: S 14

Der wichtigste und zugleich wohl auch bekannteste Vertreter dieser ethischen Richtung ist vermutlich Immanuel Kant.¹⁵¹ Im Gegensatz zu seinen Vorgängern sucht er den Ursprung der Sittlichkeit nicht in der Natur oder der Gemeinschaft, im Verlangen nach Glück, im Willen Gottes oder im moralischen Gefühl. Kant zeigt vielmehr, dass auf diese Weise der Anspruch auf objektive Gültigkeit nicht gedacht werden kann. Wie im Feld des Theoretischen, so wird auch im Praktischen die Objektivität nur durch das Subjekt selbst möglich; der Ursprung der Moral liegt in der Autonomie, der Selbstgesetzgebung des Willens.¹⁵²

„Kants Neubegründung der Ethik erfolgt aus einer kritischen Prüfung der praktischen Vernunft. Die praktische Vernunft ist keine andere als die theoretische; es gibt nur eine Vernunft, die entweder praktisch oder theoretisch tätig wird. Allgemein meint Vernunft das Vermögen, den Bereich der Sinne, der Natur zu übersteigen. Das Übersteigen der Sinne beim Erkennen ist der theoretische Gebrauch, das beim Handeln der praktische Gebrauch der Vernunft.“¹⁵³

Es ist die Trennung von theoretischem und praktischem Vernunftgebrauch, die aufzeigt, dass Kant eine Unterscheidung anerkennt, die von Hume stammt: Beschreibende (deskriptive) Sätze sind von vorschreibenden (präskriptiven) Sätzen zu trennen.

„Die praktische Vernunft, wie es bei Kant kürzer heißt, bedeutet die Fähigkeit, sein Handeln unabhängig von sinnlichen Bestimmungsgründen, den Trieben, Bedürfnissen und Leidenschaften, den Empfindungen des Angenehmen und Unangenehmen, zu wählen. [...] Das Vermögen, nach der Vorstellung von Gesetzen zu handeln, heißt auch Wille, so daß die praktische Vernunft nichts anderes als das Vermögen zu Wollen ist (vgl. GMS, IV 412).“¹⁵⁴

Höffe¹⁵⁵ schreibt, Kant habe sich in seiner Begründung der Ethik vier Grundaufgaben gestellt: Er bestimmt den Begriff der Sittlichkeit, wendet ihn auf die Situation endlicher Vernunftwesen an, was zum kategorischen Imperativ führt, entdeckt den Ursprung der Sittlichkeit in der Autonomie des Willens und sucht mit dem Faktum der Vernunft die

¹⁵¹ Immanuel Kant (* 22.04.1724 in Königsberg, † 12.02.1804 in Königsberg), deutscher Philosoph.

¹⁵² Vgl. HÖFFE 2007: S 174

¹⁵³ HÖFFE 2007: S 178

¹⁵⁴ Ebd.

¹⁵⁵ Otfried Höffe (* 12.09.1943 in Leobschütz), Professor für Philosophie an der Universität Tübingen.

Wirklichkeit der Sittlichkeit zu beweisen, womit er nach dem ethischen Empirismus auch den ethischen Skeptizismus als grundsätzlich überwunden ansieht.¹⁵⁶

Insbesondere die Imperative, allen voran der bereits genannte kategorische, sind in Kants Ausführungen von zentraler Bedeutung. Der Begriff des Imperativs wurde von Kant nicht zufällig gewählt, sondern bezeichnet – im Gegensatz zum persönlich-praktischen Grundsatz (Maxime) – eine allgemeingültige sittliche Vorschrift.¹⁵⁷ Imperative folgen den Gesetzen der Natur:

„In unserem Willen sind wir uns eines Sollens bewußt. Das Sollen wird in Gesetzen vor Augen gestellt. Nach Gesetzen der Natur geschehen die Ereignisse, ohne Ausweichen notwendig. Nach sittlichen Gesetzen sollen Handlungen sich richten, richten sich aber oft nicht nach ihnen. Diese Gesetze geben sich kund in Imperativen.“¹⁵⁸

Zur Einteilung der Imperative nach ihrer Form unterscheidet man zwischen hypothetischen und kategorischen Imperativen:

„Die hypothetischen Imperative gelten unter Voraussetzungen eines Zwecks. Wenn du diesen erreichen willst, mußt du die geeigneten Mittel anwenden. Die kategorischen Imperative dagegen machen den Anspruch einer unbedingten Geltung. Die hypothetischen Imperative sind technisch, sind Imperative der Geschicklichkeit und der Klugheit, geführt von einem ihnen vorgeordneten Zweck; die kategorischen haben ihren Grund in sich selbst.“¹⁵⁹

Kant unterscheidet Imperative nicht nur ihrer Form nach, er differenziert sie auch nach Inhalt und Modalität. Dadurch entstehen nicht nur die zwei bereits erwähnten Unterscheidungsformen von Imperativen, sondern eine Vielzahl weiterer Unterteilungsmöglichkeiten:

„Ein Imperativ ist

a) seiner Form nach

¹⁵⁶ Nach: HÖFFE 2007: S 180

¹⁵⁷ Vgl. SCHISCHKOFF 1991: S 326f.

¹⁵⁸ JASPERS 2004: S 481

¹⁵⁹ Ebd.

- *hypothetisch*, d.h. von Bedingungen abhängig ('Wenn Du A willst, dann tue B'),
oder
- *kategorisch*, d.h. ohne Bedingung fordernd ('Tue B, ob Du willst oder nicht');

b) seinem Inhalt nach

- *pragmatisch* (alles, was die Wohlfahrt des Menschen betrifft, und was daher zu tun *klug* ist),
- *technisch* (was durch Kunstfertigkeit und Geschick realisierbar ist, ob klug und gut oder nicht), oder
- *moralisch* (alles, was *sittlich* geboten ist);

c) seiner Modalität oder Verpflichtungsstärke nach

- *assertorisch* (Ratschläge der Klugheit, die unsere leibliche, seelische und geistige Integrität sichern),
- *problematisch* (Regeln der Geschicklichkeit, deren Klugheit und Sittlichkeit problematisch ist), oder
- *apodiktisch* (Gesetze der Sittlichkeit, die etwas zu tun unbedingt gebieten).¹⁶⁰

Der kategorische Imperativ, Kernstück in Kants Ethik, gelangt in Summe zu fünf verschiedenen Ausführungen, die sich alle in der „Grundlegung zur Metaphysik der Sitten“¹⁶¹ finden¹⁶²:

- „Handle nur nach derjenigen Maxime, durch die du zugleich wollen kannst, dass sie ein allgemeines Gesetz werde.“ (BA 52¹⁶³ = „Grundformel“)
- „Handle so, als ob die Maxime deiner Handlung durch deinen Willen zum allgemeinen Naturgesetz werden solle.“ (BA 52 = „Naturgesetzformel“)
- „Handle so, dass du die Menschheit sowohl in deiner Person, als auch in der Person eines jeden anderen jederzeit zugleich als Zweck, niemals bloß als Mittel brauchest.“ (BA 67 = Menschheitsformel)

¹⁶⁰ HUBER 2010: S 176

¹⁶¹ In der „Akademie-Ausgabe“ der Kantwerke findet sie sich in Band IV.

¹⁶² Kantforscher unterscheiden hierbei noch zwischen Haupt- und Nebenformeln, wobei die jeweiligen Zugehörigkeiten umstritten sind. Für die vorliegende Ausführung ist dies jedoch unerheblich.

Kant selbst hebt lediglich eine Grund- und Hauptformel hervor, die oft als „allgemeine Gesetzesformel“ bezeichnet wird. (Vgl. AGOSTINI 1997: S 41)

¹⁶³ Diese und alle weiteren Stellenangaben beziehen sich auf die „Akademie-Ausgabe“ der Kantwerke.

- „Handle so, dass der Wille durch seine Maxime sich selbst zugleich als allgemein gesetzgebend betrachten könne.“ (BA 76/77 = „Autonomieformel“)
- „Handle so, als ob du durch deine Maxime jederzeit ein gesetzgebendes Glied im allgemeinen Reich der Zwecke wärest.“ (BA 87 = „Reich der Zwecke – Formel“)

Eine nähere Ausführung zu den Unterscheidungsmerkmalen der einzelnen Formeln ist im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht notwendig. Es genügt, in ihnen die immer gleiche moralische Verbindlichkeit zu sehen:

„Die verschiedenen ‘Formeln’ des kategorischen Imperativs (in der *GMS*) bzw. die ihnen entsprechenden Formulierungen in der *Kritik der praktischen Vernunft* drücken manchmal ein ‘S o l l e n’ aus, manchmal ein ‘W o l l e n – k ö n n e n’ und manchmal beides zusammen.

Auch wenn so der Anschein eines tatsächlichen Unterschiedes entstehen mag: es sind doch nur sprachliche Ausdrucksversuche der E i n e n moralischen Verbindlichkeit.“¹⁶⁴

Die fünf oben angeführten, unterschiedlichen Formulierungen stellen, jede für sich, bei genauer Betrachtung eine klare Handlungsanweisung dar. Der Imperativ als solcher beginnt mit einem bedingungslosen „handle...!“ So fordert er uns an erster Stelle dazu auf, überhaupt sittlich zu handeln.

„Nur in zweiter Linie sagt der kategorische Imperativ, worin das sittliche Handeln liegt, nämlich in verallgemeinerungsfähigen Maximen. [...] In seiner kürzesten Form könnte er deshalb heißen: ‘Handle sittlich!’.“¹⁶⁵

Das Regelwerk, auf das sich der kategorische Imperativ bezieht, ist keine beliebige Ansammlung belangloser Gebote, die möglicherweise auch noch moralisch irrelevant sind. Der kategorische Imperativ bezieht sich ausschließlich auf Maximen, unter denen Kant subjektive Grundsätze des Handelns versteht, die eine allgemeine Bestimmung des Willens enthalten und mehrere praktische Regeln unter sich haben. Sie stellen für einen ganzen

¹⁶⁴ REIBENSCHUH 1997: S 261

¹⁶⁵ HÖFFE 2007: S 186

Lebensbereich, etwa für alle Arten von Notsituationen, das leitende Beurteilungsprinzip auf.¹⁶⁶

Was genau unter dem sittlich Guten zu verstehen sei, stellt Kant ohne Umschweife auf den ersten Seiten in der „Grundlegung zur Metaphysik der Sitten“ klar:

„Es ist überall nichts in der Welt, ja überhaupt auch außer derselben zu denken möglich was ohne Einschränkung für gut könnte gehalten werden, als allein ein guter Wille.“¹⁶⁷

Kurz: Ohne Einschränkung gut ist allein ein guter Wille.¹⁶⁸ Dieses uneingeschränkt Gute bezeichnet Kant als Sittlichkeit. Sittlichkeit ist für ihn eine Idee a priori¹⁶⁹, die nicht definiert werden kann, die aber jeder inhaltlich bei seinen Urteilen bestimmen kann.

Moralische Läuterung ist für Kant eine unendliche Aufgabe an sich selbst und dadurch an der Welt, wie Reibenschuh¹⁷⁰ ausführt und weiter festhält:

„Daraus entsteht die Frage, wie die Behauptung des Moralprinzips als *n o t w e n d i g e* Form-Einheit sinnlicher Materie – Begehungen, Neigungen als ‘Inhalt’ bzw. ‘materieller Aspekt’ einer empirisch-realen ‘moralischen’ Handlungsmaxime – einerseits und einer nie zu vollendenden Aufgabe andererseits vereinbar sind; wie also das Erreichen *v o l l k o m-*

¹⁶⁶ Vgl. HÖFFE 2007: S 191

¹⁶⁷ KANT, GMS BA1

¹⁶⁸ Vgl. HÖFFE 2007: S 180

¹⁶⁹ Zum besseren Verständnis des Begriffs „a priori“ dient ein weiterer Ausschnitt aus der „Kritik der reinen Vernunft“:

„Dass alle unsere Erkenntnis mit der Erfahrung anfänge, daran ist gar kein Zweifel; denn wodurch sollte das Erkenntnisvermögen sonst zur Ausübung erweckt werden, geschähe es nicht durch Gegenstände, die unsere Sinne rühren und teils von selbst Vorstellungen bewirken, teils unsere Verstandestätigkeit in Bewegung bringen, diese zu vergleichen, sie zu verknüpfen oder zu trennen und so den rohen Stoff sinnlicher Eindrücke zu einer Erkenntnis der Gegenstände zu verarbeiten, die Erfahrung heißt? *Der Zeit nach* geht also keine Erkenntnis in uns vor der Erfahrung vorher, und mit dieser fängt alle an.

Wenn aber gleich alle unserer Erkenntnis *mit* der Erfahrung anhebt, so entspringt sie doch nicht eben alle *aus* der Erfahrung. Denn es könnte wohl sein, Dass selbst unsere Erfahrungserkenntnis ein Zusammengesetztes aus dem sei, was wir durch Eindrücke empfangen, und dem, was unser eigenes Erkenntnisvermögen (durch sinnliche Eindrücke bloß veranlasst) aus sich selbst hergibt, welchen Zusatz wir von jenem Grundstoff nicht eher unterscheiden, als bis lange Übung uns darauf aufmerksam und zur Absonderung desselben geschickt gemacht hat.

Es ist also wenigstens eine der näheren Untersuchungen noch benötigte und nicht auf den ersten Anschein sogleich abzufertigende Frage: ob es eine dergleichen von der Erfahrung und selbst von allen Eindrücken der Sinne unabhängige Erkenntnis gebe. Man nennt solche Erkenntnisse *a priori* und unterscheidet sie von den empirischen, die ihre Quelle *a posteriori*, nämlich in der Erfahrung haben.“ (KRV B1)

¹⁷⁰ Gernot Reibenschuh (* 24.04.1942 in Graz), emeritierter Professor für Philosophie an der Karl-Franzens Universität Graz

m e n e r moralischer Qualität einerseits als real unerreichbar dargestellt werden kann, wenn es andererseits an jeder einzelnen empirisch-realen Maxime stattfindet, s o f e r n ihre 'Form' m o r a l i s c h (-praktisch) als solche aber n o t w e n d i g ('a priori') synthetische E i n h e i t ist.¹⁷¹

Reibenschuh erkennt angesichts der durch ihn selbst präzisierten Fragestellung, welcher verlockender Trugschluss sich daraus eröffnet, und geht auf ihn ein:

„Die Antwort ist n i c h t im Hinweis zu finden, daß das Sittlich-Gute (als intelligibel) niemals Objekt empirisch-realer Erkenntnis sein bzw. daß die Moralität keiner einzigen empirisch-realen Handlungsmaxime mit Sicherheit ('theoretisch') erkannt werden kann. Denn wollte man damit die (theoretische Denk-)Möglichkeit andeuten, daß diese notwendige synthetische Einheit vielleicht nie realisiert wird, so wäre die Realität reiner p r a k t i s c h e r Vernunft überhaupt in Frage gestellt und es erübrigten sich alle weiteren, gerade i n dieser Realität gegründeten Fragen.

Die Antwort liegt im Begriff des M e n s c h e n als Vernunftwesen unter noumenalem u n d sinnlichem Aspekt [...] in der Beobachtung der s i t t l i c h e n Stufe des Menschen. [...] 'Die sittliche Stufe, worauf der Mensch ... steht, ist A c h t u n g fürs moralische Gesetz. [...]' (KpV V/84).¹⁷²

2.3.1.2 Teleologie am Beispiel des Utilitarismus

Unter den Beispielen konsequentialistischer Ethiken ist der Utilitarismus¹⁷³ (früher: Utilismus) wohl die bedeutendste. Der moderne Utilitarismus lässt sich vor allem auf Mill¹⁷⁴, Sidgwick¹⁷⁵ und Bentham zurückführen, seine Grundzüge sind einfach:

„Nach Mill ist es die Grundvoraussetzung des Utilitarismus schlechthin, dass das moralische Handeln immer das allgemeine Wohl befördert. Erziehung und gesellschaftliche Rahmenbedingungen sollten so beschaffen sein, dass das Streben nach

¹⁷¹ REIBENSCHUH 1997: S 166

¹⁷² REIBENSCHUH 1997: S 166f.

¹⁷³ Lat. utilitas, -atis f: Brauchbarkeit, Tauglichkeit, Nützlichkeit; Nutzen, Vorteil. (HAU 2007: S 957)

¹⁷⁴ John Stuart Mill (* 20.05.1806 in London, † 08.05.1873 in Avignon), englischer Philosoph und Ökonom.

¹⁷⁵ Henry Sidgwick (* 31.05.1838 in Yorkshire, † 28.08.1900 in Cambridge), englischer Moralphilosoph.

dem eigenen Vorteil die Interessen der anderen niemals vergisst, beides sollte vielmehr schon gewohnheitsmäßig miteinander verknüpft und der zentrale menschliche Handlungsantrieb sein. Der Utilitarismus ist damit also die systematische Einlösung der Goldenen Regel, wie sie im Christentum und in allen Kulturen der Welt gelte.¹⁷⁶

Generell zu unterscheiden ist Handlungsutilitarismus von Regelutilitarismus, beide bewerten Handlungen grundsätzlich danach, ob sie im Vergleich zu anderen Handlungsmöglichkeiten die größtmögliche Zahl nichtmoralischer Werte¹⁷⁷ hervorbringen, wobei es jeweils explizit um Maximierung geht!¹⁷⁸

„Handlungsutilitaristen sind der Meinung, man solle [...] herauszufinden suchen, welche der möglichen Handlungen vermutlich das größte Übergewicht von guten gegenüber schlechten Konsequenzen in der Welt herbeiführen wird. Man muß sich fragen: ‘Welche Folgen wird *meine* Ausführung *dieser* Handlung in *dieser* Situation haben?’ und nicht: ‘Welche Folgen wird die *allgemeine* Ausführung *derartiger* Handlungen in *derartigen* Situationen haben?’¹⁷⁹

Mit der letzten Feststellung hat Frankena festgehalten, was die Denkmuster von Handlungs- und Regelutilitaristen voneinander unterscheidet. Handlungsutilitarismus fordert konkrete Handlungen in bestimmten Situationen.

„Anders [...] verlangt der Regelutilitarismus, Regeln stets so zu wählen, daß sie ihrerseits auf das größte allgemeine Wohl ausgerichtet sind. Das heißt, die Frage lautet nicht mehr, welche Handlung am nützlichsten ist, sondern welche Regel. Wenn wir eine Handlung in Betracht ziehen, so sollten wir uns nicht fragen ‘Was werden die Folgen sein, wenn ich in diesem Fall so handle?’, sondern ‘Was wären die Folgen, wenn jeder in derartigen Fällen so handelte?’¹⁸⁰

Der Geltungsbereich von Regeln ist keineswegs so klar definiert, wie man anhand Frankenas Ausführungen erwarten könnte. Die Verpflichtung des Handelnden anderen

¹⁷⁶ HUBER 2010: S 238

¹⁷⁷ Als Beispiele für solche Werte könnten etwa Gesundheit oder Reichtum genannt werden.

¹⁷⁸ Bentham und Mill fordern dies im „Greatest Happiness Principle“. (Vgl. HEPFER 2008: S 157)

¹⁷⁹ FRANKENA 1972: S 55f

¹⁸⁰ Ebd.

gegenüber ist nach klassischer utilitaristischer Sicht nämlich durchaus beschränkt, wie sich bei Mill nachlesen lässt:

„Die Vermehrung des Glücks ist nach der utilitaristischen Ethik der Zweck der Tugend; aber die Gelegenheiten, in denen es – eine unter tausend ausgenommen – in der Macht der einzelnen Person steht, dieses in größerem Umfange zu tun und zu einem öffentlichen Wohltäter zu werden, ergeben sich nur ausnahmsweise; und nur in solchen Fällen hat er die Pflicht, den öffentlichen Nutzen zu berücksichtigen. In allen anderen Fällen braucht er nur auf den privaten Nutzen, das Interesse oder das Glück einiger weniger Personen zu sehen. Allein diejenigen, die durch ihr Handeln auf die Gesellschaft als ganzes Einfluss nehmen können, müssen sich ein so umfassendes Ziel setzen.“¹⁸¹

Generell konkurrieren hinsichtlich des utilitaristischen Geltungsbereichs zwei Grundprinzipien miteinander: Das hedonistische Prinzip besagt, dass das Glück in Form menschlicher Bedürfnisse und Interessen als in sich gut und zugleich als höchster Wert gilt. Dem gegenüber steht das Sozialprinzip, das seinerseits fordert, nicht das Glück einzelner Personen dürfe entscheidend sein, sondern das Wohlergehen aller von der Handlung Betroffenen.

Populäre Einwände gegen den Utilitarismus sind vor allem in der Literatur jüngerer Datums zu finden.¹⁸² Einer davon lautet, dass das Maximierungsprinzip von Glück hochgradig ungerecht sei, und durchaus dazu geeignet ist, beispielsweise jede Form von Rassismus zu rechtfertigen.¹⁸³ Erforderlich dafür sei stets nur eine entsprechende Menge Betroffener, deren Glück dadurch maximiert würde. Noch schwerer wiegt der Vorwurf gegenüber der utilitaristischen Grundthese, das Streben nach Glück sei weder universell noch exklusiv. Dass die Definition des verwendeten Glücksbegriffs selbst in dieser letztlich ungeklärt bleibt, brachte Mill herbe Kritik ein:

„Mill geht auf den Einwand ein, der Utilitarismus sei ‘a doctrine worthy only of swines’: Er definiere das Glück als Zufriedenstellung tierischer Gelüste! Gegen diesen Einwand

¹⁸¹ MILL 1976: S 33

¹⁸² Besonders intensive Auseinandersetzung mit dem Utilitarismus nach Bentham, Mill, Sidgwick und Rawls betrieb nebst anderen der englische Philosoph James O. Urmson (* 04.03.1915 in Hornsea, England), Professor in Oxford.

¹⁸³ Vgl. DWORKIN 1984: S 382

macht er geltend, dass es sowohl Quantitäts- als auch Qualitätsunterschiede des Glücks gibt. Vergnügen bedeutet nicht nur Zufriedenstellung sinnlicher Bedürfnisse, sondern der Mensch hat höhere Möglichkeiten der Lebensentfaltung, die die Grundlage für entsprechend höhere Formen von Vergnügen bilden: die Natur zu studieren, sich mit Kunst und Geschichte zu beschäftigen usw. Wer aber hat die Befugnis zur Entscheidung darüber, was eine höhere Form von Vergnügen ist? Das hat nach Mill derjenige, der die verschiedenen Formen von Vergnügen erlebt hat und die einen höher einschätzt als die anderen.“¹⁸⁴

Sollen ethische Bewertungen weder nach Handlungsprinzipien, noch nach ihren Folgen vorgenommen werden, wie dies bei deontologischen und teleologischen Ethiken der Fall ist, könnten möglicherweise Handlungsdispositionen aufschlussreich sein, die in Form von Charaktereigenschaften oder emotionalen Dispositionen begründet sein können. Dies bildet den Ausgangspunkt der Tugendethik.

2.3.2 Tugendethik

Ein Ethikmodell, das in den letzten Jahrzehnten eine Renaissance erlebt, ist die Tugendethik. Sie stützt sich auf die Idee, dass die Normativität bestimmter Aussagen durch Tugenden begründet wird, die als langfristige Verhaltensdispositionen verstanden werden. Hier wird der Charakter der handelnden Person in die moralische Beurteilung der Handlungen miteinbezogen.¹⁸⁵

Elizabeth Anscombe¹⁸⁶ vertrat seit den 50er-Jahren des 20.Jhdts. die Meinung, Ethik könne betrieben werden, ohne moralphilosophische Pflichten zu formulieren. Und nicht genug damit: Sie meint sogar, man solle gänzlich darauf verzichten. Stattdessen empfiehlt sie, den Begriff „Tugend“ ins Zentrum einer Moraltheorie zu stellen.

¹⁸⁴ ANDERSEN 2000: S 173

¹⁸⁵ Vgl. HEPFER 2008: S 33

¹⁸⁶ Gertrude Elizabeth Margaret Anscombe (* 18.03.1919 in Limerick, Irland, † 05.01.2001 in Cambridge), bekannt als Elizabeth Anscombe, britische Philosophin, Schülerin Wittgensteins, Wiederentdeckerin der Tugendethik.

„Dabei ist erklärungsbedürftig, was eine Tugend und ein moralisch guter Charakter sind, und warum Urteile über Tugenden als grundlegend betrachtet werden sollen.“¹⁸⁷

Eine Tugendethik (engl. „virtue ethics“) im Sinne von Anscombe müsste Fragen stellen wie: „Ist es ungerecht, dieses oder jenes zu tun?“, wodurch auf praktische Fragen klare Antworten gegeben würden, indem der Begriff „ungerecht“ bereits „falsch“ impliziert. Die Vorstellung handlungsdirektiver Prinzipien lehnt sie ab. Mit dieser Konzeption folgt sie Alasdair MacIntyre¹⁸⁸, dessen Monographie „After Virtue“ grundlegend war für eine Renaissance der Tugendethik. Tugendethische Konzeptionen finden sich bereits in der Antike. Damals wie heute galt deren zentrales Interesse der Frage, wie es gelingen kann, einen ethisch guten, also einen tugendhaften Charakter zu erwerben. Als Klassiker der Tugendethik darf Aristoteles bezeichnet werden: dessen Schrift „Nikomachische Ethik“ erläutert ausführlich, weshalb der tugendhafte Charakter nicht nur als Resultat der Anstrengungen und Bemühungen um einen solchen gedacht werden darf, sondern zugleich als Bedingung dafür gesehen werden muss, überhaupt ein gutes Leben zu führen.¹⁸⁹ Tugendethische Modelle der Antike mit solchen der Moderne zu vergleichen ist nur bedingt möglich, da der Begriff der Tugend an sich eine starke Wandlung erfahren hat, und auch die einzelnen Merkmale von Tugenden unterschiedlichen Stellenwert einnehmen.

Darüber hinaus geht die klassische Tugendethik weder von dem guten Leben im Sinne einer individuell einzigartigen Biographie aus, noch von dem Charakter als dem Selbstentwurf autonomer Subjekte. Die Vorstellung des guten Lebens beruht auf einer allgemeinen, sozial geteilten Vorstellung des Guten, und der Charakter ist eine allgemeine und komplexe Disposition zu tugendhaftem Verhalten.¹⁹⁰

¹⁸⁷ RIPPE 1998: S 10

¹⁸⁸ Alasdair MacIntyre (* 12.01.1929 in Glasgow), Professor für Philosophie an der University of Notre Dame, IN, USA.

¹⁸⁹ „[...] das gute Leben, welches bei Aristoteles kein rein individuelles Projekt ist, sondern eine genuin soziale Dimension aufweist, stellt sich ein, wenn ein Lebewesen ein Leben gemäß seinen spezifischen Anlagen und Fähigkeiten führt. Im Falle des Menschen besteht dieses spezifische Ziel unter anderem darin, ein guter Bürger eines guten Gemeinwesens zu sein. Tugenden sind dann solche Verhaltensmuster oder Handlungen, die einem Individuum ermöglichen, dieses Ziel zu erreichen. [...] Da die faktische Erreichung dieses Ziels von weiteren Umständen abhängt, die nicht in der Macht des Handelnden selbst liegen, können der Erwerb und die Ausübung der Tugenden selbst nicht hinreichend dafür sein, auch wirklich ein gutes Leben zu führen.“ (QUANTE 2008: S 138f.)

¹⁹⁰ Vgl. QUANTE 2008: S 139

Eine Tugendethik ist nicht dazu geeignet, einzelne Handlungen moralisch zu bewerten. Vielmehr geht es für den einzelnen darum, die Frage zu beantworten: „Welche Art von Person will oder sollte ich sein?“¹⁹¹

Der große Vorteil der Tugendethik liegt also in ihrer Nähe zu unserer sozialen Lebensgestaltung. Ebenso vorteilhaft bewertet Quante die Folgen des Umstands, dass es stets auch um die Frage geht, welche Handlung zu ihrem Handlungsträger passt, und welche Konsequenzen eine bestimmte Handlung für das weitere Leben mit sich bringt:

„Das Entfremdungsphänomen wird damit genauso vermieden wie das Problem, menschliche Individuen zu ethischem Handeln zu motivieren.“¹⁹²

2.3.3 Principlism („Prinzipienethik“)¹⁹³

Gemäß der Ausgangslage ihrer Überlegungen betonen alle bislang genannten moralphilosophischen Ansätze besondere Aspekte, die wir als unverzichtbare Elemente von Moral und Ethik betrachten. Daraus und aus der unterschiedlichen Betonung dieser Aspekte ergibt sich, dass die unterschiedlichen Ansätze in jeweils unterschiedlichen Bereichen verschiedene Leistungsstärken aufweisen. Kritiker philosophischer Ethik betonen immer wieder, dass es in Bezug auf konkrete Handlungen nicht darum geht, ein bestimmtes Prinzip als allein- und allgemeingültig auszuweisen, sondern darum, verschiedene Prinzipien situationsgerecht zu gewichten.¹⁹⁴

„Philosophische Ethiker sind sich seit jeher durchaus darüber im Klaren gewesen, dass es mit allgemeingültigen Prinzipien nicht getan ist. Es gibt einen Hiatus, eine Kluft zwischen der theoretischen Grundlegung einer Ethik und der Anwendung ihrer Prinzipien in

¹⁹¹ Vgl. HEPFER 2008: S 107

¹⁹² QUANTE 2008: S 140

¹⁹³ Das amerikanische Prinzip des Principlism wird im deutschen Sprachraum immer häufiger mit Prinzipienethik übersetzt. Diese Bezeichnung darf keinesfalls mit der Prinzipienethik nach Kant gleichgesetzt werden. Auf die Probleme, die diese Verwechslungsgefahr in sich birgt, wird am Ende dieses Kapitels näher eingegangen.

¹⁹⁴ Vgl. RINOFNER-KREIDL 2009: S 66

wechselnden Situationen. [...] Entscheidend ist diesbezüglich die moralische Urteilskraft, die in ihrer Funktion nicht durch theoretische Einsichten ersetzbar ist.“¹⁹⁵

Im Bemühen darum, die oben genannte Kluft zu verkleinern und dabei eine Vereinbarkeit verschiedener Ansätze zu erreichen, ohne dabei notwendiger Weise ein letztes, einziges Prinzip zu erreichen, haben zwei Amerikaner ein eigenes Konzept entwickelt:¹⁹⁶ Mit ihrem Werk „Principles of Biomedical Ethics“ gelten die Autoren Beauchamp¹⁹⁷ und Childress¹⁹⁸ heute als Begründer der modernen Prinzipienethik. Ziel ihrer 1979 erstmals erschienenen Publikation war es, einen Ausgangspunkt speziell für die Behandlung moralischer Probleme im Bereich der Biomedizin schaffen. Mit ihren Ausführungen begründeten die beiden Medizinhistoriker den heute gültigen Standardansatz einer medizinischen Ethik in den Vereinigten Staaten von Amerika. Obwohl Beauchamp und Childress ihre Thesen, die derzeit¹⁹⁹ in der sechsten Auflage vorliegen, mehrfach grundlegend verändert haben, bilden nach wie vor vier Grundprinzipien das Fundament ihres Modells:

- Nichtschädigung (nonmaleficence),
- Respektierung von Selbstbestimmung (autonomy),
- Fürsorge/Wohltun (beneficence),
- Gerechtigkeit/Gleichheit (justice).²⁰⁰

Die Reihung dieser Prinzipien erfolgte keinesfalls zufällig: So wird die Vorrangstellung des Grundsatzes „Nichtschädigung“ gegenüber allen anderen Prinzipien von beiden Autoren mehrfach betont. Das Prinzip der Autonomie versteht sich nicht nur als anzuwendendes Kriterium in Fällen von Zwang und Druck, sondern bedeutet darüber hinaus, dass auch jeder Fall von gutmeinendem Paternalismus²⁰¹ für sich begründungsbedürftig ist. Ein wesentlicher Punkt findet sich in der Forderung nach

¹⁹⁵ RINOFNER-KREIDL 2009: S 66

¹⁹⁶ Vgl. BRUCHHAUSEN 2008: S 164f.

¹⁹⁷ Tom L. Beauchamp (* 02.12.1939 in Austin, Texas), Professor für Philosophie am Kennedy Institute of Ethics, Georgetown University, Washington.

¹⁹⁸ James Franklin Childress (*10.04.1940 in Mt. Airey, North Carolina), Professor am Kennedy Institute of Ethics.

¹⁹⁹ Stand: 01.02.2012

²⁰⁰ BIRNBACHER 2003: S 79

²⁰¹ Eine umfassende Definition des Begriffs Paternalismus findet sich bei Audi: „Paternalism, interference with the liberty or autonomy of another person, with justifications referring to the promotion of the person’s good or the prevention of harm to the person. More precisely, P acts paternalistically toward Q if and only if (a) P acts with the intent of averting some harm or promoting some benefit for Q; (b) P acts contrary to (or is indifferent to) the current preferences, desires or values of Q; and (c) P’s act is a limitation on Q’s autonomy or liberty.“ (AUDI 1995: S 564)

Gerechtigkeit und Gleichheit. Letztere bedeutet vor allem für die Medizin eine nicht zu unterschätzende Herausforderung.

Selbstverständlich blieb auch das Konzept von Beauchamp und Childress nicht unwidersprochen: Die fehlende ethische Letztbegründung führte ebenso zu Diskussionen wie der Prinzipienbegriff, der unterschiedliche Betrachtungsweisen erlaubt. Ein oft aufgeworfenes Problem ergibt sich aus der Frage, ob ein Prinzip zugunsten eines anderen missachtet oder in den Hintergrund gestellt werden darf, bzw. ob alle vier genannten Prinzipien in jedem Fall zur Anwendung kommen müssen, und in welchem Verhältnis sie zueinander stehen. Ebenso klärungsbedürftig ist die Frage nach der Interpretation dieser Prinzipien: Wie sind sie inhaltlich auszulegen? Noch grundlegender sind die Überlegungen, die Johannes Fischer, Professor für Theologische Ethik an der Universität Zürich, zu Prinzipien an sich anstellt:

„Die entscheidende Frage ist, was zuerst ist: das Prinzip, das dann vor die Aufgabe stellt, es in Richtung auf konkrete Situationen zu spezifizieren, oder umgekehrt die Anschauung moralischer Signifikanz konkreter Situationen, die dann zu einer Regel oder einem Prinzip generalisiert wird. Wenn Ersteres der Fall sein soll, dann stellt sich die Frage, woher die Prinzipien – etwa die vier medizinethischen Prinzipien von Beauchamp und Childress – genommen werden sollen und woher sie ihre Geltung beziehen.“²⁰²

Die solchermaßen unklar wirkende Ausgangssituation suggeriert die Möglichkeit der Willkür in prinzipienethischen Bewertungen und lieferte so den Nährboden für den Verdacht, dass der Prinzipienethik „der Geruch einer bloß pragmatischen Kompromissethik anhafte, die man von einer eigentlichen – d.h. endgültig – begründeten Ethik unterscheiden muss.“²⁰³

Ein interdisziplinäres Kolloquium, das 2003 in Erlangen abgehalten wurde, ging in seiner Ausgangsfrage sogar noch einen Schritt weiter. Man stellte sich die Frage: „Handelt es sich

²⁰² FISCHER 2010: S 1486

²⁰³ VIETH 2003: S 310

bei der Prinzipienethik²⁰⁴ um eine pragmatistische Minimaethik, oder stellt sie eine philosophisch akzeptable normative Ethik dar?“²⁰⁵.

Gelungen ist aus heutiger Sicht jedenfalls das Vorhaben, einen ethischen Leitfaden zu verfassen, der es Medizinern, sogar wenn sie philosophische Laien sein mögen, erlaubt, praktische Probleme aus ethischer Sicht zu erörtern. Nicht zuletzt deshalb erfreut sich die Prinzipienethik großer Beliebtheit als klinischer Leitfaden, vor allem im US-amerikanischen Raum. So war es möglich, den oftmals als abstrakt empfundenen Begriff der Ethik nicht nur philosophisch zu beleuchten, sondern ihn effektiv in die Medizin zu integrieren.

²⁰⁴ Die Verwendung des Begriffs Prinzipienethik ersetzt, wie eingangs erwähnt, im deutschen Sprachraum immer häufiger die englische Bezeichnung Principlism. Auch hier soll die irreführende Bezeichnung Prinzipienethik keinesfalls zu Verwechslungen mit der Ethik Kants führen.

²⁰⁵ VIETH 2003: S 310

3 Ethik in der Notfallmedizin

Die moralisch relevanten Fragefelder, die im Bereich der Medizin beschreibbar sind, lassen sich unter dem Begriff der Medizinethik zusammenfassen. Diese bezeichnet also kein spezielles Wissensgebiet (und schon gar keine eigene Wissenschaft!), sondern dient lediglich als Oberbegriff für ethische Fragen im Kontext der Medizin. Selbstverständlich sind diese nach kulturellen, ethnischen, sozialen und nationalen Gesichtspunkten voneinander zu unterscheiden, so dass die Idee einer globalen, das heißt überall uneingeschränkt gültigen Medizinethik wohl eine Illusion bleiben muss.

3.1 Grundlagen und Kennzeichen der Medizinethik

Grundsätzlich lässt sich der Bereich der Medizinethik mittels dreier Problemfelder umschreiben, die sich deutlich voneinander unterscheiden lassen. Es sind dies die Bereiche:

- „a.) der *Dualbeziehung* Arzt/Therapeut und Patient, einschließlich der patientenbezogenen Forschung,
- b.) des *Gesundheitswesens* bzw. der Gesundheitsgesetzgebung, einschließlich den Problemen der Krankenversicherung und Berentungen, des Krankenhauswesens sowie unserer Verantwortung gegenüber der sog. dritten Welt, und
- c.) des *Gesundheitsverhaltens* der Bevölkerung, also die Einstellung zum eigenen Körper, zur Hygiene, zum Arzt, zur Krankheit, zu Suchtmitteln, zum Tod; nicht zuletzt die Kenntnis und die Wahrnehmung der sog. Patientenrechte.“²⁰⁶

Wo Medizinethik, oder besser: ethisch bewusste Medizin, betrieben werden soll, ist ein aufrichtiger Dialog zwingend notwendig. Ohne diesen sind ethische Überlegungen nicht realisierbar. Zum Dialog gehört das Arzt-Patienten-Gespräch ebenso wie das Gespräch zwischen Arzt und Angehörigen, Verantwortlichen aus Verwaltung und Gesundheitswesen, Hilfsorganisationen, Regierungen und anderen. Die Beantwortung

²⁰⁶ RITSCHL 2004: S 148f.

ethischer Fragen kann also keine Einzelleistung darstellen, sondern muss im Kollektiv aller Betroffenen erfolgen, um umgesetzt werden zu können.

3.2 Ethische Probleme der institutionellen Notfallmedizin

Jedes medizinische Handeln unterliegt gewissen Anforderungen unterschiedlichster Interessensvertreter: Normativ wirken nicht nur medizinische Kriterien, sondern auch juristische und gesellschaftspolitische, die über sozioökonomische bis zu betriebswirtschaftlichen reichen. Notfallmedizinisches Handeln stellt diesbezüglich keine Ausnahme dar, bedeutet aber im strukturierten Rettungs- und Notarztdienst darüber hinaus Arbeiten unter erschwerten (Umwelt-)Bedingungen.

3.2.1 Wert und Preis

Ebenso wie viele andere Teilbereiche des medizinischen Versorgungssystems werden auch Notarzt- und Rettungsdienste dort nur allzu oft auf ihre buchhalterischen Bilanzen reduziert, wo es im öffentlichen Diskurs um Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens geht.

3.2.1.1 Wert

Finanzorientierte Leistungsbewertungen täuschen an dieser Stelle über das eigentliche Problemfeld hinweg: die Frage nach Verteilungsgerechtigkeit. Unberücksichtigt bleibt oftmals auch der Stellenwert des Rettungsdienstes, der sich mit Geldmitteln nicht ausdrücken lässt: Darauf vertrauen zu können, in Notsituationen Schutz und Hilfe zu erhalten, repräsentiert ein hohes soziales Gut, das sich als Ausdruck der Humanität einer Gesellschaft versteht. Umso bedeutungsvoller ist es, dass alle Entscheidungen und Maßnahmen im rettungsdienstlichen Kontext im Bewusstsein getroffen werden, ethischen Grundsätzen zu entsprechen, die auf dem Grundwerteverständnis der davon betroffenen Gesellschaft basieren. Dieses Bewusstsein ist seitens vieler Verantwortlicher in der Politik,

aber auch in den Rettungsdiensten selbst viel zu wenig ausgeprägt, wie die aktuelle Marktsituation beweist: aus historischen Gründen²⁰⁷ tendiert der öffentlich-rechtliche Auftrag des Rettungs- und Krankentransportdienstes immer stärker zum marktorientierten Geschäftsfeld. Konkurrenzkampf ist die Folge, in dessen Rahmen sich auch immer häufiger Krankentransportunternehmen mit der Bezeichnung Rettungsdienst schmücken, was ihnen oftmals nicht zusteht. Das sich nach außen bietende Bild für die Bevölkerung ist katastrophal: Tiefe Verunsicherung über Zuständigkeiten und fachliche Kompetenzen drohen schwindendes Vertrauen in die Trägerorganisationen und sinkende Akzeptanz der Einsatzkräfte nach sich zu ziehen. Nicht zuletzt deshalb ist es dringend notwendig, auch innerhalb der Rettungsdienste umzudenken: Rettungsdienst ist kein Geschäftsfeld, als das er so gerne bezeichnet wird, sondern ein öffentlicher Auftrag. Demzufolge sind Patienten auch keine Kunden, wie oftmals behauptet wird. Kunden eines Unternehmens haben stets eine Wahlmöglichkeit. Patienten hingegen sind ob ihrer Ausnahmesituation besonders schutzbedürftig und auf Hilfe angewiesen. Die eigentliche Kernaufgabe des Rettungsdiensteanbieters, der Patiententransport, setzt sich also aus zwei unterschiedlichen Bereichen zusammen: Einerseits aus Rettungseinsätzen, die seltener vorkommen, dafür aber oftmals ressourcenintensiv sind, andererseits aus Krankentransporten, die im Sinne der Personenförderung ähnlich betrachtet werden können wie Taxidienste, da es um planbare, vorangekündigte Fahrten geht. Solange der Unterschied zwischen Krankentransport und Rettungsdienst von den wirtschaftlichen Verantwortungsträgern der Rettungsdienst-Organisationen nicht klar nach außen kommuniziert wird, wird sich das Problem der marktwirtschaftlichen Situation für keinen Rettungsdienst lösen.²⁰⁸ Wie schwerwiegend diese Identitätskrise tatsächlich ist, demonstriert ein kleines Gedankenexperiment: Es wäre für die meisten Menschen wohl völlig unvorstellbar, dass neben der allseits bekannten Feuerwehr ein zusätzlicher „Mitbewerber“ den „Markt“ bereichert und seine Dienste anbietet. Neben einer anderen Rufnummer und einem unterschiedlichen Erscheinungsbild würde dieser Mitbewerber sich wesentlich dadurch von der Feuerwehr unterscheiden, dass er nur selektiv Aufgaben des Feuerwehrwesens

²⁰⁷ In den 1950er Jahren wurde seitens der Verantwortlichen verabsäumt, den Rettungsdienst als Einsatzorganisation auf gleiche Stufe zu stellen wie Feuerwehr und Polizei. Daraus resultierend zeigt sich heute eine Wettbewerbssituation am Markt, in der Rettungsdienst, Krankentransportdienst und andere „Geschäftsfelder“ hart umkämpft sind. (s.u.)

²⁰⁸ Konsequenterweise muss in weiterer Folge die gesamte Organisationsstruktur dementsprechend adaptiert werden: Fahrzeuge, Personal und dessen Ausbildung sind dem jeweiligen Aufkommen von Krankentransportaufträgen und Rettungseinsätzen anzupassen. Es ist wirtschaftlich nicht sinnvoll, die gesamte Fahrzeugflotte als RTW zu führen, wenn sich der Großteil des Fahrtenaufkommens aus Krankentransporten ergibt.

übernimmt, und dies nicht rund um die Uhr, sondern nur zu definierten „Geschäftszeiten“. Was hier bereits im Rahmen der bloßen Vorstellung für Unwohlsein sorgt, wird derzeit am Gebiet des Rettungswesens überwiegend schweigend toleriert, obwohl diese Umstände dort längst Realität sind. Ein möglicher Ansatz, dieses Problem zu lösen, wäre neben einer – auch äußerlich wahrnehmbaren - klaren Trennung von Rettungs- und Krankentransport die Übernahme aller rettungsdienstlicher Aufgaben durch behördliche Institutionen. Nur so kann der wahrnehmungssensible Bereich des Rettungsdienstes anhaltend vor marktwirtschaftlichen Einflüssen geschützt werden und seinen Stellenwert für die Bevölkerung behalten. Wie wichtig das ist, beweist das Beispiel des Landes Tirol, das die Durchführung des Rettungsdienstes europaweit ausgeschrieben hat und sich nunmehr mit dem Angebot eines großen dänischen Anbieters konfrontiert sieht.²⁰⁹

Die Interessen der jeweiligen rettungsdienstlichen Trägerorganisation können im Rahmen einer umfassenden ethischen Betrachtung keinesfalls außer Acht gelassen werden. Dass diese Interessen nicht ausschließlich das individuelle Patientenwohl zum Ziel haben können, sondern betriebswirtschaftlich orientiert sein müssen, versteht sich von selbst. Gleiches gilt für den Träger des Notarztdienstes, die Krankenanstalten und die Sozialversicherungsträger. Jedes einzelne dieser Unternehmen folgt seinen unterschiedlichen Aufgaben und hat sich wirtschaftlichen Problemsituationen zu stellen. In vielen Fällen wurde die Notwendigkeit erkannt, Unternehmensziele in Form von Leitbildern oder „Mission Statements“ nach innen und außen zu kommunizieren.

„Jedes Unternehmen steht immer in einem Spannungsfeld bedeutsamer Widersprüche – zwischen Kosten und Service, Tagesgeschäft und Innovation, Förmlichkeit und Zwanglosigkeit, einer ‚Kontroll‘-Orientierung und einer Orientierung auf den ‚Menschen‘ und dergleichen. Wir finden es bemerkenswert, daß die Wertsysteme der exzellenten Unternehmen ziemlich eindeutig für eine Seite dieser scheinbaren Widersprüche Position beziehen. Der Vorwurf, die wirksamen Wertsysteme seien leere Floskeln, ist deshalb völlig ungerechtfertigt.“²¹⁰

²⁰⁹ Stand: 15.04.2011

²¹⁰ PETERS 2000: S 327f.

Peters verglich über lange Zeiträume hinweg die Unternehmensstrategien marktführender Konzerne und stellte fest, dass der gemeinsame Nenner der Firmenideologie durchaus klein gehalten ist:

„Der spezifische Gehalt der Grundüberzeugungen bei den Spitzenunternehmen ist eng gefaßt und beschränkt sich auf einige wenige Grundwerte:

- Die Überzeugung, die 'Besten' zu sein.
- Die Überzeugung, daß die Details der Durchführung – das 'Handwerkliche' - wichtig sind.
- Die Überzeugung, daß der einzelne zählt.
- Die Überzeugung, daß Qualität und Service Spitzenniveau haben müssen.
- Die Überzeugung, daß die meisten Mitarbeiter innovativ sein sollten und daß Mißerfolge daher ihre Berechtigung haben.
- Die Überzeugung, daß Zwanglosigkeit die Kommunikation fördert.
- Die ausdrückliche Überzeugung, daß wirtschaftliches Wachstum und Gewinne wichtig sind.²¹¹

Die Wertvorstellungen und -vorgaben der Unternehmen und Organisationen die mit dem Notarzdienst assoziiert sind, unterscheiden sich zwar in vielen Belangen voneinander, dennoch lassen sich Gemeinsamkeiten finden, wie etwa das zentrale Element des Unternehmensinteresses: Den Menschen. Diejenigen, die für eine (Hilfs-)Organisation tätig sind, freiwillig oder hauptberuflich, haben sich dem Unternehmensleitbild ebenso unterzuordnen wie Angestellte eines Betriebes, um solchermaßen gemeinschaftlich das Unternehmensziel zu verfolgen. Das Erstellen, Umsetzen und Kommunizieren eines Leitbildes allein genügt noch nicht, um von Unternehmensethik sprechen zu können. Das wirtschaftliche Interesse eines Betriebes muss nach dem publizierten Leitbild ausgerichtet sein, die gewählten Mittel zur betrieblichen Umsetzung müssen mit diesem in Einklang gebracht werden, und zuletzt muss glaubhaft gemacht werden, dass Profit und Moral in ausgewogenem Verhältnis zueinander in Einklang gebracht werden.

„Unternehmensethik ist die ziemlich schwierige Kunst, Ökonomie und Moral in der Entscheidung des Unternehmens so zu balancieren, dass man das, was man moralisch wollen soll, auch ökonomisch wollen kann und umgekehrt.“²¹²

²¹¹ Ebd.

3.2.1.2 Preis

Speziell Hilfsorganisationen finden selten klare Worte zu Finanzfragen. Das liegt einerseits an der rechtlichen Struktur der Vereine, die per Gesetz nicht gewinnorientiert ausgerichtet sein dürfen, andererseits an der Angst vor „Sanktionen“ für allzu öffentlich formulierte Äußerungen, d.h. Kürzungen der Finanzmittel seitens der Politik. Öffentliche Subventionen stellen für viele Vereine und Organisationen eine wesentliche Wirtschaftsgrundlage dar. Allzu oft wird dabei das Abhängigkeitsverhältnis ignoriert, in das sich die unterstützten Vereine dadurch begeben. Das Rote Kreuz ist durch die Stadt Graz mit der Durchführung des Rettungsdienstes beauftragt und bezieht somit als Dienstleister Finanzmittel für diese Tätigkeit. Hinsichtlich deren Höhe und anderer Finanzdaten hält man sich jedoch bedeckt:

„Ausgenommen der Zahlen die dem Leistungsbericht entnommen werden können und jenen die bei der Bezirksversammlung präsentiert werden, werden vom RK prinzipiell keine Zahlen und Kennzahlen und Deckungsgrade kommuniziert.“²¹³

3.2.2 Kosten und Einsparungen

Insbesondere die Knappheit finanzieller Ressourcen führt immer wieder zu Unstimmigkeiten zwischen Rettungsdiensten und Krankenkassen. Wird die Kostenübernahme für Patiententransporte seitens der Krankenkasse verweigert, erhält der Patient eine Rechnung vom Rettungsdienst. Nur selten wird dies folgerichtig von Patienten als ein Problem zwischen ihm und seinem Versicherungsträger erkannt. Vielmehr richtet sich der Unmut gegen den Absender der Zahlungsaufforderung. Gründe für die Nichtübernahme von Kosten sind seitens der Krankenkassen meistens unter „nicht gegebene Notwendigkeit“ subsumiert. Bemerkenswert hierbei ist der Umstand, dass über selbige seitens des Versicherungsträgers nachträglich geurteilt wird, ausschlaggebend in erster Linie die endgültige Diagnose des Patienten ist, und einsatzrelevante Kriterien wie etwa die Gehfähigkeit des Patienten kaum Beachtung finden.

²¹² WIELAND 1999: S 45

²¹³ Zitiert nach E-Mail Auskunft durch Bezirksgeschäftsführer Michael Moser, ÖRK Graz, vom 19.04.2011, 09.30 Uhr.

3.2.2.1 Kosten

Kosten spielen in jedem Rettungs- und Notarztdienst eine zentrale Rolle. Neben der Rückvergütung durch die Krankenkassen (also die Einnahmenseite) stellen steigende Kosten im Rahmen der Patientenversorgung (die Ausgabenseite) seit Jahren ein wachsendes Problem im Rettungsdienst dar. Besonders exemplarisch hierfür sind Maßnahmen der cardiopulmonalen Reanimation (CPR):

„Volkswirtschaftlich betrachtet, stellt die CPR ein Verfahren zweifelhafter Effizienz dar. Zwar können bei Restitutio ad integrum nicht nur die Gesundheit, sondern auch die Arbeitskraft des Betroffenen erhalten werden. Aber vermutlich überwiegen die Vorhaltekosten und die Folgekosten für Patienten mit neurologischen Defiziten die Leistungen der Genesenen. Der ideelle und finanzielle Gesamtaufwand für die CPR läßt sich nur im Sinne einer sozialen Dienstleistung für die Gesundheitsfür- und -vorsorge rechtfertigen, nicht im Sinne einer kapitalistisch orientierten Volkswirtschaft.“²¹⁴

3.2.2.2 Einsparungen

Selbstverständlich darf man nicht den Fehler begehen, die präklinischen Behandlungskosten isoliert zu bewerten. In vielen Fällen entscheidet die Akuttherapie vor Ort über den weiteren Verlauf der Patiententherapie, einschließlich der Notwendigkeiten bestimmter weiterführender Maßnahmen. Das bedeutet vereinfacht, dass durch forcierte notärztliche Versorgung die folgenden Behandlungskosten für Patienten unter bestimmten Umständen gesenkt werden können. Einsparungen selektiver Versorgungsmaßnahmen aus Kostengründen laufen also Gefahr, genau das Gegenteil des erwünschten Effekts zu bewirken:

„Die Notfallmedizin insgesamt unter einen falsch verstandenen Einsparungsdruck zu setzen, heißt, betriebs- und volkswirtschaftliche Zielvorgaben zu vermengen, und zwar zum Schaden einzelner Patienten und zu Lasten der Versichertengemeinschaft. In bestimmten Notfallsituationen sind bereits präklinisch umfangreiche Therapiemaßnahmen unumgänglich, um Verlauf und Prognose günstig zu beeinflussen, beispielsweise bei

²¹⁴ MICHALSEN 1998: S 9

Myokardinfarkt, Herzkreislaufstillstand, Schädelhirn-, Thorax-, Abdominal- oder Polytrauma und allen Schockformen. Eine zögerliche 'Spar-Therapie' wird hier im wahrsten Sinne fatal sein – also unethisch.²¹⁵

Spartherapien sind, wie Michalsen schreibt, sicher kein problemorientierter Lösungsansatz. Es geht aber nicht darum, die Notfallmedizin ihrer Finanzmittel zu berauben, sondern um die Vertiefung eines interdisziplinären Dialogs über verfügbare Mittel und deren Verteilung. Dass notfallmedizinische Maßnahmen, auch wenn sie elaboriert, teuer und auf technischem Höchststand sind, nicht zwangsläufig ihrem Ziel, dem Patientenwohl, dienen, darf an dieser Stelle nicht unerwähnt bleiben:

„Der Notfallpatient gilt bis heute als 'sakrosankt' mit der Konsequenz, dass grundsätzlich alles Erdenkliche für ihn zu tun ist – zumindest bis zu seiner Aufnahme in die Klinik. Kaum jemand wagt es, irgendeine Maßnahme zu unterlassen oder eine niedrigere Versorgungskategorie (diese sind ohnehin limitiert) auszuwählen, nur unter dem Aspekt, Geld einsparen zu wollen. Dabei bleibt andererseits oft die Humanität gegenüber dem Notfallpatienten auf der Strecke. Ungeachtet seines Alters, seiner Lebensprognose – z.B. auf der Basis einer konsumierenden Erkrankung – wird die Frage nach dem Sinn der Maßnahmen häufig außer Acht gelassen. So wird oft genug ein Behandlungsergebnis erzielt, das in Form einer bleibenden Hirnschädigung, eines permanenten Komas oder einer Verschlimmerung des Leidens imponiert. Daraus resultiert die Spannung, zu viel oder zu wenig für den Patienten in der Notfallsituation bzw. für seine Rettung getan zu haben. Hinzu kommen Befürchtungen vor rechtlichen Konsequenzen.“²¹⁶

3.2.3 Aufgaben und Indikationen

Das Aufgabengebiet der Notfallmedizin bzw. des Notarztwesens strukturell und medizinisch klar zu umreißen, es in weiterer Folge abzugrenzen und klarzustellen, dass bestimmte Tätigkeiten definitiv nicht zum notärztlichen Aufgabengebiet zu zählen sind, ist aus heutiger Sicht als eines der größten Versäumnisse der Gesundheitspolitik vergangener

²¹⁵ MICHALSEN 1998: S 10

²¹⁶ REITER-THEIL 2007: S 165

Jahre zu betrachten. In Zeiten, in denen medizinische Grundversorgung innerhalb ihrer Lebensregion für viele Österreicher nicht mehr selbstverständlich ist, werden Notärzte immer öfter mit Einsätzen konfrontiert, die weniger ihrem eigentlichen Tätigkeitsprofil entsprechen, als mehr jenem der so genannten Hausärzte. Deutlich wird dies vor allem in ländlichen Regionen, wenn allgemeinmedizinische Praxen nicht mehr nachbesetzt werden. Der so entstandene ärztliche Versorgungsmangel muss oft vom jeweils zuständigen Notarzt kompensiert werden, wodurch dieser in seiner Verfügbarkeit eingeschränkt wird. Für vital bedrohte Patienten kann es durchaus fatale Folgen mit sich bringen, wenn der einzige Notarzt der Region weit entfernt mit einer anderen Patientenversorgung beschäftigt ist. Die steigende Anzahl der Gesamteinsätze durch Kompensationsleistungen (wie oben erwähnt) führt klarerweise auch zu einer höheren Wahrscheinlichkeit solcher Ereignisse.

Wer aber kann letztlich darüber entscheiden, ob und ab wann ein Notarzteinsatz medizinisch gerechtfertigt ist? Finanztechnisch erfolgt die Beurteilung der Einsatzindikation durch die Ärzte der Krankenkassen. Diese richten sich nach den Einsatzprotokollen der Notärzte, die durch entsprechende Dokumentation auf ihren Einsatzberichten selbst festhalten, ob der Einsatz gerechtfertigt war. Diese Dokumentation spiegelt ausschließlich die Lage am Einsatzort wider. Das Zustandsbild des Patienten, das sich nach umfassender Untersuchung im Krankenhaus bietet, bleibt hier unberücksichtigt.

Standardisierte Rückmeldungssysteme der Krankenanstalten, die dem Notarzt- bzw. Rettungsteam fundiertes fachliches Feedback hinsichtlich der Verdachts- oder Arbeitsdiagnose geben, existieren nicht. Ebenso wenig besteht ein institutionalisiertes, geschweige denn verpflichtendes, System zur gemeinsamen Einsatznachbesprechung von Notarzt- und Rettungsteams. Somit bleibt der Eindruck über Notwendigkeit oder Unnotwendigkeit eines Einsatzes in erster Linie ein Resultat subjektiver Gesichtspunkte und Wahrnehmungen.

Die medizinische Notwendigkeit eines Notarzteinsatzes wird aus einer Skala interpretiert, die sich international etablieren konnte: Das NACA-Schema, benannt nach der Organisation, die es entwickelt hat (National Advisory Committee for Aeronautics), erlaubt eine Einteilung der Schwere von Verletzungen und Erkrankungen in sieben Kategorien. Ziel dieses einfach handzuhabenden Schemas ist es, eine grobe Information über den Behandlungsaufwand eines Patienten zu erlangen, Verlässlichkeit und Validität

lassen jedoch zu wünschen übrig.²¹⁷ Trotzdem gilt die NACA-Einstufung eines Patienten unter Ärzten als klassische Indikations-Information²¹⁸, was mittlerweile auch auf die Abrechnung mit Krankenkassen übergegriffen hat. Bestimmte Leistungen werden seitens der Sozialversicherungsträger erst ab einer bestimmten NACA-Stufe übernommen. Wie wenig objektivierbar eine NACA-Einstufung ist, lässt die NACA-Tabelle selbst schon erahnen:

Tabelle 3: NACA-Schema

| Schweregrad | Verletzung/Erkrankung und Therapie |
|--------------------|--|
| I | Geringfügig, keine akute ärztliche Therapie |
| II | Mäßig schwer, ambulante Abklärung |
| III | Schwer, jedoch nicht bedrohlich, stationäre Behandlung |
| IV | Schwer, ohne unmittelbare Lebensgefahr, aber kurzfristige Entwicklung einer Vitalgefährdung nicht auszuschließen |
| V | Akute Vitalgefährdung, Transport in Reanimationsbereitschaft |
| VI | Zustand nach Wiederherstellung der Vitalfunktionen oder erfolgreicher Reanimation |
| VII | Todesfolge am Einsatzort oder auf dem Transport |

Als zentraler Bestandteil des Einsatzprotokolls für Notarztmittel bildet die NACA-Klassifizierung eines Patienten sehr häufig die Grundlage für dessen medizinische Versorgung. Die gesetzten Maßnahmen müssen protokolliert werden, die Einsatzdokumentation muss vom Betreiber des Notarztstützpunktes 10 Jahre aufgehoben werden und ist dem Patienten, gegebenenfalls auch dazu befugten Angehörigen, auf Wunsch in Kopie auszuhändigen²¹⁹. Steiermarkweit kommt dafür ein Standardprotokoll zum Einsatz, das mit mehreren Durchschlägen versehen ist. Rein elektronische

²¹⁷ Vgl. HEMPELMANN 1999: S 36

²¹⁸ Auch das Österreichische Rote Kreuz weist in seiner aktuellen Ausbildungsunterlage für Rettungssanitäter darauf hin: „Ab NACA IV ist eine Alarmierung eines Notarztmittels angezeigt.“ (ÖRK 2011: E2)

²¹⁹ Dasselbe gilt für jeden Rettungs- und Krankentransport: Pro Einsatz ist ein Protokoll zu verfassen, das vom sogenannten Transportführer (d.i. der für die Patientenversorgung hauptverantwortliche Sanitäter) zu unterfertigen ist und anschließend archiviert wird. Da dieses im Falle juridischer Folgen als wichtiges Beweismittel dient, kann der Stellenwert gründlicher Dokumentation von Rettungseinsätzen gar nicht hoch genug eingeschätzt werden.

Dokumentationsvarianten wurden zwar bereits getestet, konnten sich aber bislang nicht ausreichend bewähren.

Ärztlicherseits besteht also die Verpflichtung zur Dokumentation über gesetzte Maßnahmen (die Aufzeichnung unterlassener Maßnahmen empfiehlt sich selbstverständlich!), dies geschieht aber bislang in erster Linie aus medizinisch-rechtlichen Gründen. Nicht nur aufgrund des langen Zeitraums möglicher Einsichtnahme durch Patienten und Angehörige wäre es jedoch angebracht, den Fokus der Betrachtung ein wenig zu erweitern: Immer wieder erleben Kinder die Reanimation eines Elternteils mit negativem Ausgang mit. Jahre später kann in den Hinterbliebenen der Wunsch danach aufkeimen, sich mit dem schicksalhaften Ereignis sachlich auseinanderzusetzen und die Umstände des Todes von Vater oder Mutter zu hinterfragen. Durch die Einsichtnahme in das Einsatzprotokoll werden Antworten auf Fragen erwartet, die für den Angehörigen offen geblieben sind. Einsatzprotokolle zeigen meistens die gesetzten ärztlichen Maßnahmen anhand eines zeitlichen Verlaufs, dazu die Entwicklung der Vitalparameter (Blutdruck, Herzfrequenz, Sauerstoffsättigung des Blutes, ggf. Blutzucker, etc.), sie enthalten aber selten erklärende Begründungen für bestimmte Entscheidungen wie beispielsweise Reanimationsabbrüche. Noch einmal sei an dieser Stelle auf die Unterscheidung zwischen Recht und Moral hingewiesen: zweifelsfrei ist die standardisierte Vorgangsweise der Medizin rechtlich absolut korrekt. Aus moralischer Perspektive wäre es aber wünschenswert, Einsatzdokumentationen patientengerechter zu verfassen, das heißt, den Informationsgehalt um jene Bereiche zu erweitern, die über rein medizinische Faktensammlung hinausgehen und Entscheidungsbegründungen beinhalten, wo sie von weitreichender Konsequenz sind.

3.3 Ethische Aspekte der angewandten Notfallmedizin

Wie bereits ausführlich dargelegt, überschreitet notärztliche Tätigkeit bei weitem die Grenzen bloßer Patientenversorgung und -betreuung. Gemäß ihrer Ausbildung und der gesetzlichen Rahmenbedingungen sind Notärzte auch für die Organisation medizinischer Versorgung in Großschadens- und Katastrophenfällen zuständig (s.v.); Weiters sind sie in die Forschung involviert, meist im Rahmen von groß angelegten Multicenter-Studien. Der

notärztliche Tätigkeitsbereich darf dennoch nicht als alleiniges Aufgabengebiet der jeweiligen Mediziner betrachtet werden: jeder klinische Notarzt hat neben seiner präklinischen Tätigkeit auch noch seinen klinischen Aufgaben nachzukommen. Jene Notärzte, die an Universitätskliniken arbeiten, sind darüber hinaus oftmals zusätzlich in die universitäre Lehre eingebunden. Auch Forschungsleistungen sind zu erbringen. Diese Fülle an Tätigkeiten, die Anforderungen körperlicher und geistiger Natur, die wachsende Belastung der Fortbildungsverpflichtung, aber auch die zunehmende medizinisch-fachliche Spezialisierung lassen immer wieder Stimmen laut werden, die die Einführung eines eigenen Fachs „Notfallmedizin“ fordern. Neben dem Problem der Finanzierung stellt hier unter anderem die Frage der praktischen Trainingsmöglichkeiten invasiver Maßnahmen ein ungelöstes Problem dar. Selbst notfallmedizinische Standardmaßnahmen wie die endotracheale Intubation gestalten sich präklinisch deutlich anders als unter klinischen Bedingungen. Umso wichtiger ist es für Mediziner, invasive Maßnahmen so oft wie möglich unter Optimalbedingungen zu setzen: Geplanter Maßen, an vorbereiteten Krankenhaus-Patienten. Routinierte Kliniker können ihre Erfahrung dann vor allem in jenen präklinischen Situationen ausspielen, in denen die Arbeitsbedingungen es erfordern von Routinetechniken abzuweichen. Dazu ist jedoch ein Höchstmaß an klinischem Training notwendig.

Im Rahmen von Rettungs- und Notarzteinsätzen kommt es immer wieder zu schwierigen Herausforderungen: Der Kampf um Leben und Gesundheit des Patienten ist oftmals ein Wettlauf gegen die Zeit. Witterung, Uhrzeit, räumliche Verhältnisse, Geographie und viele andere Komponenten können in diesem Wettlauf Stolpersteine darstellen. Kein Einsatz gleicht dem anderen, keine Situation ist wiederholbar.

Unter diesem Aspekt ist klar, dass sich immer wieder ethische Fragen in der Notfallmedizin aufwerfen. Um einen besseren Überblick über diese zu gewinnen und im Sinne einer systematischen Betrachtung sollen die notärztlichen Handlungsbereiche im Folgenden in drei Kategorien geteilt werden:

- Individualmedizinische Patientenversorgung,
- Patientenversorgung im Großschadens-/Katastrophenfall,
- Forschung.

In der weiteren Betrachtung des notärztlichen Tätigkeitsfeldes soll nicht geurteilt, verurteilt oder pauschaliert werden. Es geht ausschließlich darum, Fallstricke und Irrwege

aufzuzeigen, die für alle Systeminvolverten, vor allem aber für Ärzte und Patienten unangenehme Folgen mit sich bringen können. Weiters sollen Fragen dort aufgeworfen werden, wo sie bislang in der Annahme unterblieben, es herrsche ohnedies Klarheit. Umso wichtiger ist daher ein ausgeprägtes Reflexionsvermögen aller, die im Rettungs- oder Notarzteinsatz tätig sind. Die hier geforderte Selbstreflexion dient letztlich dem Patienten, indem immer wieder hinterfragt werden muss, ob die Interessen desselben bestmöglich gewahrt wurden. Zu diesem Zweck hat es sich in der Notfallmedizin etabliert, so genannte Fallberichte zu besonderen Einsätzen zu verfassen, im Rahmen einer Präsentation vor Kollegen den geschilderten Fall vorzustellen und ihn im Anschluss daran zu diskutieren.

3.3.1 Ethische Aspekte der individualmedizinischen Versorgung

Im Rahmen von medizinischen Fallberichten soll vorhandenes Verbesserungspotential in der umfassenden Patientenversorgung aufgezeigt werden. Ziel und Zweck eines Fallberichtes ist stets die Optimierung derselben, wobei das Instrumentarium des Fallberichtes auch dazu beitragen kann, strukturelle Mängel aufzuzeigen, die dann durch Änderungen im Prozessmanagement behoben werden können. Niemals dürfen durch Fallberichte die Protagonisten bloßgestellt, angeklagt oder in schlechtes Licht gerückt werden. Der Diskurs hat die akademische Ebene niemals zu verlassen und darf keinesfalls persönlich werden. Auch in der hier vorliegenden Arbeit sollen die vorgestellten Fälle keinem anderen Zweck dienen als der Optimierung notfallmedizinischer Tätigkeiten. Alle Fälle haben in der dargestellten Form stattgefunden, liegen protokolliert auf und wurden für diese Arbeit anonymisiert. Genaues Datum, Ortsangabe und Patientendaten wurden generell weggelassen.

Jeder der folgenden Fallberichte besteht aus klar voneinander getrennten Komponenten. Eine Beschreibung der Situation – soweit sie hier von Belang ist – dient der Darstellung relevanter Verhältnisse. Im Anschluss daran folgt eine kritische Auseinandersetzung mit den moralischen Komponenten der Geschehnisse. In der abschließenden Konklusion sollen die ethischen Spezifika des Falles noch einmal akzentuiert dargestellt werden.

3.3.1.1 Fallbericht 1

Deskription

Ein RTW fährt vormittags an einem Feiertag einsatzmäßig²²⁰ zu einem Notfallort mit der Meldung „nicht ansprechbare Person“. Zeitgleich trifft er dort mit dem Notarzt ein, der von der Leitstelle mitentsendet wurde. Vor Ort präsentiert sich dem Rettungsteam eine etwa 30-jährige Patientin, aus Sicht der Sanitäter befindet sich diese in mäßig alkoholisiertem Zustand, wach und ansprechbar.

Den Grund für die Rettungsalarmierung kann vor Ort ein junger Mann liefern: Da es sich beim Einsatzort um ein Wohnheim für Flüchtlinge handelt, müssen die geltenden Hausregeln besonders genau befolgt werden. Diese untersagen Alkohol, und er sei in seiner Funktion als Journalist für deren Einhaltung verantwortlich. Er sein auf sich allein gestellt, außerdem „nur“ Zivildienstler und somit könne und wolle er nicht gegen bestehende Vorschriften agieren.

Ein Gesprächsversuch mit der Patientin lässt diese agitiert erscheinen, dennoch ist offensichtlich, dass sie gesprächsbereit ist, und dass die von einer der Rettungssanitäterinnen angewandten „calming-down“-Strategien erfolgreich sind. Offen gibt sie zu eine kleine Flasche Likör (0,25l) getrunken zu haben, ins Krankenhaus möchte sie keinesfalls.

Der Notarzt beginnt ungeduldig zu werden, was der Patientin nicht verborgen bleibt. Mehrfach äußert sie klar und unmissverständlich ihren Wunsch: „No needles, no drugs.“ Unbeeindruckt davon lässt sich der Notarzt von seinem Fahrer die Utensilien für einen venösen Zugang vorbereiten und verlangt nach einem Sedativum (Midazolam). Ohne weitere Erklärung fixiert der Notarzt den Arm der Patientin und legt ihr eine Leitung (auf Desinfektion der Einstichstelle muss er aufgrund der massiven Gegenwehr seitens der Patientin verzichten). Anstelle einer Spülung mit NaCl²²¹ verabreicht er der Patientin initial einen Teil des Midazolams. Diese stammelt noch einmal „no drugs“, was vom Arzt auch quittiert wird: „Jo, jo, passt scho´...“. Die Sanitäter werden in weiterer Folge von ihm angewiesen, die Patientin ins Fahrzeug zu bringen. Der anschließende Transport der Patientin in eine psychiatrische Klinik wird von ihm begleitet. Die Einweisungsdiagnose

²²⁰ Das bedeutet unter Verwendung der Sondersignale Blaulicht und Folgetonhorn.

²²¹ Natriumchlorid wird als physiologische Kochsalzlösung zum Spülen venöser Zugänge verwendet.

lautet „psychische Agitation, Alkoholabusus“. Während des Transports erklärt der Arzt dem RTW-Team, „die“ [gemeint ist die Patientin, Anm.] kenne er schon, da dürfe man sich auf nichts einlassen, die seien alle gleich. Kurz vor Erreichen der Zielklinik wird die Patientin vom Notarzt nachsediert.

Die Übergabe im Krankenhaus erfolgt durch den Notarzt, dessen knappe Darstellung des Falls dazu ausreicht, die Patientin auf einer geschlossenen Station aufzunehmen.

Moralische Bewertung

Aus Sicht des RTW-Teams:

Das Einsatzstichwort „nicht ansprechbar“ bedeutet für jeden Sanitäter höchste Anspannung, da sich dahinter schlichtweg alles verbergen kann, was das notfallmedizinische Spektrum zu bieten hat. Umso größer ist dann die Erleichterung vor Ort, wenn man einen Patienten vorfindet, der kommunikationsfähig ist. Die Handlungsautonomie des RTW-Teams war von Anfang an nicht gegeben, da der Notarzt als übergeordnete Instanz auf seiner Weisungsbefugnis bestand, subtile Versuche einer Rettungssanitäterin, die Patientenversorgung in eine andere Richtung zu lenken, blieben erfolglos. Sich dem Arzt in dieser Situation zu widersetzen, hätte unweigerlich zur Eskalation geführt, was der Patientin nicht genutzt hätte. So konnte also nur versucht werden, den Arzt bestmöglich von der Patientin abzulenken, und sie zumindest korrekt und schonend zu lagern. Von einer offiziellen Beschwerde über den Arzt wurde seitens der RTW-Mannschaft letztlich abgesehen, um die hauptverantwortliche Rettungssanitäterin zu schützen: Diese wurde einige Wochen zuvor zur Dr.med.univ. promoviert und bewarb sich gerade beim Chef des Notarztes um eine Ausbildungsstelle.

Aus Sicht des Notarztes:

Aus notfallmedizinischer Sicht gab es keinerlei Handlungsnotwendigkeit für den Notarzt. Schon beim Eintreffen hätte er aufgrund des Bewusstseins- und Allgemeinzustands der Patientin den Einsatz beenden können. Dennoch beschloss er zu handeln: Die Patientin wurde widerrechtlich fixiert, gegen ihren dezidierten Willen punktiert und ebenso gegen ihren Willen sediert, was jeder Grundlage ärztlichen Handelns widerspricht. Darüber hinaus wurde sie mit einer fragwürdigen Einweisungsdiagnose (wiederum gegen ihren

Willen) ins Krankenhaus gebracht. Wäre in diesem Fall wirklich eine Form der Fremd- oder Eigengefährdung vorgelegen, hätte über die Exekutive der Polizeiarzt eine Einweisung nach §8 des Unterbringungsgesetzes vornehmen müssen. Niemals dürfen Patienten sonst gegen ihren Willen behandelt und transportiert werden. Dem Notarzt muss dies bekannt sein, über die moralische Motivation seiner Handlungen kann an dieser Stelle nur spekuliert werden. Näheres Nachfragen ergab, dass sich Vorfälle solcher Art beim betreffenden Arzt häufen, insbesondere bei Migranten. Die Patientin war Schwarzafrikanerin.

Aus Sicht der Patientin:

Die junge Schwarzafrikanerin hatte, wie sie zugab, Alkohol zu sich genommen, war aber psychisch nicht auffällig und organisch gesund. Somit ergab sich für sie keine Notwendigkeit eines Rettungseinsatzes und schon gar nicht eines Spitalsaufenthalts. Das massierte Auftreten uniformierter Einsatzkräfte verängstigte sie, was sich durch ihre Herkunft erklären lässt, da in ihrem Heimatland Uniformen keinesfalls mit positiver Gesinnung assoziiert werden. Weiters war sie der deutschen Sprache gar nicht, der englischen nur mäßig mächtig und somit kommunikativ deutlich eingeschränkt. Kurz zusammengefasst wurde die Autonomie der Patientin völlig ignoriert, die an ihr gesetzten Maßnahmen erscheinen sowohl unter medizinischen als auch unter moralischen Gesichtspunkten ungerechtfertigt.

Aus Sicht des Rettungs-/Notarzdienstbetreibers:

Weder den vereinsethischen Anforderungen noch dem internen Leitbild der Organisation wird in diesem Fall entsprochen. Ideologisch wurden also die Interessen der Rettungsorganisation keinesfalls verfolgt. Wirtschaftlich wurde durch das Handeln des Arztes erreicht, dass für seinen Einsatz die Notarztepauschale verrechnet werden konnte, die andernfalls nicht fällig geworden wäre. Stattdessen hätte der unnötige Notarzteinsatz Kosten in Form von Fahrzeugbetrieb und Arbeitszeit verursacht, die Krankenkasse wäre leistungsfrei geblieben.

Aus Sicht des Heim-Betreuers:

Der diensthabende Zivildienstler wollte in erster Linie seinem „Arbeitgeber“, dem Heimbetreiber gerecht werden. Alkohol darf in solchen Unterkünften nicht konsumiert werden, somit musste er die Migrantin, die dagegen verstoßen hatte, vorschriftsgemäß des

Hauses verweisen. Aufgrund ihres Alkoholkonsums erschien es ihm jedoch zu riskant, sie auf die Straße zu schicken. Trotzdem ging es dem Zivildienstleistenden in erster Linie darum, keinerlei Verantwortung übernehmen zu müssen. Hier liegt ein Problem vor, das es eigentlich gar nicht geben dürfte, da es Zivildienstleistenden per Gesetz untersagt ist, eigenverantwortliche Tätigkeiten auszuüben. Der junge Mann hätte also zumindest die Kontaktmöglichkeit zu einem Vorgesetzten haben müssen. Diese war – weshalb auch immer – nicht gegeben.

Aus Sicht des Heimbetreibers:

Der Heimbetreiber, eine Non-Profit Organisation, ist seit Jahrzehnten auf dem Gebiet der Flüchtlingsbetreuung etabliert. Ein eindeutiges Mission-Statement legt die Grundlagen der Organisation dar, denen im vorliegenden Fall keinesfalls entsprochen wurde. Von erfahrenen Heimbetreuern kann man immer wieder hören, wie wichtig klare Regeln gerade in solchen sozialen Verbänden sind. Dies erklärt die Bedeutung des Alkoholverbotes. Hier hätte jedoch weiter gedacht werden müssen und ein Konzept für Übertretungsfälle ausgearbeitet werden müssen. Alkoholisierte stellen ein generelles Problem im Gesundheitswesen dar, sofern zwar (noch) keine Gesundheitsgefährdung vorliegt, das Einsichts- und Urteilsvermögen (und damit auch die Reversfähigkeit) aber nicht mehr gegeben ist. Krankenhäuser sind die einzige Institution, in denen Alkoholisierten Ausnüchterung unter medizinisch kontrollierten Bedingungen möglich ist. Die knappen Ressourcen der Spitäler hinsichtlich Personal und Bettenzahl erlauben solchen Luxus aber kaum.

Aus Sicht der Solidargemeinschaft:

Der Umgang mit Flüchtlingen stellt viele Länder Europas vor neue Herausforderungen. Wirtschaftliche, politische und soziale Faktoren beeinflussen die Arbeit der Hilfsorganisationen stark und lassen die Thematik noch sensibler werden als sie ohnedies schon wäre. Rettungs- und Polizeieinsätze in Flüchtlingsheimen werden daher von der Öffentlichkeit besonders aufmerksam wahrgenommen. „Unruhe“ in solchen Unterkünften kann jederzeit als politische Munition verwendet werden, die Furcht der Unterkunftbetreiber vor einer daraus resultierenden Budgetkürzung ist hoch. Dabei müssen die spärlichen Mittel, die zur Flüchtlingsbetreuung vorhanden sind, schon jetzt wohlüberlegt und gezielt eingesetzt werden, um höchstmögliche Effizienz zu erreichen. Ähnliches gilt für die Finanzlage des Rettungs- und Spitalswesens. Beide werden aus öffentlicher Hand finanziert. Im vorliegenden Fall erwachsen der Solidargemeinschaft

hohe Kosten durch einen absolut ungerechtfertigten Einsatz. Zu Buche schlagen nicht nur die Rettungs- und Notarzt-Einsatzpauschale, sondern auch der notwendige stationäre Aufenthalt resultierend aus der unnötigen präklinischen Medikamenten-Applikation. Darüber hinaus kann ärztliches Handeln aus reiner Willkür kaum im Interesse der Gesellschaft liegen. Die Interessen von Solidargemeinschaft und Versicherungen wurden hier nicht vertreten.

Konklusion

Firmenethik, Leitbilder und Mission Statements nutzen nichts, wenn die persönlichen Überzeugungen der Mitarbeiter diesen Werten nicht entsprechen. Der vorliegende Fall verdeutlicht besonders drastisch, dass Vorurteile und Rassismus in allen Bildungsschichten und Lebensbereichen gegenwärtig sind. Wie man – insbesondere als Arzt – rassistischer Gesinnung sein kann, bleibt unverständlich und kann nur durch Wertblindheit oder Ignoranz erklärt werden. Andernfalls hieße ein solches Verhalten, die Rolle eines Amoralisten einzunehmen, was dem Umfeld des Betroffenen keinesfalls verborgen bleiben könnte. Spätestens zu diesem Zeitpunkt wäre es angebracht, den Arzt seiner Pflichten zu entbinden, da es nicht im Aufgabenbereich eines Dienstgebers liegen kann, seinen Mitarbeitern grundlegende Moralvorstellungen zu vermitteln. Vielmehr wird wieder offenkundig, wie wichtig es wäre, zukünftige Mediziner nicht nur nach kognitiven Fähigkeiten zum Studium zuzulassen, sondern bereits vor dem Studium auf Reflexionsfähigkeit und Wertvorstellungen zu achten. Die Art des Patientenumgangs repräsentiert nicht nur persönliche Fähigkeiten eines Mediziners. Sie steht zugleich für die Haltung seiner Ausbildungsstätte hinsichtlich des Umgangs mit Menschen und symbolisiert deren Auffassung von Werten.

„Ehemals sagte man von jeder Moral: „an ihren Früchten sollt ihr sie erkennen“. Ich sage von jeder Moral: „Sie ist eine Frucht, an der ich den *Boden* erkenne, aus dem sie wuchs“.²²²

Was zu Nietzsches Zeiten als provokant gegolten haben mag, muss heute klar ausgesprochen werden. Wertvorstellungen und Wertbegriffe müssen Kindern und

²²² NIETZSCHE 2005: S 191

Jugendlichen gesellschaftlich vermittelt werden, im Erwachsenenalter entsteht die Notwendigkeit, eigene Wertvorstellungen permanent zu hinterfragen, insbesondere, da Adoleszente selbst dazu aufgerufen sind, solche weiterzugeben. Eltern, Lehrer, Institutionen können dazu beitragen, den moralischen Reifungsprozess zu gestalten, das bedingt aber auch die Bereitschaft, zu den vertretenen Moralvorstellungen zu stehen, sowie fragwürdigen Tendenzen wie Rassismus durch argumentativen Dialog Einhalt zu gebieten.

Rassistische Tendenzen, die, wie erwähnt, in keiner Form mit dem ärztlichen Berufsethos in Einklang zu bringen sind, müssen im Keim erstickt werden, da es sich hierbei nicht, wie oft behauptet, um freie Meinungsäußerung handelt, sondern um die bewusste Schlechterstellung einer bestimmten Gruppe aus rein willkürlichen Gesichtspunkten.

Rassistisch motivierte Handlungen und Übergriffe gibt es in allen Gesellschaftsschichten. Besonders schwer wiegen sie dort, wo Abhängigkeitsverhältnisse bestehen, also zum Beispiel in Arzt-Patienten-Beziehungen. Dass der Notarzt hier „ungeschoren“ davonkommt, mag intuitiv falsch sein. Eine einfache Kalkulation lässt einsehen, warum keine andere Möglichkeit bestand: Hätte das RTW-Team Beschwerde geführt, wäre nicht die gesamte Mannschaft involviert gewesen, sondern nur die Transportführerin, also die junge Medizinerin. Auf ihr wäre die ganze Last der Beschwerde gelandet, und zwar nicht in ihrer Funktion als Rettungssanitäterin, sondern als Person. Wie folgenreich dies für ihre berufliche Laufbahn gewesen wäre, verrät die kalmierende Stellungnahme eines hochrangigen Vertreters der Ärzteschaft zum vorliegenden Fall: „Schauen Sie, Herr Kollege: Eine Krähe hackt der anderen kein Auge aus. Und was ist denn schon passiert?“. Die Patientin bzw. ihre Interessen wurden also nicht leichtfertig der Karriere der Rettungssanitäterin „geopfert“, sondern eine Beschwerde über den Arzt wurde von vornherein durch höhere Instanzen als wenig aussichtsreich beurteilt. Generell dürfen Handlungen im Kontext der Medizin niemals persönlich motiviert sein, sondern haben ausschließlich nach objektivierbaren, fachlichen Kriterien zu erfolgen.

3.3.1.2 Fallbericht 2

Deskription

Ein Anrufer meldet einen epileptischen Anfall in einem Fitnesscenter. Nach sieben Minuten Anfahrtszeit wird die NAW-Besatzung vor dem Eingang von einem Angestellten empfangen, der dem Team, nicht sonderlich aufgeregt, mitteilt, es sollte sich etwas beeilen, der Mann sei schon ziemlich blau. Neben den Geräten liegt ein Schwarzafrikaner am Boden, der erste Anblick lässt einen Kreislaufstillstand vermuten. Eine Gruppe Besucher bildet einen Halbkreis um den Patienten. Direkt neben ihm steht ein Mann, der die (promovierte) Rettungsmedizinerin fragt: „Sind Sie Ärztin?“. Als diese bejaht, gibt er an, ebenfalls Arzt zu sein. Die fassungslose Rückfrage, warum er dann nichts unternommen habe, beantwortet er damit, dass der Patient „immer wieder geatmet habe“. Er werde jetzt aber noch beim Legen eines venösen Zugangs helfen. Nach umfangreichen Reanimationsmaßnahmen, während derer der unbekannte Arzt unbemerkt verschwindet, kann der Patient auf die Intensivstation der Medizinischen Abteilung transportiert werden. Dort verstirbt er am nächsten Morgen.

Der vor Ort anwesende Arzt hat keinerlei Hilfsmaßnahmen gesetzt, weswegen von der anwesenden Polizei auch die Staatsanwaltschaft eingeschaltet wurde, die Suche nach dem Unbekannten verlief aber im Sand. Nachfragen im Fitnessclub stießen auf Schweigen und Aggression sowie die Frage, was man denn dem Arzt anhängen wolle, das Krankenhaus habe doch gesagt, es sei nichts mehr zu machen gewesen. Weiters behauptete der Chef des Unternehmens, den Arzt sowie die anderen Kunden namentlich gar nicht zu kennen, beschwerte sich jedoch darüber, nicht umgehend vom Krankenhaus über die Todesursache informiert worden zu sein, da „ja irgendeine Infektion hätte eingeschleppt werden können“ und er „andere Leute, die trainiert haben“ hätte warnen müssen. Da dies ohne Kenntnis der Personalien schwierig erscheint, rief die RM wenig später im Klub an und gab vor, Mitglied werden zu wollen. Schon für die erste Probestunde mussten Name, Adresse und Telefonnummer angegeben werden. Spürbar war für das Team die latente Ausländerfeindlichkeit. Der erste Kommentar des Notarztes, noch vor Einholen irgendeiner Information über den Patienten, war: „Das ist sicher ein Drogenschmuggler, der ein Bodypacker-Syndrom hat“.²²³

²²³ Deskription nach: KALLOCH 2001: S 30ff.

Moralische Bewertung

Aus Sicht des NAW-Teams:

Ein Kreislaufstillstand bedeutet für den Betroffenen den sicheren Tod, wenn nicht unverzüglich mit den Maßnahmen der Herz-Lungen-Wiederbelebung begonnen wird.²²⁴ Um dies zu erreichen, wird in vielen Bereichen des Lebens verpflichtend der Besuch eines Erste-Hilfe-Kurses vorgeschrieben.²²⁵ Parallel dazu werden die HLW-Maßnahmen immer wieder den aktuellen Erkenntnissen der Wissenschaft angepasst und gleichzeitig vereinfacht. Umso unbegreiflicher ist es, dass den wenigsten Patienten mit Kreislaufstillstand die überlebensnotwendigen Reanimationsmaßnahmen durch Ersthelfer zukommen.²²⁶ Ein Gehirn, das nicht (mehr) mit Sauerstoff versorgt wird, wie dies bei einem Kreislaufstillstand naturgemäß der Fall ist, beginnt nach etwa drei Minuten irreversibel abzusterben.²²⁷ Neurologische Defizite in unterschiedlicher Ausprägung sind dann die Folge für den Patienten, so er den Vorfall überhaupt überlebt. Das ausgesprochen knappe Zeitfenster, das dem Patienten zur Verfügung steht, versuchen Rettungsdienste dadurch zu nutzen, den Anrufer zur Durchführung von Reanimationsmaßnahmen anzuhalten und gegebenenfalls die CPR telefonisch anzuleiten. Nur so kann das „Delay“, die Zeit zwischen Eintreten des Kreislaufstillstandes und suffizienten Wiederbelebnungsmaßnahmen, kurz gehalten werden.

Im vorliegenden Fall sind nicht nur Maßnahmen des „Basic Life Support“ unterblieben, die Sachlage wird darüber hinaus dadurch deutlich verschärft, dass – zumindest nach Selbstdeklaration – ein Arzt vor Ort war, der untätig blieb. Dieser nahm durch seine

²²⁴ „Die Ausgangssituation für die kardiopulmonale Reanimation stellt der klinische Tod dar, bei dem Spontanatmung sowie Herz- und Kreislauffähigkeit sistieren.“ (LUXEM 2001: S 309)

²²⁵ Beispiele dafür sind Erste-Hilfe-Kurse im Rahmen des Führerscheinerwerbs, Ausbildungen im Sinne der Arbeitnehmerschutzbestimmungen und Kurse für bestimmte Berufsgruppen wie Lehrer oder Ordinationshelfer.

²²⁶ Dabei geht es vordergründig nicht darum, Luft in die Lungen zu transportieren, also die Technik der Mund-zu-Mund-Beatmung anzuwenden, sondern den im Kreislaufsystem gebundenen Restsauerstoff dorthin zu befördern, wo er benötigt wird: ins Gehirn. Dies geschieht ausschließlich durch Herzdruckmassage in ausreichender Form. Zusätzlich sollte selbstverständlich die Gelegenheit zur Frühdefibrillation mittels eines geeigneten Gerätes genutzt werden. Diese kann aber aus o.g. Gründen die mechanische Tätigkeit der Herzdruckmassage nicht ersetzen, sondern nur unterstützen. Erst suffizienter extrathorakaler Herzdruck schafft die geeigneten Voraussetzungen dafür.

²²⁷ Der Zeitrahmen variiert je nach Ausgangssituation. Art und Ausmaß der zerebralen Schädigung können präklinisch bzw. vor oder während der CPR nicht festgestellt werden.

unterlassene Hilfeleistung wissentlich zerebrale Schädigungen des Patienten in Kauf.²²⁸
Dies beeinflusst die Ausgangssituation für das NAW-Team entscheidend!

Viele Jahre im aktiven Rettungs- und Notarzdienst und ebenso viele absolvierte Reanimationen können nichts daran ändern, dass auch für routinierte Notfallmediziner jede einzelne Wiederbelebung einen ganz besonderen Fall für sich darstellt. Familiäres Umfeld, die Betroffenheit der Angehörigen, Reaktionen Umstehender und viele andere Aspekte einer CPR lassen sich nicht im Lehrsaal trainieren. Dazu kommt der individuelle persönliche Zugang, den jeder Mitarbeiter im Rettungsdienst aufgrund seiner privaten Geschichte zum Patienten hat. Der Ablauf der Reanimation ist ein Standard-Procédere, die Rahmenbedingungen aber wechseln und bedürfen der Adaption seitens des Rettungsteams. Ausmaß und Anstrengungen solchen Aufwands sind Außenstehenden kaum begreiflich zu machen. Die physischen, psychischen und kognitiven Anforderungen solcher Einsätze sind wahrhaft enorm. Nicht zuletzt deshalb ist das weiterführende Engagement des Teams beachtlich: nach Dienstschluss wurde privat recherchiert, Kosten, Mühen und Zeit wurden im Patienteninteresse aufgewendet. Obgleich diese Recherchebemühungen der NAW-Besatzung ergebnislos verliefen, bleibt zu wünschen, dass den Mitarbeitern aufgrund dieses Negativerlebnisses nicht ihre Courage abhandengekommen ist, Missstände zu verfolgen und aufzuzeigen. Nicht zum Schaden der Beteiligten, sondern zum Nutzen aller weiteren Patienten. Patienteninteresse muss als etwas gesehen werden, das nicht automatisch mit dem Tod erlischt, sondern etwas darüber hinaus Anhaltendes darstellt, das in Form von Angehörigeninteressen, Versicherungs- und finanzrechtlichen Aspekten, aber auch als Emotionen, Erinnerungen und Bestandteil persönlicher Schicksale erhalten bleibt. Analysiert man den vorliegenden Fall nach Beauchamp und Childress, ergibt sich folgendes Bild:

Das Autonomieprinzip nimmt im Falle von Reanimationen eine Sonderstellung ein. Allgemein wird davon ausgegangen, dass Wiederbelebungsmaßnahmen im Interesse des Patienten liegen, diesem ging keiner der potentiellen Ersthelfer nach. Das Fürsorgeprinzip wurde vom ersthelfenden Arzt völlig ignoriert, ebenso das Prinzip des Nicht-Schadens.

²²⁸ Entgegen der gängigen Auffassung medizinischer Laien befindet sich ein Patient durch die bloße Anwesenheit eines Arztes nicht automatisch in einer besseren Ausgangssituation: Nur wenn dieser mit Notfällen vertraut ist und über entsprechende Ausrüstung vor Ort verfügt, kann er sein ärztliches Wissen anwenden. Ohne diese Ausrüstung kann er nicht mehr machen als jeder andere Ersthelfer, was einerseits die Wichtigkeit der Basismaßnahmen unterstreicht, andererseits verdeutlicht, wie wichtig es ist, in genau diesen Grundtechniken der Notfallmedizin Routine zu erlangen.

Das Prinzip der Gerechtigkeit kann allgemein als Auftrag an Mediziner verstanden werden, deren ärztliche Rolle von Kollektivitätsorientierung und universalistische Einstellung geprägt ist.²²⁹ Die Anwendung dieser Gesinnungen können als allgemeingültige Gerechtigkeitsbasis betrachtet werden. Auch hier wurde der Arzt den an ihn gestellten Anforderungen in keiner Weise gerecht.

Unabhängig davon, ob der Ersthelfer tatsächlich Arzt war oder nicht, hätte der Patient umgehend Hilfe gebraucht. Das Erkennen eines Kreislaufstillstandes gehört zum Kern jeder Erste-Hilfe-Ausbildung und sollte kein Problem darstellen. Die daraus resultierenden, notwendigerweise zu setzenden Maßnahmen bedürfen keinerlei besonderer Ausrüstung: Herzdruckmassage und Mund-zu-Mund-Beatmung sind einfach durchzuführen, aber in ihrer Durchführung eine zwingende Notwendigkeit, um dem Patienten Überlebenschancen zu wahren, bis ein Rettungsteam eintrifft. Diese Chancen erhöhen sich deutlich durch die zusätzliche Anwendung eines öffentlich zugänglichen Defibrillators (PAD²³⁰).

Aus Sicht des Ersthelfers (Arztes?):

Davon ausgehend, dass es sich beim Ersthelfer wirklich um einen Arzt gehandelt hat, wiegt die Unterlassung der Hilfeleistung nicht nur rechtlich besonders schwer, auch in moralischer Hinsicht ist sie bemerkenswert. Als Arzt hat der Betreffende genaue Kenntnis über die Folgen seiner Unterlassung, dennoch entscheidet er sich gegen jede Maßnahme der Ersten Hilfe.²³¹ Das dadurch gesetzte Zeichen allen weiteren Umstehenden gegenüber trägt eine fatale Vorbildwirkung in sich. Die multiplikatorische Wirkung solcher Fälle ist erstaunlich hoch, in kürzester Zeit spricht sich der Vorfall herum, Halbwahrheiten werden hinzugefügt und zu notfallmedizinischen Gerüchten geformt. Mit diesen werden dann wiederum die Lehrbeauftragten der Ersten Hilfe konfrontiert, nicht selten lauten Fragen etwa: „Wieso soll ich da noch hingreifen, wenn sogar der Arzt nichts mehr machen kann?“.

²²⁹ Nach: MAIER 2008: S 61

²³⁰ Public Access Defibrillator, halbautomatisches Gerät zur Anwendung durch Laien. Mittels zweier Klebeelektroden misst der Defibrillator die elektrische Aktivität im Reizleitungssystem des Patientenherzens. Nach einem Schnellvergleich mit mehreren tausend gespeicherten EKG-Mustern entscheidet das Gerät innerhalb weniger Sekunden selbständig über die Notwendigkeit eines Stromstoßes. Liegt eine solche vor, wird automatisch die notwendige Energie geladen und zum Schock über die Klebeelektroden freigegeben. Dieser muss aber zwingend manuell ausgelöst werden. Ziel ist es, ein vorhandenes Kammerflimmern durch einen gezielten Stromstoß in einen Sinusrhythmus umzuwandeln.

²³¹ Die „fachliche“ Begründung, der Patient habe zwischendurch immer wieder geatmet, ist nicht nur ungläubwürdig, im Falle vorhandener, ausreichender Atmung wäre der Patient aufgrund der persistierenden Bewusstlosigkeit zumindest in stabile Seitenlage zu verbringen gewesen.

Natürlich kann über die Ursachen der Unterlassung nur spekuliert werden. Unerfahrenheit und fachliche Defizite können eine mögliche Erklärung darstellen. Aber auch in diesem Fall ist anzunehmen, dass Herkunft und Ethnie des Patienten eine Rolle gespielt hat. Vielleicht mag es nicht unmittelbar Rassismus gewesen sein, der den Ersthelfer dazu bewogen hat, untätig zu bleiben. Vorurteile und Ressentiments gegenüber Minderheiten spielen hier jedoch auf jeden Fall eine Rolle, wie auch die Aussagen des Fitnessclub-Besitzers belegen.²³² Häufig richten sich die Bedenken gegen den Gesundheitszustand von Migranten und das vermeintlich erhöhte Risiko, sich an ihnen mit Infektionskrankheiten anzustecken.²³³ Dennoch hätte es eine Reihe von Maßnahmen gegeben, die auch mit mäßigem Patientenkontakt durchführbar gewesen wären.

Aus Sicht der übrigen Umstehenden:

Erste-Hilfe-Leistung gestaltet sich oftmals in Form eines gruppendynamischen Geschehens. Nach gängiger Diktion der Psychologie bedarf es eines Alpha-Typen vor Ort, um Initiativen zu setzen. Kristallisiert dieser sich nicht durch Persönlichkeitsmerkmale heraus, ist es seine fachliche Kompetenz, die ihn in die Führungsrolle bringt. Nicht selten geschieht es, dass der anwesende Arzt automatisch für qualifizierter zur Hilfeleistung gehalten wird als andere medizinische Fachkräfte wie etwa Rettungssanitäter oder Diplomschwestern. Dieser fatale Irrtum beruht mit auf dem Umstand, dass die Bedeutung notfallmedizinischer Erfahrung und Einsatz-Routine viel zu oft unterschätzt wird oder überhaupt keine Berücksichtigung findet.

Im Rettungsdienst konnte sich der Begriff des „Provisorischen Einsatzleiters“ etablieren. Das ist der ranghöchste Mitarbeiter des ersten eintreffenden Fahrzeuges zum Beispiel in Großschadensfällen. Seine Aufgabe besteht primär in der Koordination der Maßnahmen, in der Kommunikation mit Einsatzkräften und in der Delegation von Mitarbeitern. Streng genommen sind dies genau die Funktionen, die ein „Leitender Ersthelfer“ umzusetzen hat.

²³² Um Erste Hilfe und CPR in möglichst vielen Variationen zu trainieren, sind beispielsweise im amerikanischen Raum farbige Reanimations-Phantome ebenso selbstverständlich wie multi-rassische Darstellungen in medizinischen Lehrbüchern. Hierzulande beschränkt man sich nach wie vor auf Darstellungen kaukasischen Typs, was angesichts der zahlreichen unterschiedlichen Ethnien in Österreich mittlerweile kaum mehr begründbar ist.

²³³ Besonders genannt sei hier die Tuberkulose, die etwa im osteuropäischen Raum deutlich stärker verbreitet ist als in Mitteleuropa. Um das Problem der „Ekelbarriere“ für die Ersthelfer zu lösen, wurde im Rahmen der Lehrmeinungsänderungen von 2011 erstmals festgelegt, dass die Mund-zu-Mund-Beatmung durch Ersthelfer nicht zwingend durchzuführen ist: „Dem Ersthelfer bleibt in jedem Fall die Entscheidung überlassen, die Beatmung nicht durchzuführen, wenn Unwille oder Ekel besteht. In diesem Fall soll jedoch die Herzdruckmassage ohne Unterbrechung durchgeführt werden.“ (ÖRK 2011a: D9)

Er hat nicht nur die Patientenversorgung zu koordinieren, sondern muss oftmals seine Maßnahmen gegen Zwischenrufe von außen, das heißt von anderen Anwesenden, verteidigen. Wiederum ist es die Persönlichkeitsstruktur, die darüber entscheidet, wie gut das gelingt. Absolute fachliche Sicherheit ist überdies notwendig, um keine (unbegründete) Furcht vor rechtlichen Konsequenzen aufkommen zu lassen.

Im vorliegenden Fall wäre es notwendig gewesen, dass aus den Reihen der Umstehenden irgendwer die Untätigkeit des Arztes erkennt und eigeninitiativ tätig wird. Hier bedarf es gegebenenfalls einer gewissen Courage, sich über die Meinung des vermeintlichen „Fachmannes“ hinwegzusetzen. Die Zeichen eines Kreislaufstillstandes richtig zu interpretieren ist jedoch jedem Ersthelfer zumutbar und somit nicht als spezifisch medizinisches Fachwissen einzustufen. Es bleibt fraglich, inwiefern den Besagten klar war, dass sie durch ihre Untätigkeit zum sicheren Tod des Patienten beigetragen haben, und ihm darüber hinaus tatenlos beim Sterben zugesehen haben.

Aus Sicht der Solidargemeinschaft:

Ob und inwiefern es im vorliegenden Fall betroffene Angehörige gibt, ist nicht zu eruieren. In jedem Fall muss ein Mitglied der Gesellschaft aber darauf vertrauen können, im Notfall Schutz und Hilfe zu erhalten. Dieses Grundprinzip einer Zivilisation wurde hier untergraben. Das Verhalten eines Einzelnen ist speziell in so sensiblen Bereichen wie der Medizin durchaus dazu geeignet, das einer Berufsgruppe entgegengebrachte Vertrauen nachhaltig zu erschüttern.

Wirtschaftlich betrachtet wird oft der Fehler begangen, Reanimationen als bloße Kostenverursacher zu sehen. Dass dies nicht stimmt, zeigt die demographische Betrachtung der CPR-Patienten: Etliche der erfolgreich Reanimierten konnten nach ihrer Genesung wieder in den Arbeitsprozess eingegliedert werden. Möglich wird dies nur dann, wenn dank schneller Erstversorgung Folgeschäden vermieden oder minimiert werden können. Somit erklärt sich die volkswirtschaftliche Bedeutung der Laien-CPR. Auch in diesem Fall „entging“ der Gesellschaft eine junge Arbeitskraft. Die entgangene

Wirtschaftsleistung, ausfallende Beiträge etc. repräsentieren nur das bilanzielle Defizit, das die Solidargemeinschaft hier erlitten hat.²³⁴

Etliche Studien untermauern seit Jahren die Tatsache, dass der frühzeitige Einsatz eines Defibrillators die Prognose der Patienten mit Kreislaufstillstand erheblich verbessert. Dennoch gibt es – speziell am Beispiel von Graz betrachtet – nach wie vor viel zu wenige dieser Geräte, die Ersthelfern zugänglich wären. Dies ist bei einem aktuellen Anschaffungspreis von etwa € 1.500.- inkl. Wartungs- und Einschulungskosten²³⁵ wirtschaftlich nicht nachvollziehbar, bedenkt man die entstehenden Kosten durch die Folgen zerebraler Schädigungen überlebender CPR-Patienten. Die aktuellen Bestimmungen des Arbeitnehmerschutzes sehen regelmäßige Fortbildungen in Erster Hilfe vor, die stets mit CPR-Training und AED²³⁶-Schulungen einhergehen. Nun wären in erster Linie die Arbeitnehmerverbände dazu aufgerufen, mehr AED-Geräte zu fordern, da es nicht nur darum geht, den öffentlichen Raum sicherer zu machen, sondern vor allem auch Betriebe und Unternehmen.

Konklusion

Ärztliches Handeln, das mit keinerlei moralischen Vorstellungen vereinbar ist, kommt vor. Das wird durch diesen Fall belegt. Es ist daher die Aufgabe jedes einzelnen, sich selbst, die eigene Position innerhalb eines Systems, das eigene Handeln, aber ebenso das Handeln der anderen immer wieder zu prüfen und kritisch zu hinterfragen. Nur so lässt sich das von Hartmann geforderte „moralische Auge“ (s.v.) erlangen. Die Schwierigkeit hierbei liegt oftmals im System selbst, innerhalb dessen gearbeitet wird: hierarchische Strukturen erlauben zumeist keine uneingeschränkte Meinungsäußerung, sondern beschränken den Einzelnen ganz klar in seiner Freiheit. Diese Freiheit wäre aber notwendig, um uneingeschränkt handeln zu können.

Innerhalb einer Organisation, eines Unternehmens, einer Hierarchie kann jeder nur im Rahmen seiner ihm gegebenen Möglichkeiten handeln. Im Rahmen dieser Möglichkeiten

²³⁴ Selbstverständlich soll der Patient hier nicht auf seinen ökonomischen Wert reduziert werden. Der Verlust eines Menschenlebens ist in emotionaler Hinsicht in jedem Fall enorm. Diese Darstellung soll lediglich darauf hinweisen, dass Reanimationen auch eine wirtschaftliche Komponente beinhalten.

²³⁵ Stand: 01.02.2012

²³⁶ Automated External Defibrillation, Anwendung eines halbautomatischen Defibrillators durch Ersthelfer.

gibt es unterschiedliche Freiheiten, die unterschiedliche Handlungen erlauben. Unterschiedliche Entscheidungen sind innerhalb eines Systems also möglich, auch wenn die Handlungsfreiheit eingeschränkt ist.

3.3.1.3 Fallbericht 3

Deskription

Ein etwa 30 Jahre alter Türke erleidet nach einem Sturz bei der Arbeit eine Schulterverletzung, von der er selbst annimmt, es handle sich um einen Bruch. Diese Vermutung basiert auf einem ähnlichen Vorfall, den er einige Jahre zuvor erlitten hatte, die Schmerzintensität war damals die gleiche, als die Schulter frakturiert war. Die anwesende RTW-Besatzung lagert den Patienten entsprechend seiner Verletzung und vereinbart mit dem Patienten, so die sieben Kilometer lange Fahrt quer durch die Stadt über sanierungsbedürftige Straßen zu versuchen. Nach rund 500 Metern wird klar, dass die daraus resultierenden Schmerzen für den Patienten unzumutbar sind. Der am Weg liegende Rettungs-Stützpunkt wird angefahren, leider ist kein Jumbo anwesend, weswegen man sich dazu entschließt, einen Notarzt zur Analgesie nachzufordern und dessen Eintreffen vor Ort abzuwarten.

Unmittelbar nach Eintreffen des NEF wird dem Arzt die Situation von einem Rettungssanitäter in einigen knappen Sätzen am Parkplatz geschildert. Der Patient, der im Fahrzeug von einer Helferin betreut wird, kann das Gespräch nicht hören. Ohne weitere Verzögerung öffnet der Notarzt die RTW-Tür und erklärt dem Patienten: „Guten Tag, die Kollegen haben sie schon gut versorgt, sie werden jetzt mit ihnen auf die Klinik fahren. Ich bin der Notarzt und bin für Notfälle da.“ Der Patient wirft ein, er habe aber Schmerzen, worauf ihm der Notarzt noch einmal schroff erklärt, dass er nichts für ihn tun wird, denn er sei NOT-Arzt...

Nach Abrücken des Notarztes, der tatsächlich tatenlos blieb, konnte dem Patienten nur gesagt werden, er müsse halt bis zur Klinik die Zähne zusammenbeißen, was dieser auch befolgt. Unterwegs beginnt er sich über das Verhalten des Arztes zu ärgern und fragt letztlich die RTW-Besatzung in gebrochenem Deutsch: „Was sagt er mir drei Mal, er ist

Notarzt? Steht halbe Meter groß auf seine Jacke. Kann ich lesen. Aber weiß er, was es heißt, eine Arzt zu sein?“ Die RTW-Besatzung schweigt peinlich berührt. Nach einer Fahrzeit von etwas mehr als 25 Minuten erreicht der RTW sein Ziel. Das NEF, das inzwischen über die exakt gleiche Strecke eingerückt ist, steht auf seinem Parkplatz vor der Auffahrt zur Aufnahme. Von Arzt und Fahrer ist nichts zu sehen.

Im Rahmen des Übergabegesprächs schüttelt die Aufnahmeschwester empört den Kopf und fragt laut vor anderen Patienten und Angehörigen, wie man als Rettungssanitäter so unverantwortlich sein kann, zu so einem schweren Fall keinen Notarzt nachzuholen.

Moralische Bewertung

Aus Sicht des RTW-Teams:

Die Besatzung des Rettungswagens hat sich einsatztaktisch und medizinisch korrekt verhalten. In Absprache mit dem Patienten wurde nach Darstellung der Optionen schrittweise eine Lösung im Sinne seines Gesundheitszustandes erarbeitet. Insbesondere wurde dem Umstand Rechnung getragen, dass es sich bei Schmerzfreiheit um ein Patientenrecht handelt²³⁷. Dass diese Bemühungen unbelohnt blieben, traf in erster Linie den Patienten, ist aber zusätzlich für das RTW-Team zumindest unangenehm, da das unkooperative Verhalten des Arztes jeder Form von Teamarbeit widerspricht, und die Kompetenz der RTW-Besatzung vor dem Patienten in Frage stellt. Ähnliches gilt für die Situation auf der Klinik, wo die RTW-Mannschaft völlig ungerechtfertigte Kritik durch eine Angehörige des Pflegepersonals einstecken musste.

Eine besondere Schwierigkeit dieses Einsatzes lag für die Rettungssanitäter darin, das Vertrauen des Patienten wiederzugewinnen, das durch das Verhalten des Notarztes stark erschüttert war.

Aus Sicht des Notarztes:

Ohne auf den Patienten einzugehen, ihn gesehen oder mit ihm gesprochen zu haben, hat sich der Notarzt ein Bild über ihn gemacht. Dieses beruht zum größten Teil auf der Schilderung des Rettungssanitäters. Der Einsatz wurde ausschließlich anhand dieser

²³⁷ Vgl. Patientencharta und Krankenhausgesetz

Information als „nicht indiziert“ eingestuft. In seiner rudimentären Begründung dafür ließ der Notarzt erkennen, dass es ihm um die mangelnde vitale Bedrohung ginge. Für reine „Schmerztherapie“ fühle er sich jedenfalls nicht zuständig.

Hier taucht ein klassisches Problem auf: Etliche Notärzte weigern sich schlichtweg, „nur“ Schmerzen zu therapieren, weil sie das nicht als ihre Aufgabe ansehen. Ein typisches Beispiel dafür sind Patienten mit Bandscheibenvorfällen. Diese können oft nur unter heftigsten Schmerzen vom Rettungsdienst ins Fahrzeug verbracht werden. Analgetische Maßnahmen stellen hier eine unerhörte Erleichterung dar. Dennoch reagieren viele Notärzte in Situationen der Nachforderung dem Rettungspersonal und Patienten gegenüber unwirsch. Die Folge dessen ist, dass – insbesondere junge – Rettungssanitäter infolge solcher Rügen häufig dazu tendieren, im Zweifelsfall lieber keinen Notarzt nachzufordern. Die schlechten Erfahrungen, die sie gemacht haben, indem sie Patienten vorschriftsgemäß versorgen wollten, können sie so in zukünftigen Fällen zur Unterversorgung verleiten, indem sie dann auf eine Nachalarmierung des Notarztes verzichten.

Ein möglicher Argumentationsversuch für das Verhalten des Notarztes könnte in Richtung Allokationsproblematik gehen: Ist es gerechtfertigt, ein Notarztmittel bei einem vergleichsweise harmlosen Einsatz (NACA < 4) zu binden? Die klare Antwort darauf lautet: ja! Dem Patienten einen Notarzt vorzuenthalten, weil ja ein schwerer wiegender Fall zeitgleich auftreten könnte, ist nicht vertretbar. Erstens kann zu jedem Zeitpunkt ein noch dringenderer Einsatz erforderlich werden, und zweitens liegt die Kunst der gerecht(fertig)en Verteilung von Einsatzmitteln im Kompetenzbereich der Leitstellendisponenten, die als einzige einen Gesamtüberblick über das Einsatzaufkommen haben. Im Großraum Graz können die Disponenten „aus dem Vollen schöpfen“: Zwei Jumbos, zwei NEF, untermals ein Hubschrauber und zusätzlich bis zu vier Fahrzeuge des Ärztenotdienstes lassen höchst selten Ärztemangel in Notfällen entstehen.²³⁸ Anders verhält es sich in ländlichen Regionen, in denen Notärzte immer öfter genötigt werden, die klassischen Aufgaben von Hausärzten zu übernehmen, weil es zu wenig

²³⁸ Stand: 01.11.2011. Die Durchführung des Ärztenotdienstes wird seit 01.01.2012 erstmals nicht mehr in Kooperation mit dem Roten Kreuz durchgeführt. Bis dahin stellte die Ärztekammer das medizinische Personal, das Rote Kreuz die Fahrzeuge und die Fahrer.

Der Ärztenotdienst ersetzt Patienten nachts, wochenends und feiertags den Hausarzt. Er versteht sich als kassenärztlicher Bereitschaftsdienst und hat nichts mit einem Notarzt des organisierten Rettungsdienstes gemeinsam. Dennoch kann er – als „ultima ratio“ – zu Notfällen disponiert werden, sofern kein Notarztmittel frei ist.

Allgemeinmediziner gibt. Wenn obendrein das Notarzfahrzeug das einzige seines Bezirkes ist, und dieser über entsprechende Größe verfügt, können die ohnedies vorhandenen Engpässe durch solche Strukturmängel deutlich verschärft werden und Patienten ernsthaften Schaden zufügen.

Die medizinische Komponente wird in Diskussionsfällen über Einsatzindikationen seitens der Notärzte immer wieder dazu genutzt, um ihr Verhalten zu begründen. Sie berufen sich dabei auf die fachliche Hierarchie, an deren Spitze der Notarzt steht. Dies geschieht im Wissen, dass dies, einem dogmatischen Abbruch gleich, keine weitere Diskussion zulässt. Auch hier wurde in einer Besprechung einige Tage nach dem Einsatz die medizinische Notwendigkeit ärztlicher Intervention durch den Notarzt in Abrede gestellt. Der Patient sei ein typischer „Morbus Süd“²³⁹ gewesen, die Nachforderung des Notarztes durch die Rettungssanitäter überzogen und nicht indiziert.

Aus Sicht der Aufnahmeschwester:

Das Pflegepersonal in den Aufnahmen der Krankenhäuser stellt üblicherweise den ersten Kontakt des Patienten zur Klinik dar. In dieser Funktion kann man es als „Visitenkarte“ des Spitals bezeichnen. Umso stärker wirkt auf Patienten der erste Eindruck, der ihnen hier vermittelt wird. Dieses Bewusstsein schwindet im Rahmen der Betriebsamkeit von Krankenhaus-Aufnahmen oft. Mögliche Ursachen dafür sind Routinebetrieb und hohes Patientenaufkommen. Pflegepersonal, das dem eintreffenden Rettungsdienst quer durch die Aufnahme zuruft: „Was bringt’s denn da schon wieder?“, wirkt auf Patienten wenig vertrauenerweckend und unprofessionell. Dasselbe gilt für die Krankenschwester, die im vorliegenden Fall coram publico die Patientenversorgung durch das RTW-Team in Frage stellt, ohne dessen Hintergründe zu kennen. Obwohl sie mit den Fakten des Falles nicht vertraut war, maßte sich die aufnehmende Schwester sofort ein (lautstarkes) Urteil über das Vorgehen der RTW-Besatzung an. Die Äußerungen, die im Rahmen ihres Fehlverhaltens durch die Krankenschwester getätigt wurden, sind weder fachlich noch auf persönlicher

²³⁹ Krankheits- und Schmerzempfinden sind unter anderem von kultureller Herkunft geprägt. Südländische Patienten tendieren dazu, ihrem Unwohlsein stärker Ausdruck zu verleihen als Mitteleuropäer. Dieses Verhalten erscheint hierzulande oft übertrieben und ist für viele Ärzte bzw. Sanitäter nicht nachvollziehbar. Sie setzen es mit Wehleidigkeit oder Simulation gleich und sprechen dem Patienten ab wirklich zu leiden, was durch den Begriff „Morbus Süd“ Ausdruck erfährt. Die unterschiedlichen Auffassungen des Phänomens „Krankheit“ bleiben dadurch unberücksichtigt, das Arzt-Patienten-Gefälle wird deutlich verstärkt, die fachliche überlegene Position des Arztes herausgekehrt: „Die Asymmetrie durch Wissen stellt einen wesentlichen Grund für Kommunikation dar. Die Wissensvermittlung dient – im Sinne der Stärkung der Autonomie – dem Heilungsprozess. Nicht das Wissen selbst, sondern eine daraus resultierende Überheblichkeit zementiert eine Asymmetrie.“ (MAIER 2008: S 68)

Ebene dazu angetan, das Patientenvertrauen zu heben. Besondere Bedeutung genießt hier der Umstand, dass Patienten, verstärkt durch ihre Ausnahmesituation, nur selten zwischen einzelnen Personen differenzieren, sondern tendenziell nur Strukturen voneinander unterscheiden: das Krankenhaus, die Rettung, etc.

In vielen Ländern mit anderen rettungsdienstlichen Strukturen funktioniert das Zusammenspiel präklinischer und klinischer Patientenversorgung deutlich besser als hierzulande. Insbesondere die starke räumliche Trennung der Kliniken vom Rettungsdienst sowie die Vielzahl von Rettungssanitätern erlauben in Graz kaum nähere Bekanntschaft untereinander auf professioneller Ebene. Das unterbindet in weiterer Folge auch den informellen Austausch über Einsätze und Patientenversorgungen und führt dazu, dass an Kliniken oftmals gegen die Rettungs- und Krankentransportorganisationen gearbeitet wird – und umgekehrt. Im Sinne ganzheitlicher, interdisziplinärer, kollegialer Patientenversorgung wären hier die verschiedenen Führungsgremien aufgerufen, Zusammenarbeit durch Strukturänderungen zu forcieren und zwischenmenschliche Kontakte gezielt zu fördern.

Im Idealfall sollte der Patient vom Rettungssanitäter, wie vorgesehen, einem Arzt vorgestellt und übergeben werden. Der Regelfall lässt dies üblicherweise nicht zu, die Patientenübergabe findet an Mitarbeiter des Pflegedienstes statt. Die teilweise durchwegs aussagekräftigen Informationen seitens der rettungsdienstlichen Mitarbeiter kommen deshalb nur dann beim Arzt an, wenn auch das Aufnahmepersonal die Relevanz der Mitteilung (an)erkennt. Wichtig ist dies in Fällen, wo das soziale Umfeld des Patienten eine Rolle spielt oder die Lebensumstände von Bedeutung sind: Niemand außer Rettungssanitätern und notärztlichem Personal hat Gelegenheit, das Lebensumfeld des Patienten zu sehen und gegebenenfalls mit dessen Symptomatik bzw. Erkrankung oder Verletzung in Zusammenhang zu bringen. Dabei ist genau das eine Grundforderung des „bio-psycho-sozialen Modells“ in der Medizin. Eine Nichtbeachtung von Patienteninformationen, die über bloßes Datenmaterial hinausgehen, muss unweigerlich den Rückschritt in die reine „Reparaturmedizin“ zur Folge haben, das heißt, der Patient selbst als Träger seiner Krankheit ist irrelevant, behandelt wird „das Problem“.

Aus Sicht des Patienten:

Der Patient, der mit seinem Zustandsbild aufgrund einer gleichen vorangegangenen Verletzung vertraut war, konnte sich initial in eine Lage bringen, die ihm schmerzarmes Sitzen ermöglichte. Dies war auch im stehenden RTW eingeschränkt möglich, unter Fahrtbedingungen jedoch nicht mehr. Obwohl vom bloßen klinischen Zustandsbild²⁴⁰ her keine Notwendigkeit dazu bestand, entschloss sich die RTW-Besatzung im Interesse des Patienten für eine Nachalarmierung des Notarztes zur Schmerztherapie. Die Aussicht auf baldige Besserung der Schmerzen motivierte den Patienten zu besonders kooperativem Verhalten, wodurch die nahegelegene Rettungswache gut erreichbar wurde. Das Auftreten des Notarztes hat den Patienten sichtlich irritiert, dazu kam, dass ein implizites Versprechen der RTW-Besatzung, Schmerzbekämpfung, nicht gehalten wurde. Folgerichtig erkannte der Patient, dass dies nicht die Schuld des RTW-Teams war, sondern eine alleinige Entscheidung des Notarztes, basierend auf dessen Weisungsbefugnis. Unter massiven Schmerzen und mit großer Geduld nahm der Patient die Weiterfahrt auf sich. Die von der RTW-Besatzung vollkommen ausgeschöpften Möglichkeiten der Sanitätshilfe, insbesondere alle Bemühungen zur fachgerechten Lagerung, konnten hier kaum Besserung bringen.

Konklusion

Die gegenwärtigen Arbeitsbedingungen für Notärzte sind nicht besonders angenehm: An vielen Stellen mangelt es an rechtlicher Verbindlichkeit. Aufgaben sind „auf Geheiß von oben“ zu übernehmen, auch wenn sie mit eigentlicher notärztlicher Tätigkeit nichts gemein haben. Dazu kommen ausbildungs- und routinetechnische Probleme. Insbesondere das steigende Einsatzaufkommen, weniger durch Primäreinsätze, sondern vielmehr durch „Zusatzaufgaben“, führt immer öfter zum Problem der strukturellen Unterversorgung durch Notarztmittel:

„Laut Ärztegesetz ist Notarzt keine Funktion, sondern ein Diplom einer Ausbildung. Prinzipiell wurde der Notarzt installiert, um ärztliche Maßnahmen beim Notfallpatienten

²⁴⁰ Der Patient war klar orientiert, Atmung und Kreislauf waren normal. Begleitverletzungen oder -erkrankungen lagen nicht vor. Das Beurteilungsschema für Verletzungen solcher Art (MDS-Schema) ergab keine erkennbare weitere Gefährdung für den Patienten. Somit war für ihn subjektiv sein größtes Problem der verletzungsbedingte Schmerz.

zu setzen. Infolge verschiedenster Einflüsse hat sich das Aufgabenprofil in Richtung eines 'mobilen ärztlichen Hilfsdienstes' entwickelt. So sind heute Ausfahrten zur Totenbeschau, Schmerzbehandlung, Betreuung von Altersheimpatienten, Feststellen von fieberhaften Infekten, Unterstützung der Sanitäter bei medizinischen Fragestellungen jeglicher Art sowie Transportbegleitung bei Interhospitaltransfers an der Tagesordnung. Dadurch sind vielerorts die Ressourcen und Kompetenzen für die ursprüngliche Aufgabe - Behandlung akuter lebensbedrohlicher Zustände - nicht mehr gegeben.²⁴¹

Notfallmedizin liegt inmitten des Spannungsfeldes von Palliativ-Medizin, Hausarztwesen und politischen Entwicklungen wie der strukturellen Neugestaltung von Krankenanstaltsgesellschaften. Die daraus resultierende Situation präsentiert sich auf den ersten Blick als scheinbare Allokationsproblematik. Betrachtet man das flächendeckende Notarztwesen der Steiermark näher, stellt man jedoch fest, dass die Dichte der Notarztmittel im internationalen Vergleich relativ hoch ist. Politische Entscheidungen beeinflussen hier medizinische Leistungsbereiche maßgeblich. Die Frustration einzelner Ärzte darf sich dennoch unter keinen Umständen gegen den Patienten richten. Dieser hat in jedem Fall das Zentrum aller notärztlichen Maßnahmen darzustellen: als Zweck, niemals bloß als Mittel. Aber noch eine Anmerkung gilt es aus deontologischer Sicht zu machen: Die Handlungsweise des Notarztes ist mit keiner Formulierung des kategorischen Imperativs in Einklang zu bringen, und auch nicht mit der „Goldenen Regel“.²⁴² Besonders deutlich wird das zu jenem Zeitpunkt, an dem die Frage auftaucht, ob das Handeln des Arztes von ausländerfeindlicher Haltung geleitet sein könnte. Die Möglichkeit, dass das Zustandsbild des Patienten von spezifischem soziokulturellen Umgang mit Schmerz überlagert ist, ist in jedem Fall gegeben. Um das beurteilen zu können, ist jedoch eine umfassende Anamneseerhebung (und nicht die bloße Übernahme der Anamnese durch den Rettungssanitäter) erforderlich. Soziokulturelle und rassische Merkmale dürfen niemals zu einer Schlechterstellung von Patienten führen. Aber auch nicht zu einer Besserstellung. Dennoch kommen Fälle solcher Art vor: Immer wieder sind Patienten auf ärztliche Anordnung durch den Rettungsdienst auf die Klinik zu bringen, obwohl ihnen sichtlich nichts fehlt. Auf Nachfrage wird der Transport mit dem Willen der Patienten oder deren

²⁴¹ Zitiert nach E-Mail Auskunft durch Univ. Prof. Dr. Gerhard Prause, MUG, vom 25.08.2011, 08.14 Uhr.

²⁴² Im Rahmen der Ausbildung von Rettungssanitätern kommt es immer wieder zu Situationen, in denen von Kursteilnehmern die Frage gestellt wird, wie sie sich Patienten gegenüber in bestimmten Situationen verhalten sollten. Seitens der Lehrenden hat es sich bewährt, zu antworten: „Behandle den Patienten so, als wäre er Dein Vater/Deine Mutter und überlege Dir immer dabei, ob die Versorgung so stattfindet, wie Du es Dir als Sohn/Tochter wünschen würdest.“

Angehöriger begründet. Wirft man dann ein, dass dies keine medizinische Indikation darstellt, und einen Transport nicht rechtfertigt, wird argumentiert: „Einen Österreicher würde ich eh daheim lassen, aber wenn jemand erfährt, dass ich einen Ausländer, vielleicht noch dazu einen Farbigen zuhause lassen wollte, habe ich sofort Schwierigkeiten und gelte als Rassist.“

Sorgfältige Anamneseerhebung, kollegiale Zusammenarbeit mit Patienten und Angehörigen, sowie gründliche Dokumentation können hier Patienten ebenso wie medizinischem Personal dabei helfen, Unklarheiten zu minimieren. Grundlage allen medizinischen Handelns muss der Mensch als solcher bleiben. Dies gilt für Handelnde ebenso wie für Behandelte.

3.3.1.4 Fallbericht 4

Deskription

Präklinik

Beim Versuch, gegen zehn Uhr vormittags an einem Tag im Mai das Flachdach einer obersteirischen städtischen Mülldeponie zu reinigen, bricht ein ca. 30-jähriger Arbeiter durch das Dach und stürzt rund zwölf Meter tief auf Betonboden. Beim Eintreffen der lokalen Rettungskräfte (RTW, NEF) ist der Mann tief bewusstlos, er weist etliche Rissquetschwunden am Kopf auf, sowie ein Brillenhämatom. Außerdem hat er sich eine offene Oberschenkelfraktur zugezogen, der Thorax wirkt instabil. Ersthelfer haben ihn in die stabile Seitenlage gebracht, er atmet selbständig und der Blutdruck liegt im hochnormalen Bereich.

Parallel zur Versorgung wird der Rettungshubschrauber (RTH) angefordert. Der Patient wird narkotisiert, intubiert und nach Reposition der Oberschenkelfraktur mit der Schaufeltrage²⁴³ auf die Vakuummatratze²⁴⁴ gelagert. Die offenen Wunden bluten kaum mehr, sie werden lose mit sterilen Tupfern abgedeckt. Während der Übergabe an den Hubschrauberarzt wird der Zustand des Patienten zunehmend instabil, der Notarzt

²⁴³ Spezielles Rettungsgerät zum schonenden Umlagern des Patienten.

²⁴⁴ Gerät zur Schienung während des Transports, das vor allem bei Verletzungen im Thorax- und Beckenbereich, aber auch bei Oberschenkelfrakturen gut einsetzbar ist.

entscheidet sich daraufhin, statt nach Graz ins nächstgelegene Krankenhaus zu fliegen. Am Unfallort ist inzwischen der Schwiegervater des Verunglückten mit dessen Frau eingetroffen, sie werden von der Notärztin des NEF dahingehend aufgeklärt, dass der Patient zur Stabilisierung ins örtliche Krankenhaus gebracht wird.

Schockraum

Das NEF Team trifft etwa 20 Min. nach der Hubschrauber-Besatzung im Schockraum ein. Die behandelnden Ärzte haben inzwischen eine infauste Prognose aufgrund des schweren Schädelhirn-Traumas (SHT) gestellt. In einem Telefonat mit der Uniklinik Graz wird vereinbart, den Patienten als potentiellen Organspender einzustufen und nach Graz zu bringen. Der Familie wird mitgeteilt, dass es fast keine Hoffnung mehr gäbe, dass der Mann jetzt aber mittels Hubschrauber nach Graz an die Uniklinik überstellt werde. Die Frau äußert der NEF-Notärztin gegenüber den Wunsch, ihren Mann noch einmal zu sehen. Nach Weiterleitung an das Schockraumteam entscheidet eine Ambulanzschwester, dass es „besser sei, wenn sie ihn so nicht sähe“. Der Patient liegt intubiert auf einer Liege, seine Kopfwunden sind inzwischen verbunden, das Gesicht weitgehend von Blut gesäubert, es bestehen deutliche Schwellungen und Hämatome im gesamten Gesichtsbereich. Nach einiger Diskussion, in die keiner der behandelnden Schockraumärzte involviert ist, wird die Bitte endgültig abgelehnt, mit dem Argument, dass „es jetzt schnell gehen müsse“. Der Hubschrauber startet Richtung Graz.

Ca. 14 - 15 Uhr nachmittags

Die NEF-Notärztin erhält über das Diensttelefon einen Anruf vom Hausarzt der Familie. Diese würde mit ihm gemeinsam ohne jeden Erfolg versuchen, in Graz Informationen zu erhalten: weder wüssten sie genau, wohin der Patient gebracht worden wäre, noch wie es ihm gehe, nur dass er „seit Stunden operiert würde“. Die Frau wäre mittlerweile mit den Nerven so am Ende, dass man ihr schon Beruhigungsmittel hätte verabreichen müssen. Nachforschungen ergeben, dass:

- die Familie vom peripheren Krankenhaus nicht über den (wahrscheinlichen) Grund der Überstellung und die infauste Prognose aufgeklärt wurde;
- die Mannschaft des Hubschraubers jedoch glaubte, diese Aufklärung sei erfolgt und diesen Eindruck auch in Graz transportierte;
- die übernehmende Klinik der Meinung war, die Familie sei aufgeklärt und es bestünden auch keinerlei Einwände gegen die Organentnahme, so dass man

lediglich geplant hatte, die Angehörigen über den möglichen Zeitpunkt einer Überstellung der Leiche zu informieren;

- die erstbehandelnde Notärztin glaubte, die beiden Krankenhäuser hätten die Betreuung der Familie koordiniert und sich ebenfalls bis zum Anruf des Hausarztes nicht mehr involviert sah.

Moralische Bewertung

Aus Sicht des NEF-Teams:

Ihrer vorrangigen Aufgabe ist die Besetzung des NEF vorbildlich nachgegangen: der polytraumatisierte²⁴⁵ Patient wurde einer Maximalversorgung unterzogen²⁴⁶, die einsatztaktische Wahl des Transportmittels erfolgte rasch und sorgte dafür, dass der Patient dem Hubschrauber-Team ohne zeitliche Verzögerung übergeben werden konnte. Die Aufklärung der Angehörigen vor Ort durch die Notärztin entspricht ebenfalls den gewünschten Verhältnissen in solchen Situationen: die hierarchisch höchststehende Medizinerin vor Ort führt das Gespräch. Dass sie zufällig auch noch diejenige ist, die den Patienten primär versorgt hat und darüber hinaus auch noch – einsatzbedingt – Zeit genug hat, umfassend auf die Informationsbedürfnisse der Familie des Patienten einzugehen, trägt positiv zu den Gestaltungsmöglichkeiten dieser schwierigen Lage bei.

Mit dem Abrücken vom Notfallort sollte der Einsatz für das NEF-Team eigentlich beendet sein. Durch die Übernahme des Patienten gelangt auch die Versorgungskompetenz mit allen dazugehörigen Aspekten in die Zuständigkeit der RTH-Besetzung. Dass das NEF dennoch zum gleichen Krankenhaus weiterfährt, das auch der RTH angefliegen hat, kann verschiedene Ursachen haben, wie beispielsweise die Möglichkeit, dass dort auch der NEF-Stützpunkt liegt. Begegnet die Besetzung eines Rettungsmittels in solchen Situationen Patientenangehörigen eines vorangegangenen Einsatzes, spricht nichts dagegen, mit diesen (auf freiwilliger Basis) das Gespräch zu suchen. Umgekehrt ist damit

²⁴⁵ „Polytrauma n: schwere Mehrfachverletzung; gleichzeitig entstandene Verletzung mehrerer Körperregionen od. Organsysteme, wobei wenigstens eine Verletzung od. die Komb. mehrerer lebensbedrohlich ist.“ (PSCHYREMBEL 2002: S 1341)

²⁴⁶ „Polytraumatisierte Patienten stellen für den Notarzt und das Rettungspersonal die größte Herausforderung dar, gilt es doch, eine Kombination von mehreren Einzelverletzungen oftmals simultan zu versorgen. Das richtige Einschätzen der Verletzungsschwere und die Reihenfolge der Behandlung der verschiedenen Verletzungsmuster je nach Dringlichkeitsstufe sind entscheidend für die suffiziente Versorgung.“ (RUPPRECHT 1998: S 5)

zu rechnen, dass man als Angehöriger des Rettungsdienstes von außen gewissermaßen als kompetente Auskunftsstelle für einsatzrelevante Angelegenheiten betrachtet wird. Genau dies passierte der NEF-Notärztin: die Gattin des Patienten war darüber informiert, dass sie die Erstversorgung durchgeführt hatte, nunmehr in einem Wartezimmer mit weiteren Familienmitgliedern auf sich selbst gestellt war sie froh, eine Gesprächspartnerin gefunden zu haben, die ihren Bedürfnissen entgegenkam und auch die notwendigen Strukturbarrieren durchbrechen konnte, um die von ihr geäußerten Wünsche weiterzutragen.²⁴⁷ Dass die Notärztin den Wunsch der Angehörigen an das Schockraum-Team weiterträgt, stellt eine begrüßenswerte Handlung im Sinne der Angehörigen dar: sie hätte der Gattin des Patienten auch raten können, sich an den Pflegedienst zu wenden, anstatt selbst initiativ zu werden. Diese Initiative hätte, da sie schon einmal gesetzt wurde, nicht in Diskussionen darüber münden dürfen, ob dem Wunsch der Gattin des Patienten entsprochen werden soll, oder nicht. Offensichtlich war die Notärztin die medizinisch höchste Instanz im darüber beratenden Gremium. Als solche wäre es an ihr gelegen, ihre Position auszuspielen und darauf hinzuweisen, dass vordergründig dem Wunsch der Angehörigen nachzukommen ist, der obendrein auch mit großer Wahrscheinlichkeit dem mutmaßlichen Patientenwillen entspricht. Das im Rahmen der Debatten genannte Argument der Zeitknappheit kann hier nicht schlagend werden, da sich diese auf die Möglichkeit der Explantation bezieht, somit also Handlungen betrifft, die nicht mehr am gegenwärtigen Patienten vorgenommen werden, sondern erst nach dessen Ableben. Dass die NEF-Ärztin als Ansprechpartnerin für den Hausarzt dienen musste, lässt die verzweifelte Situation der betroffenen Familie erahnen. Auch hier hätte die Notärztin alle Zuständigkeit von sich weisen können, immerhin war der Patient seit ihrer Behandlung bereits in Obhut eines weiteren Notarztmittels und zweier Spitäler. Im Sinne der Angehörigen sah sie es aber als ihre ärztliche Aufgabe, den Angehörigen bestmöglich beizustehen und kooperierte bereitwillig mit dem Hausarzt.

²⁴⁷ Krankenhauspersonal, Patienten und Angehörige sind üblicherweise durch dicke Glasscheiben voneinander getrennt. Bauliche Barrieren verhindern die direkte Kontaktaufnahme von Angehörigen mit den behandelnden Ärzten, umgekehrt schaffen sie den Medizinern eine Atmosphäre, die sie von der Notwendigkeit entbindet, (oftmals unangenehme) Gespräche mit Angehörigen führen zu müssen. Hierarchiedenken und veraltete Vorstellungen von Arzt-Patientenbeziehungen seitens der Angehörigen führen zu mangelndem Mut, gegebenenfalls zu insistieren. Eine deutliche Besserung dieser Situation könnten Patientenbetreuer schaffen: Freiwilliges Personal, das in Krankenhaus-Aufnahmen dabei behilflich ist, Anmeldeformalitäten zu erledigen, die richtigen Untersuchungsräume zu finden, etc. wäre auch als kommunikatives Bindeglied zwischen Patienten und Krankenhauspersonal von Vorteil. Ein entsprechendes Projekt läuft beispielsweise seit 2011 am LKH Judenburg.

Nachforschungen über den genauen Sachverhalt und die beschriebenen Vorfälle seitens der NEF-Ärztin runden das Bild einer verantwortungsvollen Notärztin ab, die erkannt hat, dass der Beruf des Arztes oftmals über die eigentliche Patientenversorgung hinausragt, und dass die notärztliche Verantwortung nicht mit der Abgabe des Behandlungsprotokolls im Krankenhaus endet.

Aus Sicht der NAH-Besatzung:

Das Hubschrauber-Team hat vom NEF einen fertig versorgten Patienten zum Abtransport auf die Klinik übernommen. Der intubierte Patient war nicht kommunikationsfähig, somit konnten lediglich die Vitalparameter kontrolliert und die gesetzten Maßnahmen aufrechterhalten werden. Der Weiterflug nach Graz erfolgte unter ähnlichen Bedingungen, der RTH fungierte als reines Transportmedium. Der zweite Flug fand im Auftrag der Klinik statt, das RTH-Team durfte sich also darauf verlassen, dass alle notwendigen organisatorischen Aufgaben im Vorfeld seitens der Krankenhaus-Mitarbeiter erledigt worden waren. Dies impliziert natürlich auch die Aufklärung der Angehörigen des Patienten. Der NAH-Besatzung kommt im vorliegenden Fall keine moralisch relevante Rolle zu.

Aus Sicht des Schockraum-Teams:

Die Ankunft eines polytraumatisierten Patienten bedeutet für das aufnehmende Team höchste Anspannung und Einbindung etlicher Kräfte. Gutes Schockraummanagement stellt daher ein wesentliches Qualitätskriterium für Kliniken dar:

„Der Schockraum ist das entscheidende Bindeglied zwischen präklinischer und klinischer Notfallversorgung und wesentlicher Bestandteil der Rettungskette. [...]

Der Schockraum ist damit als interdisziplinär genutzter, vorgeschobener Intensivtherapie-Platz mit diagnostischen und gewissen operativen Möglichkeiten zu definieren, der rund um die Uhr arbeitsfähig sein muß und nicht anderwärtig 'mitgenutzt' werden darf.²⁴⁸

Sobald die Ankunft eines Patienten für den Schockraum angekündigt wird, hat sich dort ein multidisziplinäres Team zu versammeln, das neben Ärzten auch Angehörige anderer

²⁴⁸ ADAMS 1999b: S 99

Gesundheitsberufe umfasst. Wesentlich für jedes Schockraumteam ist also Teamarbeit nach den Regeln gegenseitigen Vertrauens und fachlichen wie menschlichen Respekts.

„Nach entsprechender Absprache kann der erfahrenste Anästhesist als ‘Team-Organisator’ fungieren, ohne daß damit das Prinzip der Arbeitsteilung verletzt wird. Der Team-Organisator sorgt u.a. für die erforderlichen Anmeldungen im Diagnostik- und OP-Bereich, die Beiziehung der Laborergebnisse und die Information für die Intensivstation. Darüberhinaus ist er für die Überwachung und Versorgung des Patienten während des gesamten innerklinischen Transports verantwortlich und *darf den Patienten bis zur definitiven Übergabe an den OP-Bereich oder die Intensivstation nicht verlassen.*“²⁴⁹

Während die Aufgaben der unmittelbaren und weiterführenden Patientenversorgung in ihrer Verteilung geklärt sind, bleibt eine Frage offen: wer soll sich um etwaige Angehörige des Patienten kümmern? Diese haben selbstverständlich Fragen medizinischer Natur zum Zustandsbild des Patienten, brauchen Unterstützung bei zu treffenden Entscheidungen oder im Falle notwendiger Einwilligungserklärungen und sind selbst aufgrund ihrer Ausnahmesituation als hilfs- und unterstützungsbedürftig zu sehen. Die wenigsten Krankenhäuser sind personell und räumlich entsprechend ausgestattet, um diesem Umstand gerecht zu werden. Im Idealfall stünden den Angehörigen abgegrenzte Wartebereiche mit entsprechender Atmosphäre und Infrastruktur zur Verfügung, die es ihnen ermöglichen, in unmittelbarer Nähe zum Patienten zu bleiben. Nebenbei ließen sich so viele weiterführende Situationen, wie beispielsweise Gespräche über Organspenden, erheblich vereinfachen.

Im vorliegenden Fall hat die Kommunikation des Schockraum-Teams mit den Angehörigen völlig versagt. Weder wurden diese über die infauste Diagnose aufgeklärt, noch über die geplanten Organentnahmen. Im Gegenteil: der Gattin des Patienten wurde sogar der Eindruck vermittelt, der Weiterflug nach Graz diene therapeutischen Zwecken, wovon jedoch niemals auszugehen war.

Der explizite Wunsch der Angehörigen, den Patienten zu sehen, wurde abgelehnt. Unklar bleibt, wer diese Entscheidung im Detail getroffen hat. Nachdem es jedoch offenkundig kein Arzt des Schockraum-Teams war, kann der Entschluss von niemandem gefällt worden sein, in dessen Kompetenz dies lag. Die von der Ambulanzschwester geäußerte, subjektive

²⁴⁹ ADAMS 1999b: S 101

Meinung, es sei besser für die Gattin, den Patienten so nicht zu sehen, ist irrelevant: Auch hier zählt ausschließlich der mutmaßliche Patientenwille bzw. stellvertretend dafür der Wunsch der Angehörigen. In diesem Sinne wäre es die Aufgabe der Krankenschwester, den Patienten in bestmöglichem optischen Zustand zu bringen, die Angehörigen auf das Treffen einfühlend vorzubereiten und sie dorthin zu begleiten. Der Gattin waren Unfallhergang und -folgen bekannt. Es ist daher nicht anzunehmen, dass sie davon ausging, einen optisch unversehrten Patienten vorzufinden. Wäre die Ambulanzschwester der Meinung gewesen, dass der Familienverband der Angehörigen keine ausreichende Stütze für die Gattin darstellt, hätte sie das Angebot unterbreiten können, das Kriseninterventionsteam zu verständigen.²⁵⁰ Kriseninterventionsteams sind über die Landeswarnzentrale rund um die Uhr alarmierbar und bestehen pro Team aus zwei Mitarbeitern, die speziell dafür ausgebildet wurden, mit Angehörigen und Hinterbliebenen strukturierte Gespräche zu führen. Krisenintervention darf nicht als Ersatz für Psychotherapie gesehen werden, sondern versteht sich als Maßnahme der psychischen Ersten Hilfe. Ihre Aufgaben sind klar definiert:

„Die Aufgabe der Krisenintervention im Rettungsdienst liegt in der Betreuung von psychisch traumatisierten Menschen. Die Betreuung hat die Vorbeugung

- der posttraumatischen Belastungsstörung und
- der pathologischen Trauerreaktion

zum Ziel.“²⁵¹

Subjektive Eindrücke, Assoziationen mit eigenen Erlebnissen oder persönliche Einstellungen verleiten Angehörige medizinischer Berufe immer wieder dazu, ihre Entscheidungen nach selbigen auszurichten, wie auch dieses Fallbeispiel belegt. Entscheidungen hinsichtlich des Patienten dürfen aber niemals gefällt werden, ohne vorher eingehend überprüft zu haben, ob diese auch dem tatsächlichen oder zumindest dem mutmaßlichen Patientenwillen entsprechen.

Aus Sicht des Hausarztes:

Ob der Hausarzt von der Familie für die Gattin des Patienten angefordert wurde oder ob er auf anderem Weg in den Fall involviert wurde, bleibt unklar. Fest steht aber, dass auch er

²⁵⁰ Es kann davon ausgegangen werden, dass zu diesem Zeitpunkt keine Notwendigkeit dafür bestand, da dies sonst wohl bereits durch die Notärztin veranlasst worden wäre, wie deren Handlungs-Schema vermuten lässt.

²⁵¹ MÜLLER-CYRAN 1997: S 111

die Grenzen ärztlichen Handelns so weit auslegt, dass sie sich nicht auf die medizinisch-handwerkliche Tätigkeit per se reduzieren. Dies geht aus seiner Initiative im Interesse der Angehörigen hervor. Die Kontaktaufnahme mit der Notärztin zeugt von Verständnis für die Lage der betroffenen Familie und das Erkennen ihrer Hilfsbedürftigkeit. Medizinische Leistungen solcher Art, ganzheitlich und psychosozial orientiert, sind weder messbar, noch statistisch erfassbar oder in Zahlen auszudrücken. So finden sie bedauerlicherweise auch kaum Beachtung im Rahmen politischer Bemühungen um ein „kostenoptimiertes Gesundheitssystem“, wenn Arztpraxen nicht nachbesetzt werden oder Krankenhäuser geschlossen werden.

Konklusion

Patienten mit einem Polytrauma stellen präklinisch eine besondere Herausforderung dar, da ihre Verletzungen als besonders zeitkritisch einzustufen sind, und sie somit einer raschen chirurgischen Endversorgung bedürfen. Andererseits müssen die Vitalparameter des Patienten vor dem Abtransport so weit stabilisiert werden, dass er die Belastungen durch die Transporteinflüsse organisch kompensieren kann. Sprach man früher vom notfallmedizinischen Dilemma zwischen zwei Strategien („scoop and run“ bzw. „stay and play“), geht der allgemeine Konsens heute in die Richtung, den Patienten präklinisch so intensiv wie nötig, aber gleichzeitig so schnell wie möglich zu behandeln. Diesen Grundprinzipien wurde im vorliegenden Fall entsprochen, der Patient wurde rasch erstversorgt und mit dem bestmöglichen Transportmittel ins Krankenhaus gebracht, die Patientenübergabe zwischen NEF und RTH verlief lege artis. Auch die Übergabe des Patienten im aufnehmenden Spital durch die RTH-Besatzung dürfte seitens des Schockraum-Teams keine Fragen offen gelassen haben, da dieses bezüglich der Ankunft des Patienten vorverständigigt worden war und genug Zeit hatte, sich auf die Übernahme vorzubereiten.

Alle weiteren Geschehnisse und deren Folgen lassen sich auf ein Kommunikationsdefizit seitens der aufnehmenden Klinik zurückführen. Weder wurden die Angehörigen über den tatsächlichen Zustand des Patienten in Kenntnis gesetzt, noch wurden weitere Vorgangsweisen mit ihnen abgesprochen. Obendrein wurde der Gattin verweigert, ein letztes Mal ihren Mann lebend zu sehen. Vor allem der letztgenannte Umstand ist von

moralischer Relevanz: immer wieder entscheiden Ärzte oder Angehörige des gehobenen Pflegedienstes darüber, was für den Patienten oder dessen Familie „am besten“ sei. Dies entspricht oft einer unzulässigen Bevormundung und darf nicht mit einer Ausübung des Prinzips der Fürsorglichkeit verwechselt werden: Tatsächlich repräsentiert solches Verhalten einen unzulässigen Eingriff in die Autonomiekompetenz des Patienten oder, wie hier, von dessen Angehörigen. Daran ändern auch die Begründungsversuche nichts, in denen immer wieder auf das „Therapeutische Privileg“ hingewiesen wird. Auch diesem ist prinzipiell skeptisch zu begegnen:

„Als ‘Therapeutisches Privileg’ wird der Umstand verstanden, dass der Arzt dem Patienten wesentliche Sachverhalte verschweigen kann, die einen Einbruch an Wohlbefinden nach sich ziehen könnten. Diese zumeist mit einer (wohl falsch verstandenen) Fürsorgepflicht begründete Haltung findet sich in zwei typischen Variationen wieder:

- Das Verschweigen einer *Diagnose* zur Schonung des Patienten,
- Das Verschweigen von *Risiken*, die einer medizinischen Handlung innewohnen, damit die Zustimmung zur Therapie nicht gefährdet wird.“²⁵²

Während im zweiten Punkt eindeutig darauf abgezielt wird, die Entscheidungsautonomie des Patienten zu beeinflussen, ist die moralische Problematik im ersten Punkt nicht so offensichtlich: Nach den Grundlagen des Principlism scheinen hier die Prinzipien der Fürsorge und der Respektierung von Selbstbestimmung miteinander in Konflikt zu geraten. Tatsächlich setzt das Problem aber schon dort an, wo es um eine inhaltliche Bestimmung des Begriffs Schonung geht: Dieser ist in allen Dimensionen völlig offen gehalten und somit zu vage, um als Argument dienen zu können.

Auch wenn zeitliche Verzögerung eine Gefährdung möglicher Organexplantationen bedeutet, darf dies keinesfalls zulasten der Angehörigen des Sterbenden gehen. Darüber hinaus darf nicht übersehen werden, dass auch sterbende Patienten, und solche, die nicht kommunikationsfähig sind, über Vorstellungen, Wünsche und Willen verfügen, die sie zu einem früheren Zeitpunkt ausdrücken konnten. Diesem Patientenwillen, ob konkret oder mutmaßlich, ist in jedem Fall nachzukommen.

²⁵² MAIER 2008: S 74

3.3.1.5 Fallbericht 5

Deskription

Am Nachmittag eines Jänner-Sonntags verunglückt ein ungarischer Reisebus in der Nähe eines beliebten Schigebietes, etwa 50 Kilometer südwestlich von Graz gelegen. Neben 17 toten Kindern stellen etliche Schwerverletzte Einsatzkräfte aus verschiedenen steirischen Bezirken vor große Herausforderungen. Auch Rettungsfahrzeuge aus Graz sind vor Ort im Einsatz.

Gegen 21.00 Uhr tauchen im Rettungstützpunkt Graz ungarische Zivilisten auf. Der Dienstführende²⁵³ stellt sich ihnen vor und kann trotz aller Sprachbarrieren in Erfahrung bringen, dass es sich um Eltern und andere Angehörige der verunglückten Ungarngruppe handelt. Sie haben im ungarischen Fernsehen die Bilder des Unfalls gesehen, wollen wissen, wo ihre Kinder sind und direkt dorthin weiterfahren. Ein Mitarbeiter des Rettungsdienstes, der ausgebildeter Psychologe ist, erkennt die Problematik der Situation und bespricht sich mit dem DF, woraufhin folgender Beschluss gefasst wird: Die Einsatzkräfte beim Busunglück sind darüber in Kenntnis zu setzen, dass vor Ort mit der Ankunft Angehöriger zu rechnen ist. Die in Graz bereits Eintreffenden und eventuell noch Eintreffenden werden vom regulären Rettungsdienstbetrieb abgeschirmt, kollektiv in den Räumlichkeiten der Abteilung Ausbildung untergebracht, die über geeignete Infrastruktur verfügen (inkl. Ruhe- und Waschgelegenheiten) und dort von Mitarbeitern, die aus dem Rettungsdienst dafür abgestellt werden, betreut. Parallel dazu versucht man nach Absprache mit dem Bezirksrettungskommandanten, Psychologen und Dolmetscher zu organisieren, bzw. für ausreichende Verpflegung zu sorgen, da man übereingekommen ist, dass eine Weiterfahrt der Angehörigen an den Unglücksort zum gegenwärtigen Zeitpunkt und unter den vorherrschenden Bedingungen nicht zu verantworten wäre.²⁵⁴

²⁵³ Der Dienstführende (DF) leitet als Offizier die Dienstschrift, ist zuständig für einen reibungslosen Dienstablauf und vertritt als funktionshöchster Mitarbeiter des Rettungsdienstes den Bezirksrettungskommandanten in dessen Abwesenheit. Ein Rettungs-Nachtdienst in Graz ist, zusätzlich zu den beiden NEF, mindestens zu besetzen mit: 1 Kommandofahrzeug (DF), 2 Jumbos (à 4 Mitarbeiter) und 10 RTW (à mindestens 2 Mitarbeiter). Das bedeutet, dem DF unterstehen mindestens 28 Mitarbeiter. Im Regelfall sind es deutlich mehr, etwa 40 bis 50.

²⁵⁴ Die tiefwinterlichen Straßenbedingungen waren schon für die Einsatzkräfte ein enormes Problem. In Kombination mit der psychischen Beeinträchtigung, der die ungarischen Familien ausgesetzt waren, stellten die Wetterverhältnisse ein untragbares Risiko dar.

Dieser Betreuungseinsatz sollte in weiterer Folge mehrere Stunden dauern. Neben der Abdeckung von Grundbedürfnissen erhielten die Ungarn Hilfestellung vor Ort durch den ungarischen Honorarkonsul, Informationen aus den Krankenhäusern und strukturierte Informationen darüber, wohin sie sich in jedem individuellen Fall wenden können. Parallel dazu wurde ein spezielles Betreuungsteam an den Unglücksort entsendet. Dieses kehrte am Folgetag um acht Uhr morgens auf die Dienststelle zurück, womit der Einsatz, zumindest formell, abgeschlossen war.

Moralische Bewertung

Aus Sicht des Dienstführenden in Graz:

Die eigentliche Handlung des Dienstführenden bestand darin, den Handlungsbedarf in der Situation zu erkennen. Selbstverständlich hätte er sich auf das bloße Erteilen der gewünschten Auskunft beschränken können. Als zuständiger Leiter des Rettungsdienstes liegt es nicht in seinem Aufgabenbereich, gesunde Zivilisten zu betreuen. Angewandte Menschlichkeit geht aber über das bloße Handwerk der Notfallmedizin hinaus. Hierin offenbart sich der große Vorteil der privaten Hilfsorganisationen als Rettungsdienstträger: Während man sich seitens öffentlicher Einrichtungen oftmals mit langwierigen Fragen der Kostenübernahme herumschlagen muss, können Vereine schnell und unbürokratisch agieren, wie in diesem Fall.²⁵⁵

Die Vorwürfe, denen man den DF aussetzen könnte, wiegen schwer: Er hat „künstlich“ aus einer harmlosen Anfrage einen langwierigen Betreuungseinsatz kreiert, aus dem erhebliche Material- und Personalkosten entstanden. Er hat seinen eigentlichen Aufgabenbereich verlassen, indem er die Grenzen des Rettungsdienstes überschritt. Er hat in hohem Maße eigenmächtig entschieden, ohne die Entscheidungen seines Bezirksrettungskommandanten abzuwarten.

In Wirklichkeit hat er das getan, wofür er ausgebildet wurde: Er hat schnell, zielgerichtet und effizient (re)agiert, hat die Grundwerte seiner Organisation nach innen und außen

²⁵⁵ Eine der vielen Schwierigkeiten bestand im Falle dieses Busunglücks im Organisieren von Dolmetschern. Obwohl es genügend davon gegeben hätte, standen nur mehr wenige zur Verfügung, nachdem bekannt gegeben wurde, dass die Bezahlung erst später geregelt werden könne. Nacht- und Wochenendzuschläge waren noch die geringsten Forderungen, mit denen sich die Zuständigen konfrontiert sahen.

vertreten, deren Ideale gelebt und weiters Mut zur Entscheidung bewiesen. Wie außergewöhnlich wertvoll diese Leistung für die Betreuten war, beweisen etliche Dankschreiben von ihnen und Vertretern der ungarischen Regierung, die von großer Herzlichkeit geprägt sind.

Aus Sicht der betroffenen Angehörigen:

Die gesamte verunglückte Schulgruppe stammte aus dem gleichen kleinen Dorf in Ungarn, nicht weit der österreichischen Grenze. Aufgrund der örtlichen Dimensionen gab es dort fast keine Familie, die nicht direkt vom Unglück betroffen war. Immer wieder wurden während des Einsatzablaufs besondere Schicksale bekannt, wie etwa jenes einer Familie, die beide Töchter durch den Unfall verloren hat.

Gemessen an österreichischen Verhältnissen waren die Betroffenen wirtschaftlich allesamt nicht gut gestellt. In Form von Nachbarschaftshilfe haben sie sich bei Bekanntwerden des Vorfalls zusammengetan und den Weg nach Österreich angetreten. Die physischen und vor allem psychischen Belastungen, denen sie allein durch die Fahrt ausgesetzt waren, sind unbeschreiblich.

Grundsätzlich kann man die betroffenen Angehörigen in unterschiedliche Gruppen zusammenfassen: Ungarn, die im Einsatzzentrum Graz betreut wurden, Ungarn, die direkt im peripheren Krankenhaus eingetroffen sind, und Ungarn, die ohne Umweg am Unfallort ankamen. Relevant ist diese Differenzierung, weil die unterschiedlichen Schicksale sehr stark davon mitgeprägt wurden, wo sich die jeweiligen Familienangehörigen einfanden. Ohne auch nur die geringste Information über den Zustand oder Aufenthaltsort ihrer Kinder zu haben, fuhren die Eltern nach Österreich.²⁵⁶ Dabei dürften sie weniger von rationalen Überlegungen geleitet worden sein, als vielmehr von elterlichen Beschützerinstinkten. Eine bewusste Erwartungshaltung dürfte bei ihnen also eher die Ausnahme als die Regel gewesen sein. In Dialogen, die Monate nach dem Unfall mit betroffenen Angehörigen stattgefunden haben, wurden die Beweggründe klarer: Aufgrund der Erfahrungen, die sie im eigenen Land machten, war das Vertrauen in öffentliche Einrichtungen gering, insbesondere in die Leistungen der Krankenhäuser und Rettungsdienste. Dazu gesellte sich die Überlegung, wie die Überlebenden heimkommen

²⁵⁶ Mobiltelefonie und Internet standen den Ungarn zum Zeitpunkt des Geschehens noch nicht zur Verfügung.

sollten, der Wunsch, die Habseligkeiten der Verstorbenen (teils als Erinnerung) mitzunehmen und nicht zuletzt die Angst vor immensen Rechnungen für medizinische Leistungen, die keiner der Betroffenen auch nur ansatzweise hätte begleichen können.

Jene Gruppe, die in Graz ankam, war nur unter großen Mühen davon zu überzeugen, dass eine Weiterfahrt mitten ins Unfallgebiet nicht sinnvoll ist. Strukturierte Informationen und klare Auskünfte über das Schicksal ihrer Angehörigen waren für sie das einzig Relevante. Erst als klar war, dass sie diese gleich gut in Graz bekommen würden und danach nicht nur ungehindert in die jeweiligen Krankenhäuser weiterreisen könnten, sondern darüber hinaus Transportunterstützung erwarten konnten, waren sie dazu bereit, sich auf das Hilfsangebot einzulassen.

Die Gruppen im betroffenen Bezirk waren hingegen wesentlich schwieriger zu kontrollieren. Abgesehen davon, dass aufgrund des völlig unerwarteten Eintreffens der Ungarn vor Ort kein Betreuungspersonal zur Verfügung stand, verschärfte sich die Einsatzsituation durch deren Anwesenheit drastisch: Die Einsatzatmosphäre sowie bestimmte optische und akustische Eindrücke wirkten sich besonders stark auf die ohnehin stark angeschlagene Psyche der Angehörigen aus. Vor allem das Ersuchen der Exekutive, bei der Identifikation der mittlerweile in einem Rüsthaus aufgebahrten Leichen zu helfen, stürzte viele in das Dilemma entscheiden zu müssen, was schwerer wiegt: der möglicherweise traumatisierende Anblick des eigenen toten Kindes, oder die Wahrung der Möglichkeit eines letzten persönlichen Abschieds.

Konklusion

Großschadensereignisse stellen aus vielen Gründen Sonderfälle von Einsätzen dar. Dennoch darf auch in solchen Momenten der medizinischen und organisatorischen Herausforderung das zentrale Element allen Interesses nicht in Vergessenheit geraten: Der Patient als Individuum.

Viele verschiedene Aspekte moralischen Handelns lassen sich anhand dieses Beispiels ausmachen: Die Primärfrage bleibt, wer zur Betreuung Angehöriger vor Ort zuständig ist. Auch wenn es sich hierbei nicht um eine originäre Aufgabe des Rettungsdienstes handelt,

stellt dieser doch aufgrund seiner Personal- und Materialstrukturen den sinnvollsten Lösungsansatz dar: Als Mitte der 1990er Jahre die Notwendigkeit erkannt wurde, Angehörige, Leicht- und Unverletzte in Großschadensereignissen zu betreuen, schufen viele Rettungsdienste eigene Betreuungs-Teams, die unterschiedlichen Schulungen unterzogen worden und vielfältige Aufgaben übernehmen sollten. Allen war gemein, dass sie einen mehr oder minder starken Bezug zur Psychologie aufwiesen. Schnell wurde von „Hobbypsychologen“ und „Wichtigmachern“ gesprochen. Die damaligen initialen Forderungen hinsichtlich psychologischer Beteiligung in Betreuungsteams können aus heutiger Sicht als überzogen gesehen werden: zur bloßen Angehörigenbetreuung, wie im vorliegenden Fall, ist keine tiefgehende psychologische Schulung notwendig. Die mittlerweile etablierten Teams der Krisenintervention werden umfassend geschult, erfahren regelmäßige Supervisionen und gelten inzwischen unter anderem als fixer Bestandteil in der Bewältigung von Großschadensereignissen. Nachzufordern sind Kriseninterventionsteams (KIT) immer dann, wenn der normale, zu erwartende Trauerprozess in pathologische Bereiche abzugleiten droht. Um das zu vermeiden, übernehmen KIT-Mitarbeiter die Funktion, Betroffene vor Ort durch Akutbetreuung wieder handlungsfähig zu machen. Notfallmedizin endet nicht bei der unmittelbaren Versorgung des Patienten sondern sieht sich oftmals mit Angehörigen von Patienten konfrontiert, mit physisch Gesunden, die keiner ärztlichen Hilfe im engeren Sinn bedürfen. Die Spielräume individueller Interpretationen über notärztliche Aufgaben sind zu groß, um noch länger darauf zu verzichten, das Aufgabengebiet der Notärzte klar zu definieren und abzugrenzen. Dies gilt nicht nur für die individualmedizinische Versorgung einzelner Patienten, sondern vor allem für den Massenansturm von Verletzten im Sinne eines Großschadensereignisses.

3.3.2 Ethische Aspekte der Patientenversorgung im Großschadensfall

Definitionsgemäß ist ein Großschadensereignis²⁵⁷ nicht einheitlich regelbar, weswegen das Österreichische Rote Kreuz für solche Fälle lediglich eine Rahmenvorschrift verfasst hat,

²⁵⁷ Im ÖRK wird gleichbedeutend immer noch der Begriff Großunfall verwendet (vgl. u.a. ÖRK 2011: J6). Korrekterweise sollte dieser Terminus jedoch aufgrund der impliziten falschen Einschränkung (nicht immer muss die Ursache ein Unfall sein!) nicht mehr verwendet werden.

anhand derer regionale Reglements ausgearbeitet wurden. Grundsätzlich richtet sich die Schwere eines Ereignisses nicht nur nach Betroffenenzahlen, Verletzten und ähnlichem, sondern ist vor allem abhängig von infrastrukturellen Aspekten. Dazu zählen neben Stärke des Rettungsdienstes (personell und materiell) auch geeignete Krankenhäuser der Erst- und Weiterversorgung.²⁵⁸

Das Bezirksrettungskommando Graz spricht von einem Großschadensereignis dann, wenn mindestens fünf RTW (inkl. Jumbo) eingesetzt werden, und/oder nur noch die Bezirksreserve (vier RTW) im Regeldienst verbleibt.

Der zeitliche Ablauf eines Großschadensereignisses lässt sich mehrfach untergliedern, in jedem Fall steht anfangs ein so genanntes Missverhältnis der Kräfte: viele Patienten stehen (relativ) wenigen Hilfskräften gegenüber. Individuelle Patientenbetreuung (das bedeutet ein RTW pro Patientenversorgung) kann strukturell nicht stattfinden. Das einsatztaktische Ziel muss also sein, die vorhandenen Mittel bestmöglich zum Patientenwohl einzusetzen. Um dies zu erreichen ist es notwendig, dass ein Großschadensereignis von einer gemeinsamen Einsatzleitung geführt wird. Diese besteht aus einem Einsatzleiter, zuständig für die gesamte organisatorische Führung, und einem Leitenden Notarzt, der alle Ärzte und Notfallsanitäter koordiniert und den Einsatz aus medizinischer Sicht führt, allerdings niemals selbst am Patienten tätig wird.

„Das Prinzip der Versorgung von Betroffenen im Großunfall sieht den Aufbau von besonderen Behandlungsstrukturen vor, um die Betroffenen vor Ort strukturiert zu versorgen und gegebenenfalls in Krankenhäuser zu verbringen. So wird es vermieden, die Krankenhäuser unvorbereitet mit einer großen Zahl von Patienten zu konfrontieren.

Ziel ist es, das ‚Bestmögliche für die größte Zahl von Betroffenen zur rechten Zeit am rechten Ort‘ (nach Bowers) zu erreichen. Dabei kann es auch notwendig werden, von den Versorgungsprioritäten des Regelbetriebs abzuweichen und Patienten mit geringen

Nicht zu verwechseln ist das Großschadensereignis mit einer Katastrophe: Dieser kann ursächlich auch ein Großschadensereignis zugrunde liegen. Fakt ist jedoch, dass es sich bei einer Katastrophe um ein Ereignis handelt, das im Sinne der Landesgesetzgebung bewertet und behandelt wird. Das bedeutet: Eine Katastrophe muss behördlich als solche deklariert werden, während es sich beim Großschadensereignis lediglich um eine rettungsdienstliche Definition handelt.

²⁵⁸ „Der Übergang von einer mit den Regelkräften des Rettungsdienstes zu bedienenden Notfallsituation zu einem Großschadensfall ist fließend und hängt ganz wesentlich von der örtlichen rettungsdienstlichen Infrastruktur sowie von den im Vorfeld für diesen Fall getroffenen Vorsorgemaßnahmen ab. [...] Ein Großschadensfall liegt dann vor, wenn die Anzahl der Verletzten oder Erkrankten oder die Schwere der gesundheitlichen Beeinträchtigung die Sofortkapazität des Regelrettungsdienstes übersteigt. (ELLINGER 1998: S 922)

Überlebenschancen nicht mit Priorität zu behandeln, sondern mit den geringen vorhandenen Kräften und Mitteln jene Patienten mit Vorrang zu behandeln, die höhere Überlebenschancen haben.²⁵⁹

Um die jeweiligen Überlebenschancen der Patienten einschätzen zu können, ist es demnach unumgänglich, eine initiale Patientensichtung durchzuführen. Dies entspricht auch seit vielen Jahren dem standardisierten Ablauf eines Großschadensereignisses: Patienten werden gesichtet, mittels eines Patientenleitsystems (PLS) gekennzeichnet und triagiert²⁶⁰, ehe sie nach einer etwaigen Erstbehandlung abtransportiert werden.

3.3.2.1 PLS²⁶¹ und Triage: Herausforderung in der Anwendung

1991 wurde das PLS durch das Bundeskanzleramt flächendeckend in Österreich eingeführt. Basierend auf internationalen Vorbildern²⁶² dient es der einheitlichen Kennzeichnung von direkt Betroffenen in Großschadensereignissen.

Status quo

„Ziele des Einsatzes des Patientenleitsystems (PLS) sind, primär im Interesse der Gesundheit und des Überlebens der Patienten, einen geordneten Ablauf bei der Triage, bei

²⁵⁹ ÖRK 2011b: J6

²⁶⁰ „Der Massenanfall von Patienten, das daraus resultierende Mißverhältnis von medizinisch Notwendigem und tatsächlich Realisierbarem, sowie das sich ständig ändernde Lagebild unter den Bedingungen beschädigter Infrastrukturen und eines gestörten Sozialgefüges, zwingt die unter Zeitdruck arbeitenden Ärzte und Sanitäter eine Unterteilung der anfallenden Patienten nach deren Behandlungsdringlichkeit durchzuführen. Dieses taktische Vorgehen wird als Triage bezeichnet. Triagieren ist ein Teil der medizinischen Lagebeurteilung mit einem konsekutiven Entschluß, der sofort zur Durchführung gelangt. [...] Ziel der Triage ist es durch einen optimierten Einsatz der medizinischen Kräfte, Mittel und Möglichkeiten, für die größtmögliche Zahl von Patienten, aber auch in ihrer Gesundheit gefährdeten Personen das Über- und Weiterleben sicherzustellen, Patienten, Geschädigte, oder auch Personen, die psychisch labil oder bereits dekomponiert sind, abzusondern und zu isolieren, wenn von ihnen eine Gefährdung ausgeht, für Patienten eine zeitgerechte, folgerichtige und indikationsgerechte medizinische Versorgung sicherzustellen, einen zeitgerechten Abtransport der Patienten in die Wege zu leiten und die, der Lage entsprechend, bestmöglichen Bedingungen für die medizinische Endversorgung und Rekonvaleszenz zu schaffen.“ (MAYER 1995: S 96f.)

Jeder Patient wird mehrfach nach feststehenden Kriterien triagiert. Die Triage wird, wie jede andere Versorgungsmaßnahme auch, im Behandlungsprotokoll dokumentiert.

²⁶¹ Von 01.09.2011 bis 31.08.2012 betreibt das steirische Rote Kreuz ein Projekt, in dem eine Weiterentwicklung des PLS, das Personenleitsystem, erprobt werden soll. (HANSACK 2011)

Da die Kriterien zur Anwendung gegenüber dem PLS unverändert bleiben, wird auf diesen Versuch hier nicht näher eingegangen.

²⁶² Vergleichbare Systeme gab es davor bereits in den USA, aber auch in Teilen Europas, allen voran in Deutschland.

der Behandlung, beim Transport und bei der Hospitalisierung zu unterstützen und sekundär den Patienten auf einfachste Weise zu registrieren und dem Krankenhaus Informationen über den Gesundheitszustand und die gesetzten Maßnahmen mitzuliefern.²⁶³

Jedes PLS ist mit einer individuellen Nummer versehen, die nur ein einziges Mal vergeben werden kann. Somit lässt sich der Weg eines Patienten vom Notfallort bis ins endversorgende Krankenhaus lückenlos verfolgen. Anhand der – am PLS dokumentierten – Verletzungen/Erkrankungen eines Patienten wird dieser nun triagiert, das bedeutet, die Dringlichkeit seiner Behandlung und/oder seines Transportes wird festgelegt. Dies geschieht pro Patient etliche Male: im Rahmen der Bergetriage (dem Verbringen von Patienten aus dem unmittelbaren Schadensgebiet zu einer definierten Patientenablage), im Rahmen der Behandlung in einer Sanitätshilfsstation, im Rahmen der Festlegung von Transportreihenfolgen, etc.

„Die Patienten innerhalb einer Triagegruppe sind nie gleichwertig. Dies muss bei der Reihenfolge der Behandlung wie für die Transportreihung entsprechend berücksichtigt werden!“²⁶⁴

Der Vorteil dieses Systems liegt darin, dass es dem menschlich typischen Rasterdenken entgegenkommt. Klare Verhältnisse zu schaffen, zu sortieren und zu katalogisieren sorgt für Übersicht und nimmt dem Großschadensereignis viel von seinem Schrecken, sobald sich das Chaos in Ordnung wandelt. Ungeachtet dessen bedeutet das nicht zwingend, dass einzelne Patienten auf diesem Weg wirklich optimal versorgt werden. Und ganz sicher werden so nicht alle Patienten bestmöglich versorgt. Das geht mit der Definition eines Großschadensereignisses (s.v.) einher.

Verbesserungspotential

Einer der häufigsten Kritikpunkte, dem diese Art der Triage ausgesetzt ist, ist der Zeitfaktor: Überspitzt formuliert besteht die Möglichkeit, Patienten buchstäblich zu Tode zu triagieren, ohne sie jemals der erforderlichen Behandlung zugeführt zu haben. Sowohl

²⁶³ HANSAK 2005: S 427

²⁶⁴ Ebd.

in absoluten Zeiteinheiten gemessen, als auch in Relation zur Anzahl der Verletzten dauert die konventionelle Triage in aller Regel zu lange.²⁶⁵ Diese Erkenntnis hat man auch im benachbarten Ausland, wo mit vergleichbaren Strukturen gearbeitet wird, gewonnen:

In Vorbereitung der Fußball-WM 2006 wurde zur Überprüfung der Großschadenskonzepte am 1. Oktober 2005 in Frankfurt am Main eine Einsatzübung, die KATEX 2005 durchgeführt. Neben der Feststellung wesentlicher einsatztaktischer Mängel konnten Erkenntnisse gewonnen werden, die direkt auf österreichische Verhältnisse umlegbar sind:

„Der Schwerpunkt der Übung bestand darin, die große Zahl an Verletzten über die Verletztenablage dem Behandlungsplatz zuzuführen. Die in der Erstphase eingerichtete Verletztenablage, die in unmittelbarer Nähe des Schadensortes eingerichtet wurde, hatte in der Erstphase naturgemäß mit wenig Personal viele Verletzte zu betreuen. Leichtverletzte, die selbständig laufen konnten, verstopften sehr schnell diesen Einsatzabschnitt und brachten die Einsatzkräfte schnell an ihre Grenzen. Ähnliches ereignete sich auf dem Behandlungsplatz, wo trotz vieler Einsatzkräfte der Ansturm von Verletzten den Ablauf erheblich behindert hat. [...] Es ist klar erkennbar, dass nach der bisherigen Strategie des Verletzensammelplatzes und Behandlungsplatzes die Durchschleusung von Schwerverletzten zu lange dauert und bei großem Verletztenaufkommen anderer Kategorien zudem massiv gestört wird. Trotz vieler Helfer gelingt es nicht, die Abläufe sauber zu trennen.“²⁶⁶

Das Modell zur Abwicklung von Großschadensereignissen geht von idealen Verhältnissen aus, die realistisch nicht erwartet werden können und in der theoretischen Konzeption Wesentliches unberücksichtigt lassen: Die stillschweigend vorausgesetzte Kooperation der Betroffenen wird realistisch betrachtet nicht uneingeschränkt stattfinden und kann formaljuridisch auch nicht erzwungen werden. Als einfaches Beispiel denke man etwa an eine Mutter, die aufgrund ihres Verletzungsgrades einer anderen Triagegruppe zugewiesen werden soll als ihr Kind. Sofern es sich um eine bewusstseinsklare Frau handelt, kann nicht damit gerechnet werden, dass sie die räumliche Trennung vom Kind in dieser Situation

²⁶⁵ „Ein eingespieltes Team [...] soll in etwa drei Minuten einen liegenden und in etwa einer Minute einen stehenden Verletzten sichten können. Das wären in einer Stunde 20 liegende oder 60 sitzende bzw. stehende Verletzte.“ (REBENTISCH 1991: S 457) Obwohl das angeführte Zitat über 20 Jahre alt ist, halten sich diese zeitlichen Rahmenangaben nach wie vor unverändert in diversen notfallmedizinischen Ausbildungsunterlagen.

²⁶⁶ RIES 2007: S 32f.

akzeptieren wird. Ein weiteres Beispiel wäre ein augenscheinlich Leichtverletzter, der von sich aus keine Notwendigkeit erkennen kann, noch länger am Schadensort zu bleiben und diesen verlassen möchte. Weder kann noch darf er aus rechtlicher Sicht daran gehindert werden. Üblicherweise haben solche Patienten dem Rettungsteam im Sinne der Dokumentationspflicht einen Revers zu unterzeichnen. Sollte der o.g. Patient aber inmitten der Wirren des Ereignisses den Notfallort eigenmächtig verlassen, stellt dies spätestens bei Einsatzende ein Problem dar: wenn der ausgegebenen PLS-Nummer kein Patient zugewiesen werden kann, ist von einem Abgängigen auszugehen, was unweigerlich in ein Suchaktion mündet.

Das Triagemodell funktioniert also nur innerhalb der vorgegebenen Grenzen und unter der Prämisse, dass die Patienten durch Einsicht in die Sinnhaftigkeit des Unterfanges die Triagebemühungen des Rettungsdienstes durch Kooperation unterstützen. Ob dies auch der Fall wäre, wenn alle Betroffenen über die genaue Bedeutung des TriageSystems und seine möglichen Konsequenzen informiert wären, ist fraglich. Die implizite Notwendigkeit, einige Patienten nach hinten zu reihen, um mehreren Betroffenen bessere Chancen zu ermöglichen, dürfte den meisten Beteiligten nicht bewusst sein. Anzunehmender Weise würden diejenigen ein solches Reihungsverfahren ablehnen, die in diesem hintanzustellen wären. Mit großer Wahrscheinlichkeit funktioniert dieses System also nur unter starker Einschränkung der Patientenautonomie und nicht auf Basis eines 'informed consent'.

Die Notwendigkeit kooperativer Patienten im Großschadensfall ist evident. Ein „Kippen der Lage“, Meuterei gegenüber der Einsatzleitung, stellt eine ernstzunehmende Bedrohung für die organisatorische Struktur des Einsatzes dar. Aus diesem Grund ist es notwendig, dass die potentiellen Einsatzleiter eine gründliche, umfassende und multidisziplinäre Ausbildung für solche Zwecke erhalten. Ein besonders starkes Steuerinstrument für Führungskräfte ist neben bewusster Kommunikation²⁶⁷ auch die jeweilige Art des Führungsstils.²⁶⁸

²⁶⁷ Ein von Psychologen gerne verwendetes Kommunikationsmodell ist jenes nach Schulz von Thun, laut dem eine Nachricht vier Aspekte enthält: den Sachinhalt, die Selbstoffenbarung, die Beziehung und den Appell. Eine Mitteilung geht also weit über das bloße Gesagte hinaus, was wiederum zu Grundannahmen zwischenmenschlicher Kommunikation führt:

„1.) Jede Nachricht ist mehrdeutig; 2.) Man kann nicht nicht kommunizieren; 3.) Die Interpunktion des Gesagten ist beliebig.“ (BENGEL 1997: S 92)

²⁶⁸ Grundsätzlich lassen sich verschiedene Arten der Führung voneinander unterscheiden: Autoritärer oder autokratischer Führungsstil, Führungsstil des „laisser-faire“, kooperativer oder demokratischer Führungsstil

Das Gelingen eines Einsatzes und damit auch der Ausgang für etliche Patienten ist also stark abhängig von den Persönlichkeitsstrukturen der beteiligten Einsatzkräfte, insbesondere jener ihrer Führungskräfte. Diese erfahren durch das Rote Kreuz eine mehrstufige, umfangreiche Ausbildung, die neben den Kernthemen auch Teilbereiche wie Psychologie, Kommunikation, Marketing und Wirtschaft beinhaltet. Dennoch muss an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass sich die Funktion hochausgebildeter Führungskräfte²⁶⁹ nicht auf das bloße Verwalten beliebiger Vorschriften beschränken darf, sondern vor allen Dingen danach auszurichten ist, für zeitgemäße Weiterentwicklung des Rettungsdienstes zu sorgen. Zu diesem Zweck sind unter anderem, teilweise gesetzlich verpflichtend, Übungen abzuhalten, deren Erkenntnisse aber oft deswegen mangelhaft sind, weil das Übungsszenario bereits in der Planungsphase so geschrieben wird, dass es den Richtlinien zur Bewältigung durch die jeweilige Einsatzorganisation entspricht.²⁷⁰ Eine ehrliche Einsatzübung ist dadurch gekennzeichnet, dass an ihrem Beginn die Bereitschaft zur Verbesserung steht. Diese Bereitschaft entstand in Frankfurt am Main spätestens, als die KATEX 2005 nach 90 Minuten mit der Erkenntnis abgebrochen werden musste, dass die (in Deutschland bundesweit einheitlichen) Planungen für Verletztenablage und Behandlungsplatz dem Realfall bei vielen Verletzten nicht gerecht werden.

„Nach eingehender Prüfung der Ergebnisse wurde die Taktik daher in diesem Bereich geändert. Um weitere Erfahrungen diesbezüglich zu sammeln, wurde Kontakt mit der Frankfurter Partnerstadt Tel Aviv in Israel aufgenommen, die zwangsläufig über einen reichen Erfahrungsschatz bei größeren Zahlen von Verletzten verfügt. [...] In einem neuen Konzept wird sichergestellt, dass Schwerst- und Schwerverletzte, die einer sofortigen

und „Lean Management“. (Nach: BENDEL 1997: S 327) Die Spannungsfelder, die sich aus unterschiedlichen Führungsstilen im Rettungsdienst ergeben, sind mannigfaltig.

²⁶⁹ Die höchste erreichbare Stufe der Führungskräfteausbildung erlaubt nach positiver Abschlussprüfung die Übernahme des Mitarbeiters in den Offiziersstand. Dieser ist zur Ausübung bestimmter Funktionen im Rettungsdienst (z.B. DF) unerlässliche Voraussetzung. Die unterschiedlichen Rettungsdienst-Anbieter verfahren hier jeweils nach eigenem Gutdünken, woraus folgt, dass die Führungskräfte-Ausbildung im Rettungsdienst einerseits nicht einheitlich gestaltet ist (jede Organisation verfolgt ein eigenes Ausbildungsmodell) und andererseits wechselweise nicht anerkannt wird. Dieser Mangel wirkt sich (1) nach innen und (2) außen gleichermaßen aus: (1) Mitarbeiter sind nur schwer davon zu überzeugen, viel Zeit in eine Ausbildung zu investieren, die außerhalb ihres Vereins keine Gültigkeit besitzt. Um dennoch die erforderlichen Kursabsolventen hervorzubringen, ist es unumgänglich, die Zugangsbedingungen zur Führungskräfteausbildung zu erleichtern: Im ÖRK ist es, im Gegensatz zum österreichischen Bundesheer oder auch der Exekutive beispielsweise möglich und durchaus üblich, ohne Matura Offizier zu werden. (2) Bevölkerung und vor allen Dingen Angehörige anderer Einsatzorganisationen können kaum mehr unterscheiden zwischen den unzähligen Distinktionen verschiedenster Rettungs- und Krankentransport-Anbieter.

²⁷⁰ Übungen solcher Art sollen oft Politikern und der Bevölkerung Vertrauen in die Einsatzorganisationen vermitteln. Lerneffekte bieten solche Veranstaltungen den Teilnehmenden jedoch kaum.

ärztlichen Behandlung in einer Klinik bedürfen, ohne besondere Registrierung und größeren Aufenthalt auf dem Behandlungsplatz sofort den Kliniken zugeführt werden. Ebenfalls muss gewährleistet werden, dass Leichtverletzte, die größte Zahl der verletzten Personen, zügig vom Verletzensammelplatz und Behandlungsplatz getrennt werden, um dort eine zielgerichtete Arbeit der Retter für die dortigen mittelschwer verletzten Patienten (T2) zu gewährleisten. Leichtverletzte binden in der Erstphase zu viele Einsatzkräfte, da sie sehr beweglich sind und 'eingefangen' werden müssen.“

Besonders betont Ries das Problem der Dokumentation und Identifizierung von Patienten. Beides darf die Rettung und den schnellen Transport von Patienten nicht behindern, was im bisherigen System mit seinem hohen Verwaltungsaufwand jedoch kaum vermeidbar war. Bei einem großen Anfall von Verletzten in Kombination mit zu kleinen Behandlungsplätzen, wovon im Regelfall auszugehen ist, führt dies unweigerlich zum Kollaps des Systems. Ein Lösungsansatz könnte in der Nutzung digitaler Techniken liegen: Das Einscannen einer dem Patienten zugeordneten Erkennungsmarke und ein Digitalfoto wären im Falle Schwerverletzter ausreichend und binnen Sekunden durchführbar.²⁷¹

„Bei der Neukonzeption, die Schwerverletzten über den Verletzensammelplatz sofort mit Rettungsmitteln in die Klinik zu bringen (T1-Patienten) und die leicht verletzten mobilen Personen (T3-Patienten) mit allen für die Aufgabe verfügbaren Kräften der Feuerwehr [...] und der Bundespolizei an einen eigens für diesen Personenkreis aufzubauenden Behandlungsplatz zu bringen, müsste eine gewaltige Entlastung für den originären Behandlungsplatz für die mittelschwer verletzten Patienten (T2-Patienten) ermöglichen. Diese Konzeption gilt in Städten ab einer Größenordnung von ca. 40 Patienten, unterhalb dieser Schwelle kann mit den bisher bewährten Strukturen der Einsatz gemeistert werden.“²⁷²

Ob das Patientenleitsystem, das vor über 30 Jahren in nahezu unveränderter Form eingeführt wurde, den heutigen Anforderungen der Notfallmedizin noch entspricht, kann hier nicht weiter erläutert werden. Tatsache ist aber, dass die Weiterentwicklung in der Medizin nicht auf bloße technische Details reduziert werden kann: Das Bild des Arztes und des Rettungssanitäters ist ebenso zeitgeistlichem Wandel unterlegen wie die Rolle des

²⁷¹ Vgl. RIES 2007: S33

²⁷² RIES 2007: S 33

Patienten, dazu kommen strukturelle Änderungen wie das inzwischen geschaffene Sanitätärgesetz. Diese und andere Gründe haben dazu geführt, dass der Einsatz des PLS in der heute üblichen Form nicht mehr unumstritten ist. Besonders dazu beigetragen haben die Ereignisse vom 11.09.2001 in New York City und die Tsunami-Katastrophe von Südost-Asien (Weihnachten 2004). Beide Szenarien haben klar aufgezeigt, dass es Einsatzdimensionen gibt, die nicht beherrschbar sind, weil sie für Einsatzorganisationen zwar denk-, aber nicht trainier- und schon gar nicht lösbar sind.

Das angeführte Beispiel aus Frankfurt am Main zeigt, dass Rettungsdienste nicht in ihren eingefahrenen Strukturen verkrusten dürfen: technische Neuerungen, strukturelle Weiterentwicklungen und der heutzutage wesentlich höhere Ausbildungsstand der Rettungssanitäter gegenüber den 1980er und -90er Jahren erlauben neue Denkmuster. Immer wieder wird in der Fachliteratur die Überlastungsphase als Hauptproblem des Großschadensereignisses genannt. Was Rettungsdienste gerne als Überlastungsphase bezeichnen, ist aus philosophischem Blickwinkel nichts anderes als ein klassisches Allokationsproblem.

3.3.2.2 Allokation

Unter Allokation versteht man generell die Verteilung vorhandener Mittel. In der Medizin bezieht sich Allokation auf die Bereiche der Diagnostik und Therapie, aber auch auf Pflege, Forschung und Lehre.²⁷³ Darüber hinaus wird zwischen einer Makro- und einer Mikroallokation unterschieden:

„Als *Makroallokation I* wird die Verteilung der Mittel auf oberster oder politischer Ebene bezeichnet: welcher Anteil des Bruttosozialproduktes soll für das Gesundheitswesen zur Verfügung gestellt werden - im Verhältnis etwa zur Bildung, zum Verkehrswesen, zur Verteidigung oder zum Umweltschutz.

Unter *Makroallokation II* wird die Verteilung der Mittel innerhalb des Gesundheitswesens auf Prävention, Kuration und Rehabilitation sowie Forschung und Lehre verstanden. Wie soll die Hierarchie der Förderung aussehen, welcher Bereich soll vor allem Zuwendungen erhalten?

²⁷³ Vgl. ENGELHARDT 2011: S 7

Mikroallokation I meint die Mittelverteilung für bestimmte Krankheiten (Verbreitung, Gefährlichkeit) und spezifische Patientengruppen (Alter, soziale oder regionale Herkunft). Mit dieser Entscheidung wird auch festgelegt, wer diese Hilfe nicht erhalten soll, z.B. nicht eine Dialyse oder nicht ein bestimmtes Organ.

Mikroallokation II bezieht sich schließlich auf die Entscheidung des einzelnen Arztes, seinem individuellen Patienten eine bestimmte diagnostische Maßnahme oder therapeutische Intervention zugänglich zu machen oder vorzuenthalten.²⁷⁴

Allokation muss also gemäß der Differenzierung zwischen Makro- und Mikroebene als Entscheidung gesehen werden, die sowohl medizinisch als auch politisch motiviert ist. Der Übergang der beiden Ebenen bedeutet auch den Wechsel des inhaltlichen Schwerpunktes von Politik zu Medizin und umgekehrt.

- Makro-Allokation I stellt vor allem eine Entscheidung der Politiker und weniger eine Entscheidung der Ärzte dar.
- Makro-Allokation II muss innerhalb der Medizin entschieden werden.
- Mikroallokation I ist vor allem eine evidenz-basierte Einschätzung durch Ärzte.
- Noch stärker ist dies Mikroallokation II als unmittelbare individuelle Entscheidung der Ärzte im Blick auf den einzelnen Patienten.²⁷⁵

Der enge Zusammenhang von Medizin und Politik wird dort deutlich, wo es um Kosten und Einsparungsmöglichkeiten geht:

„Makroentscheidungen können nicht auf dem Rücken der einzelnen Ärzte ausgetragen werden, sondern müssen von der Politik und der Gesellschaft getragen werden. Das Bruttosozialprodukt enthält offensichtlich einen Spielraum, die Kosten für den Gesundheitsbereich liegen in den verschiedenen Ländern der Welt zwischen 5 – 15 %.“

Diesen Spielraum nutzbar zu machen und ihn dynamisch zu gestalten, sieht Engelhardt als eine der wesentlichen Aufgaben der Gesundheitspolitik. Als Begründung für die von ihm eingeforderte höhere Flexibilität in der Mittelverteilung gibt er an, dass sich Probleme in den unterschiedlichen Bereichen der Diagnostik und Therapie, der Pflege und Forschung

²⁷⁴ ENGELHARDT 2011: S 8f.

²⁷⁵ Nach: ENGELHARDT 2011: S 8f.

sowie der Lehre ebenso unterschiedlich stellen. Die Folgen der gegenwärtigen strukturellen Entwicklung des Gesundheitsbereichs sieht er kritisch:²⁷⁶

„Neben begrüßenswerten Kosteneinsparungen ist es ebenso zu kritischen Situationen gekommen. Was Rationalisierung sein sollte, erwies sich nicht selten schon als Rationierung. Die Abrechnung nach Fallpauschalen kann zum Abschieben schwerer oder kostenaufwendiger Fälle führen. Der Abbau von Sachkosten durch Zusammenlegung der Labors verschiedener Kliniken, durch Beschränkung der Röntgenaufnahmen und durch Verschreibung preisgünstiger Arzneimittel kann auch die Qualität gefährden.“²⁷⁷

Abseits der finanzpolitischen Aspekte kann Allokation auch nach formalen und inhaltlichen Perspektiven weiter untergliedert werden, die insbesondere in der Betrachtung von Großschadensfällen von Relevanz sind. Allokations-Dimensionen lassen sich untergliedern in:

- Zentralisiert – dezentralisiert,
- explizit – implizit,
- verdeckt – offen,
- weich – hart,
- direkt – statistisch,
- minimal – maximal,
- ökonomisch – medizinisch –juristisch/ethisch,
- status quo – oder fortschrittsorientiert.²⁷⁸

Eine bewusste Auseinandersetzung mit den oben genannten Allokations-Dimensionen zeigt, dass das Verteilungsproblem auch im Frankfurter Modell weiterhin bestehen muss. Es wird aber durch strukturelle Neuerungen deutlich entschärft, und nicht einfach als bestehende Gegebenheit hingenommen. Das Resultat sollte zu einem höheren Maß an Gerechtigkeit in der Patientenversorgung bei Großschadensereignissen führen.

Das Prinzip der Verteilungsgerechtigkeit sollte nicht nur im Rahmen von Massenunfällen und anderen spektakulären Ereignissen von Relevanz sein. Ausmaß und Reihenfolge

²⁷⁶ Vgl. ENGELHARDT 2011: S 9

²⁷⁷ ENGELHARDT 2011: S 9

²⁷⁸ Nach: ENGELHARDT 2011: S 10

ärztlicher und rettungsdienstlicher Maßnahmen sollten nach den medizinischen Erfolgchancen vorgenommen werden, fordert Steinbereithner, und führt weiter aus:²⁷⁹

„Differenzierung nach Geschlecht, Rasse, sozialem Status oder Alter werden von einigen ‚Sachkennern‘ nicht von vornherein als unerheblich angesehen, der allgemeine Konsens hält jedoch eine derartige Einstellung für untragbar. Der Altersfaktor scheint übrigens jede Relevanz verloren zu haben; Ältere besitzen Jüngeren gegenüber vergleichbare Überlebenschancen nach Reanimation, vor allem aber weisen sie keine längere Hospitalisationsdauer auf. Wie eine Reihe von Autoren betont, ist auch in der Notfallmedizin zunehmend ökonomischer Druck und die Tendenz zu restriktiver Anwendung kostspieliger Geräte und Methoden zu verzeichnen. Wir sind der Überzeugung, daß fragliche Wirtschaftlichkeit (‘enorme Überfinanzierung der Notfalldienste angesichts dürftiger Beweisbarkeit ihrer Wirksamkeit’) keine Leitlinie ärztlicher Entscheidungsfindung sein sollte.“²⁸⁰

Die von Steinbereithner vertretene Meinung findet sich in ähnlicher Darstellung in vielen notfallmedizinischen Werken. Zwei Grundthesen prägen die strategischen Empfehlungen zur Bewältigung von Großschadensereignissen: 1.) Die Überlastungsphase ist ein Faktum. 2.) Das einzige Mittel zur Bewältigung ist Triage. Diese hat ausschließlich nach dem Zustand des Patienten ausgerichtet zu sein.

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurde darauf hingewiesen, dass das als „Überlastungsphase“ bezeichnete Phänomen ein Allokationsproblem darstellt. Dieses ist bereits vor Eintritt eines Schadensereignisses durch gezielte Vorbereitung und Übung hinsichtlich seiner Ausprägung minimierbar.

²⁷⁹ Vgl. STEINBEREITHNER 2000: S 614

²⁸⁰ STEINBEREITHNER 2000: S 614; Die hier angesprochene Gerechtigkeit betrifft nicht nur eine einzige Art von Gerechtigkeit, sondern vermischt unterschiedliche Aspekte der Notfallmedizin miteinander: Allokationsprobleme, Kriterien der Patientenreihung, Ökonomie der Mittel und Leitlinien ärztlicher Entscheidungsfindung sind nur eine willkürliche Auswahl der oben implizit erwähnten Themen. Der zitierte Abschnitt belegt die Notwendigkeit klarer Problemformulierungen.

3.3.2.3 PLS und Triage: Herausforderung in der Ausbildung

Seit über 30 Jahren werden Sanitäter und Ärzte in der Bewältigung von Großschadensereignissen nach nahezu unveränderten Grundthesen geschult und ausgebildet. Neben diversen Detailänderungen erfuhr vor allem der Begriff der Sichtung im Laufe der Zeit jedoch einen gewissen Wandel, wie ein Blick in die Vergangenheit zeigt:

„Sichtung ist keinesfalls eine Aufgabe ärztlicher Laien, zumal auch der erfahrenste Helfer nicht in der Lage ist, klare medizinische Befunde zu erheben, Indikationen zu stellen und verantwortlich zu entscheiden.

Nur ein Arzt kann und darf in Ausübung der Heilkunde entscheiden, wenn es um die Rettung von Menschenleben und die notwendigen Maßnahmen zur Wiederherstellung Kranker und Verletzter geht.“²⁸¹

Dieses argumentativ nicht nachvollziehbare Postulat aus dem Jahr 1991 zeigt rückwirkend, wie wichtig die Einführung des Sanitätergesetzes war, um klarzustellen, dass Rettungssanitäter hochqualifizierte Spezialisten ihres Faches sind, und keine „ärztlichen Laien“. Triage, so forderte der Landesrettungskommandant des Roten Kreuzes 2005, muss im weitesten Sinne jeder Sanitäter durchführen können. Es seien jedoch aufgrund ihrer Erfahrung Notärzte und Notfallsanitäter für diese Aufgabe am besten geeignet, wie er weiter ausführt.²⁸²

Dogmatik und Reflexionsvermögen

Für neu auszubildende Rettungssanitäter stellt das Triage-System oftmals ein erhebliches Problem dar, da es im Rahmen der Ausbildung nur theoretisch dargebracht werden kann, und so einen abstrakten Eindruck vermittelt, der durch markante Aussagen in den Lehrunterlagen zusätzlich unterstrichen wird:

„Die Aufgaben der ersteintreffenden Kräfte sind rein organisatorisch – keinesfalls soll mit der Behandlung oder gar dem Abtransport einzelner Betroffener begonnen werden!“²⁸³

²⁸¹ REBENTISCH 1991: S 453

²⁸² Vgl. HANSAK 2005: S 425

²⁸³ ÖRK 2011b: J8

Allzu leicht wird von den Kursteilnehmern der Rettungssanitäterausbildung übersehen, dass es bei der Bewältigung großer Schadensereignisse anfangs in erster Linie darum geht, bestmögliche Rahmenbedingungen für strukturierte Hilfeleistung zu schaffen. Umso wichtiger ist es daher, im Zuge der Ausbildung explizit festzuhalten, dass „bestmöglich“ nicht mit „optimal denkbar“ gleichzusetzen ist. Dies argumentativ zu untermauern ist didaktisch herausfordernd, da das Triage-System während der Rettungssanitäterausbildung nur grob erläutert werden kann.²⁸⁴ Erst im Laufe der modular aufgebauten Führungskräfteausbildung, die von Rettungssanitätern optional durchlaufen werden kann, werden Triage und PLS intensiv thematisiert. Das Problem, das daraus resultiert liegt darin, dass Großschadensereignisse alle Mitarbeiter eines Rettungsdienstes betreffen können und nicht nur ausgebildete Führungskräfte: bis zum Eintreffen des Einsatzleiters übernimmt die Führung vor Ort ein provisorischer Einsatzleiter. Dabei handelt es sich um den ranghöchsten Mitarbeiter des ersteintreffenden Fahrzeugs. Sofern dieser keine relevante Zusatzausbildung absolviert hat, muss er auf seinen Ausbildungsstand als Rettungssanitäter zurückgreifen. Dieser kann und wird ihm aber keine besondere Einsicht in jene Problemstellungen bieten, die ihn vor Ort erwarten. Es geht dabei nicht um einsatztaktische Belange, sondern um Gewissensfragen. „Habe ich im Sinne des Patienten das Richtige getan?“, gehört zum selbstreflexiven Standardsatz jedes Notfallmediziners. Rettungssanitäter stellen hier keine Ausnahme dar. „Das Richtige“ kann aber niemals dadurch hinreichend definiert werden, dass es der aktuell gültigen Lehrmeinung entspricht. Die Begründung der Handlung muss tiefer greifen und kann auch nicht aus bloßen Dogmen bestehen.

Argumentatives Denken und Handeln, wie es von Sanitätern und Notärzten täglich gefordert wird, ist lern- und trainierbar. Dies sollte schon im Rahmen der Ausbildung berücksichtigt werden, und dadurch verstärkt zur Anwendung gelangen. Auch hier geht es wieder um die Umsetzung von Hartmanns Idee, „das Aktuelle objektiv, wie aus der Vogelschau“²⁸⁵ (s.v.) zu sehen.

²⁸⁴ Die österreichische Sanitäter-Ausbildungsverordnung sieht für die Großthemen Katastrophe, Großschadenseignis und Gefahrgutunfall in Summe vier Unterrichtseinheiten (200 Minuten) Gesamtzeit vor. (HAUSREITHER 2004: S 251)

²⁸⁵ HARTMANN 1962: S 4

Konfrontation mit moralischen Fragestellungen

Die Konfrontation mit moralischen Fragestellungen löst oft Unbehagen aus, was sich in weiterer Folge bei den Betroffenen in Ablehnung manifestiert. Umso wichtiger ist es, dass sich Lehrende dessen bewusst sind und dafür Sorge tragen, dass die Heranführung an solche Themen sanft und mit Bedacht geschieht. Ideal dafür sind moralische Dilemmata, die ohne lange Vorbereitung einen guten thematischen Einstieg bieten, wie beispielsweise:

„Sie treiben in einem Boot und können zehn Kinder retten, wenn sie einen 60jährigen Mann rauswerfen. Wie handeln Sie?“

Oder:

„Sie treiben in einem Boot und können zehn Kinder retten, wenn sie einem 60jährigen Mann nicht ins Boot helfen. Was machen Sie?“

Die daraus entstehenden Diskussionen unter den Teilnehmern werden die wesentlichen Aspekte moralischer Handlungen (und Unterlassungen) zweifelsfrei abdecken. Ein Vorwissen über ethische Konzeptionen ist nicht zwingend notwendig um moralische Fragestellungen zu erkennen und zu verstehen. Im Laufe der Vertiefung, die solche Diskussionen in aller Regel erfahren, spricht aber nichts dagegen, die wesentlichen Grundrichtungen ethischen Denkens auch theoretisch zu erörtern.²⁸⁶ In einem solchen Diskurs müssen mitunter althergebrachte Denkmuster verlassen werden. Dort, wo Argumentation das Dogma ersetzt, fällt das leicht. Somit wird es unumgänglich, die Idee der Triage aus moralphilosophischem Blickwinkel näher zu betrachten.

3.3.2.4 Die Frage der Gerechtigkeit

Obwohl kein größeres Werk zu diesem Thema auszumachen war, das den Sachverhalt explizit angesprochen hätte, steht außer Zweifel, dass die notfallmedizinische

²⁸⁶ Diese Überzeugungen beruhen auf Erkenntnissen im Rahmen langjähriger Lehrtätigkeit des Verfassers sowohl in öffentlichen als auch in privaten Bildungseinrichtungen. In rein medizinisch orientierten, wie auch in medizinethischen Lehrveranstaltungen wurden Teilnehmer aller medizinischen Ausbildungsstufen unterrichtet: vom Ersthelfer bis zum Notarzt.

Vorgangsweise in Großschadensfällen rein utilitaristisch aufgebaut ist. In nahezu keiner Arbeit findet der Umstand Erwähnung, dass man durch das festgelegte Procedere „der Rettung bedürftige und *der Rettung fähige* Patienten zum Wohle anderer Patienten sterben lässt.“²⁸⁷ Dabei spielt es keine Rolle, wie wahrscheinlich es ist, dass dieser Fall tatsächlich eintritt. Relevant ist die Tatsache, dass die bloße Möglichkeit als solche stillschweigend in Kauf genommen wird. Untermauert wird dieses Vorgehen mit der Begründung, dass eine solche Reihung der Patienten einer Vielzahl das Überleben ermöglichen würde (s.v.). Diffizil wird dies, wenn es um die Triagegruppe IV²⁸⁸ geht, die nur im Katastrophenfall vorgesehen ist: es handelt sich hierbei um Patienten mit „geringer Überlebenschance“, in manchen Werken findet sich auch noch die veraltete Bezeichnung „Hoffnungslose“. Der wesentliche Unterschied dieser beiden Bezeichnungen liegt in den Möglichkeiten für den Patienten: während der Terminus hoffnungslos für den Mediziner eine infauste Diagnose bedeutet, impliziert die neuere Diktion eindeutig das Vorhandensein einer Überlebenschance²⁸⁹. Eine Behandlung von Patienten der Triagegruppe IV gilt also nicht unbedingt als aussichtslos. Unklar bleibt die Begründung für die Zuordnung des Patienten zu dieser Gruppe: Liegt ein Verletzungsmuster vor, das keine andere Einstufung erlaubt, oder sind hier, wie so oft gefordert, die Rahmenbedingungen der Katastrophe, allen voran die Allokationen, verantwortlich für das Triage-Ergebnis? Liegt letzterer Fall vor, bedeutet das nichts anderes, als eine Vielzahl anderer Verletzter, denen höhere Behandlungspriorität zugesprochen wird. Es ist also nicht zwingend die ungünstige individuelle Prognose des Patienten, die ihn der Gruppe IV angehörig macht, sondern die relative Verteilung der Verletzungsschwere auf die verschiedenen Gruppen.

„Es bleibt also, wie es scheint, gegenüber diesen Patienten nur die utilitaristische Rechtfertigung, dass sie ihre Zurückstellung akzeptieren müssen, weil das mit insgesamt größeren Vorteilen bei *anderen* Patienten verbunden ist.“²⁹⁰

²⁸⁷ LÜBBE 2001: S 151

²⁸⁸ Im Gegensatz zu den anderen Triagegruppen wurde diese in der vorliegenden Arbeit mit römischen Zahlen gekennzeichnet. Der Grund dafür ist historischer Natur: Die Aktion T4 bezeichnete in der Zeit zwischen 1939 und 1941 die systematische Ermordung erwachsener Patienten in Deutschland. Benannt wurde diese Euthanasie-Aktion nach der Adresse der organisierenden Behörde, der Reichsgemeinschaft für Heil- und Pflegeanstalten in der Berliner Tiergartenstraße 4. (Vgl. FANGERAU 2006: S 240f.) Unter diesem Gesichtspunkt wirkt die Bezeichnung der oben genannten Triagegruppe geradezu zynisch. Dieser Umstand findet bislang weder in den zuständigen Ministerien, noch in den Einsatzorganisationen in irgendeiner Form Beachtung.

²⁸⁹ „Keinesfalls dürfen weitere, regelmäßige Kontrollen dieser Verletzengruppe vergessen werden, falls doch ein Opfer rückgestuft werden könnte.“ (HANSACK 2005: S 426)

²⁹⁰ LÜBBE 2001: S 153

Auch innerhalb der jeweiligen Triagegruppen werden Behandlungsprioritäten festgelegt, die Patienten werden also nicht samt und sonders als gleichwertig hinsichtlich ihrer Behandlungsdringlichkeit betrachtet.²⁹¹ Klare Leitlinien zur Patientenreihung innerhalb der einzelnen Gruppen finden sich in den einschlägigen Lehrwerken nicht. Geht man davon aus, dass das Ideal weiterhin die Maximierung Überlebender sein soll, bedeutet dies, dass konsequenterweise eine Vielzahl unkomplizierter Fälle gegenüber einem einzelnen komplexen (und ressourcenintensivem) zu bevorzugen sind. Der utilitaristischen Argumentation folgend wäre es unangebracht, Zeit, Material und Personal in einen Einzelfall zu investieren, wenn mit den gleichen Mitteln andere (und mehrere) Patienten versorgt werden können, denen im Falle einer Verzögerung immerhin eine Verschlechterung ihres Zustandes drohen kann. Eine Verschlechterung des Zustandsbildes droht aber auch dem komplexen Einzelfall, wenn er zugunsten mehrerer einfacher Fälle zurückgestellt wird. Somit bleibt als einzige Argumentation für die bevorzugte Versorgung der weniger anspruchsvollen Patienten, dass sie in der Mehrzahl sind. Die Kernfrage ist also, ob mehrere Menschenleben rettenswerter sind als ein einzelnes, bzw. ob im Umkehrschluss dort mehr Leid vorhanden ist, wo mehr Personen leiden.

John Taurek²⁹² hat zu dieser Frage einen Aufsatz veröffentlicht, in dessen Mittelpunkt folgende Episode steht: Man hat die Wahl, mittels eines begrenzten Medikamentenvorrats entweder David zu retten, der den gesamten Vorrat benötigt, oder fünf andere Personen, die jeweils nur ein Fünftel der Menge brauchen. Taurek argumentiert, dass der Verlust nicht größer sei, wenn fünf Personen sterben, als wenn David stirbt, da keines der fünf Individuen, und auch sonst niemand, einen größeren Verlust erleide als David: Den, des eigenen Lebens. Somit sei Leid nicht über die Personengrenzen hinweg addierbar und das Leid mehrerer Personen sei daher nicht mehr Leid.²⁹³

„Mehr Leid *für wen?*“ - so lautet die stete Frage, die Taurek dem Befürworter einer effizienzorientierten Ressourcenallokation entgegenhält. ‚Mehr Leid für alle‘ ist als Antwort falsch, denn ‚alle‘ umfasst auch David, der weniger leidet, wenn die fünf anderen sterben. ‚Mehr Leid für die fünf anderen‘ - das ist unklar, denn die fünf anderen sind *als Gesamtheit* kein Subjekt und empfinden kein Leid. ‚Mehr Leid für jeden der fünf

²⁹¹ Vgl. HANSAK 2005: S 426

²⁹² John M. Taurek (* 18.02.1936; † 21.11.2003 in Los Angeles, USA), amerikanischer Ethiker.

²⁹³ Nach: LÜBBE 2001: S 155f.

anderen`? - das ist wiederum falsch, denn jeder der Fünf verliert, wie David, nur sein eigenes Leben.²⁹⁴

Unparteiisch zu entscheiden bedeutet für Taurek, jedem Bedrohten die gleichen Überlebenschancen zu bieten. Als Auswahlkriterium soll etwa ein Münzwurf dienen, der zwischen der Medikamentenvergabe an David oder der Versorgung der fünf anderen entscheidet und so jedem Beteiligten eine 50% Chance zu überleben bietet. Diese Vorgangsweise müsste aber, um stringent zu sein, auch bei großen Zahlendifferenzen zur Anwendung kommen.²⁹⁵

„Nicht nur die Frage `einer oder fünf`, auch die Frage `einer oder fünf Millionen` muss dann per Münzwurf entschieden werden.“²⁹⁶

3.3.3 Ethische Aspekte der Katastrophenmedizin

Wie bereits dargelegt, handelt es sich bei Katastrophen um behördlicherseits erklärte Schadensereignisse. Art und Größe des Ereignisses sind daraus noch nicht ableitbar, ebenso wenig Patientenzahlen oder Verletzungsmuster. Um hier keine Missverständnisse aufkommen zu lassen, sei darauf hingewiesen, dass der irreführende Begriff Katastrophenmedizin auf jedes Großschadensereignis zutrifft, auch, wenn keine behördliche Katastrophenerklärung vorliegt. Der Grund dafür liegt darin, dass es der Betroffene ist, für den das Ereignis katastrophische Dimensionen erreichen kann, auch wenn diese Katastrophe nicht von außen zugesprochen wird. Diesen Betroffenen ist seitens der Rettungssanitäter und Notärzte mit besonderem Respekt und Achtung zu begegnen. Sie sind daher dazu aufgerufen, die „psychotraumatologische Kompetenz im Umgang mit dem Betroffenen aufzubringen, der in seinem Erleben einer Katastrophe ausgesetzt sein mag, die sich in ihrem subjektiv wahrgenommenen Ausmaß und in ihren Folgen nicht von einer gesetzlich definierten unterscheidet.“²⁹⁷

²⁹⁴ LÜBBE 2001: S 156

²⁹⁵ Vgl. LÜBBE 2001: S 157

²⁹⁶ LÜBBE 2001: S 157

²⁹⁷ BUNDESAMT FÜR BEVÖLKERUNGSSCHUTZ UND KATASTROPHENHILFE 2010: S 25

Der Begriff Katastrophe

Der Begriff Katastrophe begegnet uns im täglichen Sprachgebrauch häufig und zumeist undifferenziert. Ursachen und Wirkungen von Katastrophen werden somit oft miteinander vertauscht:

„In der Ökologie und Ökonomie wird immer wieder vor der Katastrophe gewarnt: Sie tritt dann ein, wenn nicht ethisch verantwortet gehandelt wird. Die Katastrophe ist dann das Ergebnis leichtsinnigen Handelns, das das Risiko nicht kennt oder verleugnet. [...]

Eine Unterscheidung von Katastrophen, die von der Natur verursacht sind, ist weit verbreitet. Je mehr sich menschliches Handeln auf die Natur auswirkt, umso weniger ist diese Unterscheidung aufrecht zu erhalten. Im klassischen Sinn als 'Naturkatastrophen' zu bezeichnende Ereignisse erweisen sich dort als besonders katastrophal, wo – wie im Fall des Tsunami in Südostasien zu Weihnachten 2004 – die Flutwelle besonders die Küstengebiete überspült, die früher mit Mangroven bewachsen waren und heute besiedelt sind [...]. Im Hinblick auf die Katastrophe, die durch das Erdbeben im Januar 2010 in Haiti ausgelöst wurde, wird deutlich, dass die Menschen nicht durch das Erdbeben selbst, sondern durch die einstürzenden Gebäude verletzt und getötet wurden. Das Ausmaß dieser Katastrophe vergrößerte sich dadurch, dass ein schwacher Staat nicht in der Lage ist, die Hilfsmaßnahmen effizient zu ermöglichen.

Die Grenzen des Physischen

Für das ethisch verantwortete Handeln in der Katastrophe spielt ihre Ursache, also eventuell ethisch unverantwortliches Handeln vor der Katastrophe, keine unmittelbare Rolle. Wenn allerdings von der Ursache oder der Auswirkung der Katastrophe Helfer bedroht sind, wie dies z.B. bei Ereignissen im Zusammenhang mit Strahlen oder in biologischen und chemischen Gefahrenlagen der Fall sein kann, müssen die Helfer auf die Gefährdung aufmerksam gemacht und vor ihnen geschützt werden.²⁹⁸

Zwei Verfahrensweisen haben sich in Bezug auf solche Gefahrensituationen etabliert: Entweder es gibt einen Einsatzleiter, der bei Überschreiten des zumutbaren Risikos seine

²⁹⁸ BUNDESAMT FÜR BEVÖLKERUNGSSCHUTZ UND KATASTROPHENHILFE 2010: S 23f.

Kräfte in Sicherheit bringt (d.i. ein hierarchisches Unterstellungsverhältnis), oder die Entscheidung liegt nicht beim Einsatzleiter, sondern bei der Einsatzkraft selbst. Diese entscheidet für sich selbst über einen etwaigen Einsatzabbruch, wobei beeinflussende Faktoren wie beispielsweise Gruppenzwang nicht unterschätzt werden dürfen. Vor allem im Bereich der Bergrettungsdienste ist diese Vorgehensweise üblich.

Die Grenzen des Psychischen

Gefährdungen für Einsatzkräfte liegen aber nicht nur in physischer Form vor, auch psychisch sind Mitarbeiter von Rettungsdiensten in Katastrophensituationen besonderer Gefahr ausgesetzt. Dabei sind keine besonderen Einsatzszenarien notwendig, um in Einsatzkräften übermäßige Betroffenheit hervorzurufen. Bestimmte Erlebnisse oder Momente können für Einsatzkräfte, wie für jeden anderen Bürger auch, unbewältigbare Belastungen darstellen. Oftmals sind diese von außen kaum oder gar nicht nachvollziehbar. Die daraus resultierenden Folgen können aber fatal sein:

„[Es] ist nicht auszuschließen, dass einzelne Einsatzkräfte in alltagsnahen Situationen katastrophische Erfahrungen machen, z.B. wenn der Notfallpatient persönlich bekannt oder verwandt ist [...]. Katastrophisches Erleben kann eine psychische Traumatisierung zur Folge haben.“²⁹⁹

Die Vermittlung von Strategien zur Stressbewältigung, eigens installierte Teams zur Stressverarbeitung nach belastenden Ereignissen und die Möglichkeit der Supervision gehören im Roten Kreuz zu den Standards der Psychohygiene für Mitarbeiter. Für die Einsatzplanung bedeutet dies, bereits im Vorfeld davon ausgehen zu müssen, dass ein bestimmter Prozentsatz von Mitarbeitern im Katastrophenfall aufgrund psychischer und/oder physischer Beeinträchtigungen während des Einsatzes ausfällt und in weiterer Folge selbst einer Form von Betreuung bedarf.

²⁹⁹ BUNDESAMT FÜR BEVÖLKERUNGSSCHUTZ UND KATASTROPHENHILFE 2010: S 25

Ziele der Katastrophenmedizin

Verschiedene Autoren haben darauf hingewiesen, dass es nicht die medizinischen Handlungsziele sind, die sich in der Katastrophe anders gestalten, als in alltagsnahen Situationen, sondern dass die Verknappung von Ressourcen eine andere Zweck-Mittel-Kalkulation erzwingt. Dies deckt sich mit den Gegebenheiten jedes anderen Großschadensereignisses. Somit kann für jede Art und Dimension von Großschadensereignissen geltend gemacht werden:

„Ziel des medizinischen Handelns bleibt die optimale Versorgung des Patienten. Wenn jedoch die Ressourcen dazu fehlen, muss ein Konsens darüber hergestellt werden, wem die knappen Ressourcen zugutekommen. [...]

In unserer Gesellschaft besteht Konsens im Hinblick darauf, dass die Rettung und Wiederherstellung der Gesundheit möglichst vieler Menschen – ohne Ansehen der Person – die höchste Priorität in der Katastrophe hat.

Ethisch verantwortetes Handeln kann unter diesen Umständen auf Priorisierung (im Rahmen einer Sichtung oder Triage) nicht verzichten. Die Kriterien für die Priorisierung müssen vor der Katastrophe in einem transparenten Verfahren definiert und veröffentlicht sein. Die adäquate Vorbereitung auf eine Katastrophe beinhaltet die Festlegung darauf, wer die Priorisierung konkret durchführt und verantwortet.“³⁰⁰

Wie bereits erwähnt ergibt sich aus dieser Forderung eine besondere Notwendigkeit der Vorbereitung, die schon im Rahmen der Qualifizierung, also während der Ausbildung, zu erfolgen hat. Hier müssen auch gesellschaftliche Werte thematisiert werden, die als Grundlage für Verhaltensweisen in außergewöhnlichen Lagen anzusehen sind:

„Im Katastrophenfall gilt [...] ethisch als akzeptiert, dass die Interessen des Individuums in denen der Gesellschaft, des Betroffenenpools [...] aufgehen. In diesem Sinne erklärte der Weltärztebund in seinem Statement zur Ethik im Katastrophenfall im Jahre 1994:

‘Under disaster condition it is agreed to abandon one’s commitment of treatment of a single person in favour of stabilizing vital function of many patients. [...] It is unethical

³⁰⁰ BUNDESAMT FÜR BEVÖLKERUNGSSCHUTZ UND KATASTROPHENHILFE 2010: S 25f.

for a physician to persist, at all costs, at maintaining the life of a patient beyond hope, thereby wasting to no avail scarce resources needed elsewhere.’³⁰¹

Verbesserungspotential der Katastrophenmedizin

Das Thema Katastrophenschutz hat in den vergangenen Jahren wieder deutlich an Beachtung gewonnen. Diese erhöhte Sensibilität ist sicher auf einschlägige Erfahrungen zurückzuführen.³⁰² Die so gewonnenen Erkenntnisse fließen direkt in den Katastrophenschutz ein, der sich immer mehr zur multidisziplinären Wissenschaft wandelt.³⁰³ Dennoch liegt auch hier weiterhin eine Mangelsituation vor:

„Der Katastrophenschutz leidet zurzeit noch an Mängeln, wie z.B.:

Auswertungsmängel,

Planungsmängel,

Ausbildungsmängel,

Motivationsmängel,

Innovationsmängel,

Kommunikationsmängel und

Akzeptanzmängel.“³⁰⁴

Zur Behebung dieser Mängel könnte eine ethische Grundschulung der Akteure, ebenso wie im regulären Notarzt- und Rettungsdienst, positiv beitragen. Es ist nicht erforderlich, ein ganzes Studium der Philosophie zu absolvieren, um die Grundzüge der Moralphilosophie zu verstehen. Diese aber, in Kombination mit Elementen der Logiklehre und der

³⁰¹ BUNDESAMT FÜR BEVÖLKERUNGSSCHUTZ UND KATASTROPHENHILFE 2010: S 93

³⁰² „Die organisatorischen Grundlagen für das Staatliche Krisen- und Katastrophenschutzmanagement (SKKM) wurden durch Beschluss der Bundesregierung vom 20. Jänner 2004 geschaffen. Mit diesem Beschluss wurde ein Koordinationsausschuss für das Staatliche Krisen- und Katastrophenschutzmanagement eingerichtet, der alle Bundesministerien und Bundesländer sowie Einsatzorganisationen und Medien umfasst. Den Vorsitz hat dabei der Generaldirektor für die öffentliche Sicherheit. Die Bundeswarnzentrale im BM.I fungiert als permanente Ansprechstelle. Die Zusammenarbeit mit den Bundesländern und der erforderliche Informationsaustausch erfolgt über die Landeswarnzentralen.“ (KRAJNZ 2010: S 260)

³⁰³ EU-weit werden folgende Bereiche der SKKM-Strategie 2020 auf Englisch als relevant bezeichnet: Prevention (Katastrophenverhinderung), Preparedness (Katastrophenvorsorge), Response (Katastrophenhilfe) und Rehabilitation (Beseitigung der Katastrophfolgen). (Nach: KRAJNZ 2010: S 261)

³⁰⁴ PÖLZL 2010: S 230

Wissenschaftstheorie³⁰⁵ versehen, können maßgeblich dazu beitragen, Problemfelder neu zu bewerten und einer Lösung zuzuführen. Denkbare Ansätze hierfür wären sowohl theoretischer als auch praktischer Natur auszumachen.

Erste Grundlagen zur Behebung der genannten Mängel beinhaltet die modular strukturierte Führungskräfteausbildung im Roten Kreuz. Dort lehrt man beispielsweise die auszubildenden Einsatzleiter, in Schadensfällen das Prinzip „Hilfe zur Selbsthilfe“³⁰⁶ umzusetzen, und so Strukturen in Chaos-Situationen zu schaffen. Dies geschieht nach Methoden, die den wissenschaftstheoretischen Grundlagen der Selbstorganisation entsprechen, wie Parallelen zu praktischen Empfehlungen für Unternehmen zeigen:

„Ordnung entsteht ‚selbstbestimmt‘ (autonom):

Bei entsprechendem Handlungsspielraum können alle Organisationsmitglieder selbst an der sie betreffenden Ordnung mitwirken. Die entstehende Ordnung wird dadurch den Bedürfnissen der Betroffenen besser angepasst und in Hinblick auf die Unternehmensziele effizienter. Grundsatz: *Kreiere die Selbstorganisation!*

Ordnung entsteht ‚von selbst‘ (autogen):

Die immanente Rationalität selbstorganisierender Prozesse führt zu wünschbaren Ergebnissen. Man sollte die Selbstorganisation zulassen. Grundsatz: *Respektiere die Selbstorganisation!*

Durch selbstorganisierende Prozesse entstehen auch unerwünschte, schädliche Muster, die man beeinflussen möchte. Grundsatz: *Kanalisiere die Selbstorganisation!*³⁰⁷

Der Bildungsmarkt bietet mittlerweile eine Vielzahl an Möglichkeiten, sich dem Themenfeld rund um Katastrophen zu widmen: ein Beispiel dafür ist etwa der Universitätslehrgang für Krisen- und Katastrophenmanagement, der an der Grazer Karl-Franzens Universität angeboten wird.

³⁰⁵ Vor allem das junge wissenschaftstheoretische Gebiet der Selbstorganisation ist hier zu erwähnen. Als direktes Bindeglied zur Psychologie spielen Selbstorganisation, Chaos und Emergenztheorie eine große Rolle. (vgl. FREUND 2006: S 18ff.)

³⁰⁶ Ziel dieser Idee ist, den Einsatz personeller Ressourcen zu optimieren. Durch die Herstellung von Sozialkontakten innerhalb der vom Schadensereignis betroffenen Bevölkerungsgruppe wird es möglich, Einsatzkräfte nur noch dort einzusetzen, wo diese wirklich unabkömmlich sind. „Outsourcing“ und „Networking“ haben also auch in der Katastrophenhilfe ihre Bedeutung.

³⁰⁷ GÖBEL 2006: S 254

Medizin und Notfallmedizin im speziellen sind also längst Gegenstandsbereich wissenschaftlicher Untersuchungen geworden. Im Bereich der Humanmedizin trägt man diesem Umstand Rechnung in Form des Studiums der medizinischen Wissenschaft. Forschung in der Notfallmedizin wird vor allem in der Gegenwart immer bedeutungsvoller, da einerseits die Anforderungen an wissenschaftlichen Output steigen und andererseits neue Erkenntnisse nicht mehr etablierbar sind, wenn sie nicht evidenzbasiert sind.

3.3.4 Evidence-Based Medicine und Forschung in der Notfallmedizin

Seit etlichen Jahren prägen zwei unterschiedliche Auffassungen hinsichtlich grundlegender wissenschaftlicher Paradigma die gesamte medizinische Wissenschaft:

„‘Opinion Based Medicine’, meinungsbasierte Medizin, reflektiert eine Rezeption, Anwendung und Weitergabe von Wissen unter weitgehender Akzeptanz von Autoritätsmeinungen ohne genaue Prüfung ihrer Qualität an tatsächlichen Erkenntnissen. Demgegenüber bemüht sich die ‘Evidence-Based Medicine’ (EBM) um permanentes kritisches Hinterfragen und Evaluation der Grundlagen des medizinischen Handelns in Diagnostik und Therapie gleichermaßen sowie um eine Weitergabe medizinischen Wissens auf der Basis der besten verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnisse und nicht zuletzt um eine Anregung neuer Forschungsvorhaben zur Beantwortung wichtiger, konkreter medizinischer Problemstellungen.“³⁰⁸

3.3.4.1 Evidence-Based Medicine

In enger Zusammenarbeit konnten Epidemiologen und Kliniker zu Beginn der 80er Jahre des 20.Jhdts. einen neuen wissenschaftstheoretischen Ansatz in der Medizin entwickeln: Die Methodenlehre EBM, deren philosophische Ursprünge in die Mitte des 19. Jhdts. zurückreichen.³⁰⁹

„Kernthema der EBM ist das lebenslange, problemzentrierte Lernen mit dem Ziel [...],

³⁰⁸ LEWAN 1998: S 91

³⁰⁹ Vgl. LEWAN 1998: S 91

- medizinische Informationsdefizite in beantwortbare Fragen zu kleiden
- die besten verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnisse zu deren Beantwortung auf möglichst effiziente Art aufzufinden
- deren Validität und klinische Relevanz kritisch zu beurteilen
- die Analyseergebnisse in die klinische Praxis zu implementieren
- die eigene Leistung zu evaluieren.³¹⁰

Als Brückenschlag zwischen medizinischer Forschung einerseits und (prä)klinischer Praxis andererseits haben sich wissenschaftliche Publikationen etabliert, deren Zahl in den letzten Jahren sprunghaft angestiegen ist. Ein Grund dafür liegt sicherlich in den neuen Medien, allen voran das Internet, ein weiterer in der Neustrukturierung des Medizinstudiums in Österreich und der seither geltenden Bedingung für jeden Absolventen, eine Abschlussarbeit zu verfassen. Der massive quantitative Anstieg von Studien und Arbeiten geht nicht zwingend mit einem Qualitätsanstieg gleichen Ausmaßes einher. Umso wichtiger sind klare Kriterien zur Literaturbewertung: Anschließend an die Formulierung einer klaren Problemstellung und die dementsprechende Literaturwahl sind die Fragen zu beantworten, ob 1.) die Ergebnisse der Studie valide sind, 2.) wie genau die Ergebnisse der Studie lauten und 3.) ob mit Hilfe der Studienergebnisse die Behandlung der Patienten verbessert werden kann.³¹¹

Möglichkeiten von EBM in der Notfallmedizin

Notfallmedizin kann auf zweierlei Arten mit EBM in Beziehung gebracht werden: Einerseits kann sie als Wissensgebiet fungieren, das mittels EBM genau betrachtet werden soll und dadurch selbst als Untersuchungsgegenstand dient³¹². Andererseits kann sie auch als Lieferantin für Datenmaterial genutzt werden, das beispielsweise für Studien benötigt wird. Medizinische Studien werden nach festgelegten Standards durchgeführt und können zweckorientiert auf unterschiedliche Arten vorgenommen werden. Wesentlich ist hierbei,

³¹⁰ LEWAN 1998: S 91

³¹¹ Nach: LEWAN 1998: S 93

³¹² Ein Beispiel dafür wäre die Evaluierung notfallmedizinischer Maßnahmen, wie sie mindestens seit 1997 im US-amerikanischen Raum gefordert wird: „The ultimate responsibility of the EMS community is to provide its patients with the best possible care. This requires that the EMS system must continually evaluate and improve itself. QA and QI methods review care and compare it with established norms of care. These practices are researched to assess their relevance. As a field that has been in existence for less than 30 years, there are many areas of EMS care that must be critically evaluated.“ (SWOR 1997: S 43)

dass die jeweiligen Vergleiche unter Kontrolle von Störgrößen wie Alter, Geschlecht etc. durchgeführt werden, da Unterschiede ausschließlich auf Behandlungen rückführbar sein sollen. Werden die Probanden nach Zufallsprinzip gewählt, spricht man von randomisierten Bedingungen. Zum Zweck der Beobachtungsgleichheit³¹³, um Erwartungshaltungen auszuschließen, empfehlen sich Blindversuche.³¹⁴ Werden bestimmte Probanden aus einer Population untersucht (z.B. männliche Raucher zwischen 30 und 59 Jahren), spricht man von einer Kohortenstudie. Zuletzt können Studien auch retrospektiv durchgeführt werden: man sucht dabei nach Fällen und erstellt Kontrollgruppen (z.B. Melanompatienten und deren Sonnenschutz während der Kindheit). Grundsätzlich ist wissenschaftliche Evidenz hierarchisch zu sehen: an ihrer Spitze stehen systematische Reviews, gefolgt von randomisierten kontrollierten Studien. Darunter finden sich Kohorten- und Fallkontrollstudien. Querschnitt- und Korrelationsstudien sowie Expertenmeinungen bilden die Basis.

Die Auswahl der oben genannten Charakteristika ergibt das sogenannte Studiendesign. In Abhängigkeit der Kriterienauswahl für Probanden, aber auch aus anderen Überlegungen heraus³¹⁵, kann sich die Notwendigkeit ergeben, die Studie an mehreren Standorten gleichzeitig durchzuführen. In solchen Fällen spricht man von multizentrischen Studien.

Einschränkungen für EBM in der Notfallmedizin

Jede Studie muss vor Beginn bei der zuständigen Ethikkommission eingereicht werden, alle Studien an Patienten müssen ein gültiges Votum der Ethikkommission aufweisen können. Dazu ist es notwendig, bei Antragstellung genaue Angaben zu allen Einzelheiten der Studie zu machen. Der genaue Projekttitel, Sponsoren, Eckdaten und Fachgebiete sind ebenso zu nennen, wie Angaben zu Patienten, Versicherungen und Datenschutz.

„Die Kommission beurteilt klinische Prüfungen von Arzneimitteln und Medizinprodukten, die Anwendung neuer medizinischer Methoden und angewandte medizinische Forschung am Menschen unter Beachtung der Grundsätze der Deklaration von Helsinki, der ICH-

³¹³ „Jede Beobachtung ist eine Beobachtung im Lichte einer Theorie.“ (POSER 2001: S 126)

³¹⁴ Einfachblindversuch: unbekannt für den Patienten, Doppelblindversuch: unbekannt für den Patienten und den Arzt, offene Studie: die Zuordnung ist dem Arzt und dem Patienten bekannt.

³¹⁵ Mögliche Ziele wären etwa der Ausschluss regionaler Phänomene oder eine Erleichterung der interdisziplinären Zusammenarbeit.

GCP Guidelines und unter Einhaltung der einschlägigen Regelungen des österreichischen Arzneimittelgesetzes (AMG), des österreichischen Medizinproduktegesetzes (MPG), des Stmk. Krankenanstaltengesetzes (KALG), des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG), sowie aller anderer in Betracht kommenden einschlägigen Rechtsvorschriften auf ihre ethische Unbedenklichkeit.“³¹⁶

Grenzen der EBM in der Notfallmedizin

Die Richtlinien, die hier aufgestellt wurden, sind in erster Linie dazu gedacht, Patienten zu schützen. Dieser Form des Patientenschutzes kommt speziell im deutschsprachigen Raum eine besondere Rolle zu, da sie in direkter Folge aus den „Forschungsarbeiten“ resultiert, die während der Zeit der NS-Herrschaft durchgeführt wurden³¹⁷. In einigen Fällen kommt es aber vor, dass genau diese Schutzfunktion zu Paradoxa führt. Dies ist beispielsweise im Bereich der Kinderheilkunde der Fall, wo Kindern Medikamente verabreicht werden, deren Wirkungsweise nur an Erwachsenen beobachtet wurde, da es nur unter bestimmten Ausnahmen möglich ist, an Kindern zu forschen.

3.3.4.2 Forschung

Medizinische Forschungstätigkeit stellt nicht nur einen riesigen Wissenschaftsbereich dar, auch ihre wirtschaftliche Bedeutung ist beachtlich. Eine umfassende Betrachtung aller damit verbundenen Aspekte würde den Rahmen dieser Arbeit bei weitem übersteigen, deshalb soll hier nur auf spezielle Merkmale medizinischer Forschung im Bereich der Präklinik eingegangen werden.

³¹⁶ MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT GRAZ 2011: <http://www.meduni-graz.at/ethikkommission/Graz/> (Zugriff: 03.11.2011, 10.40 Uhr)

³¹⁷ Ähnliche historische Lasten ruhen auch auf den Bürgern anderer Nationen - stellvertretend hierfür seien Japan und die Nachfolgestaaten der UdSSR genannt. Neben „unethischer“ Forschung, jener also, die nicht den genannten Richtlinien entspricht, wirft ein weiterer Themenkomplex Fragen auf: Biomedizinische Forschung zu Kriegszwecken. Etliche Details zum „biologischen Wettrüsten“ wurden ab 1992 bekannt, nachdem Kanatjan Alibekow, ehemaliger Leiter von Biopreparat, in die USA übergelaufen ist. Dort berichtete er 1999 bei einem Vortrag unter seinem neuen Namen Ken Alibek: „Es gibt drei Gründe, warum ich heute über eine mögliche Biowaffen-Forschung in Russland besorgt bin. Erstens sind viele der früheren Produktionsanlagen niemals von internationalen Inspektoren oder von ausländischen Repräsentanten besucht worden. Zweitens leugnet Russland in der Öffentlichkeit weiter die Größe oder sogar die Existenz des früheren Biowaffenprogramms. Und drittens gab es unter der von russischen Wissenschaftern veröffentlichten Fachliteratur viele Studien, wo ich das Gefühl habe, dass es sich um Dual-Use-Arbeit oder sogar um reine Biowaffenforschung handelt.“ (LANGBEIN 2002: S 124)

Besonderheiten präklinischer Forschung

Präklinische Forschungsarbeit steht größtenteils vor anderen Herausforderungen als intramurale Forschung. Das Probandenkollektiv ist oftmals stark eingeschränkt und/oder tritt nur sehr unregelmäßig auf. Geringe Probandenzahlen machen multizentrisches Arbeiten nahezu unumgänglich, wobei die Fehlermöglichkeit durch äußere Störfaktoren steigt. Dazu gesellt sich ein Problem, das schon 1996, als EBM in der Notfallmedizin so gut wie nicht vorkam, bestand:

„Sie [die Notfallpatienten, Anm.] sind meist nicht zustimmungsfähig, sei es durch Bewusstlosigkeit oder durch Beeinträchtigung des Allgemeinzustandes. Damit ist die Aufklärungs- und Einwilligungspflicht des Untersuchers stark beeinträchtigt bzw. nicht möglich. Eine schriftliche Zustimmung ist nahezu unmöglich und eine mündliche Einwilligung, selbst bei guter Dokumentation des Untersuchers, fragwürdig. Die Patienten sind auch meist nicht einsichtsfähig, da sie weit größere Probleme im Zusammenhang mit ihrer akuten Erkrankung belasten. Dies beeinträchtigt und erschwert nicht nur die Rekrutierung, sondern beeinflusst auch die Zustimmungsfähigkeit. Es wird deshalb für die nicht oder nur eingeschränkt zustimmungsfähigen Patienten der sogenannte ‘deferred consent’ oder ‘two-step consent’ gefordert [...], eine einstweilige, vorläufig mündliche oder schriftliche Zustimmung zur wissenschaftlichen Untersuchung, die zum ehest möglichen Zeitpunkt definitiv ergänzt und nochmals eingeholt werden muß. Grundvoraussetzung dafür ist eine Aufklärung des Patienten am Notfallort, dessen Ausmaß sich an der Geschäftsfähigkeit des Patienten orientiert, eine exakte Studienplanung, die Zustimmung der Ethikkommission und eine genaue Dokumentation über die zusammen mit dem Patienten getroffene Entscheidung.“³¹⁸

Auch heute noch, 15 Jahre später, sind die grundlegenden Verhältnisse die gleichen, wenngleich die geschaffenen Rahmenbedingungen gut dazu geeignet sind, Integrität, Würde und Privatsphäre der Patienten zu schützen:

„Das Forschungsinteresse steht [...] dem Recht auf Selbstbestimmung gegenüber, das von den potenziellen Studienteilnehmerinnen und -teilnehmern nicht ausgeübt werden kann.

³¹⁸ LUGER 1996: S 2

Auch eine stellvertretende Einwilligung eines Sachwalters kommt in der Regel – mangels zeitgerechter Verfügbarkeit – nicht in Betracht.³¹⁹

Präklinische Forschung und Ethik

Mit dieser klaren Stellungnahme wird nicht nur ganz offen das Autonomieproblem angesprochen. Gleichzeitig wird ausgedrückt, worin der eigentliche Unterschied zwischen klinischer und präklinischer Forschung besteht: Die Ausgangsbedingungen sind in keiner Weise vergleichbar. Während klinische Studienteilnehmer üblicherweise über längere Zeiträume hinweg ausgewählt werden können, was sorgfältige Abwägung etwaiger Risiken und ausführliche Aufklärungsarbeit am Patienten erlaubt, findet Notfallmedizin ihr Tätigkeitsfeld in Notfallsituationen, die als Akutereignisse auftreten und somit nicht planbar sind:

„Rechtlich ist die Forschung in der Notfallsituationen im Arzneimittel- und im Medizinproduktegesetz geregelt. Eine Notfallsituation ist durch den unerwarteten Eintritt gekennzeichnet, der unmittelbares Handeln erforderlich macht und mit dem Verlust der Urteil- und Einsichtsfähigkeit einhergeht. Beide Gesetze ermöglichen unter bestimmten Voraussetzungen die Einbeziehung nicht einwilligungsfähiger Personen in Forschungsprojekte. Diese Voraussetzungen beinhalten u.a., dass keine Anhaltspunkte für eine Ablehnung seitens der einzuschließenden Person bestehen, dass die Studie nur in der betreffenden Notfallsituation durchgeführt werden kann und dass die Ergebnisse zur Validierung bereits vorhandener, auf anderem Weg erhobener Daten unbedingt erforderlich sind. Weiters muss das Arzneimittel oder das Medizinprodukt für die Anwendung in der betreffenden Notfallsituation bestimmt sein und die Studie für die teilnehmenden Personen potenziell von Nutzen sein. Unter diesen Voraussetzungen kann eine – entsprechend erfahrene – Ethikkommission die Durchführung der Studie befürworten. Nach Wiedererlangung der Einwilligungsfähigkeit darf die Studie nur nach nachträglicher Aufklärung und Einwilligung fortgesetzt werden.“³²⁰

³¹⁹ REHAK 2009: S 317

³²⁰ REHAK 2009: S 317

Für bestimmte Maßnahmen gaben Ethikkommissionen in der Vergangenheit keine Studien frei: Die Wirkung von Sauerstoff war beispielsweise lange Zeit wissenschaftlich nicht belegt, ähnliches gilt für die Anwendung von Adrenalin als Medikament in der cardiopulmonalen Reanimation.

Vor allem im Bereich der oben genannten Sauerstoffapplikation³²¹ wurde unter anderem deswegen über viele Jahre hinweg unkritisch eine hohe Dosierung in der präklinischen Anwendung gefordert, Nebenwirkungen blieben weitgehend unbeachtet³²². Dass die Auswirkungen dieser Forderung nicht uneingeschränkt als gut betrachtet werden können, ist heute klar:

„Fast jeder fünfte Patient, der an US-Kliniken reanimiert wird, hatte der Studie zufolge bei der Blutgasanalyse einen PaO₂ von 300mm Hg oder mehr. 63 Prozent der Patienten starben trotz dieser ‚Hyperoxie‘.

Vielleicht starben einige Patienten auch aufgrund der hohen Sauerstoffwerte, denn in der Vergleichsgruppe der Patienten mit einer Normoxie (PaO₂ <300mg Hg) betrug die Sterberate nur 45 Prozent, wie J. Hope Kilgannon vom Cooper Hospital in Camden/New Jersey in einer Analyse der Datenbank IMPACT ermittelte, an der sich 120 US-Kliniken beteiligten. Selbst in der Gruppe der Patienten einer Hypoxie war die Sterberate mit 57 Prozent geringer als in der Hyperoxie-Gruppe.“³²³

Retrospektive Studien³²⁴ an Patienten mit Asystolie und viele andere wissenschaftliche Arbeiten brachten vor allem in den letzten Jahren neue Erkenntnisse aufgrund derer die Sauerstofftherapie in der Notfallmedizin, insbesondere nach erfolgreicher Reanimation,

³²¹ Schon vor Einführung des Sanitätsgesetzes war es üblich, dass Sanitätspersonal Notfallpatienten Sauerstoff verabreichte. Dass dies illegal war, wird heute im Sanitätsgesetz explizit festgehalten: „Die Sauerstoffapplikation ist [...] rechtlich als ‚Verabreichung von Arzneimitteln‘ zu werten [...]. Die Berufsbilder und Tätigkeitsbereiche der Sanitätshilfsdienste, insb der Sanitätsgehilfen/Sanitätsgehilfinnen, berechtigten [...] vor In-Kraft-Treten des SanG *nicht* zur Durchführung der Verabreichung von Arzneimitteln. Die Übertragung der ärztlichen Tätigkeit der Sauerstoffapplikation an Angehörige des Gesundheitsberufes „Sanitätsgehilfe“ [...] war daher nicht zulässig. (HAUSREITHER 2004: S 68)

³²² „Sauerstoff ist ohne Frage lebenswichtig, Sauerstoff ist aber auch ein starkes Oxidierungsmittel, das Enzyme angreift und wichtige Stoffwechselfunktionen stören kann.“ (DEUTSCHES ÄRZTEBLATT 2011: www.aerzteblatt.de/nachrichten/41446/Herzstillstand_Zu_viel_Sauerstoff_kann_schaden.htm; Zugriff: 08.11.2011, 09.30 Uhr)

³²³ Ebd.

³²⁴ Werden im Rahmen retrospektiver Studien Daten mehrerer Datenbanken aus Analysegründen zusammengeführt, handelt es sich dabei um Forschung an identifizierbaren Daten. Diese stellt nach Artikel 1 der Deklaration von Helsinki Forschung am Menschen dar und ist somit einer Ethikkommission zur Begutachtung vorzulegen. (Vgl. REHAK 2009 S 317)

neu zu überdenken und zu bewerten ist. Die Grazer Notarztstützpunkte nehmen hier eine herausragende Stellung ein: Neben den Standard-Techniken der Pulsoxymetrie³²⁵ und der Kapnometrie³²⁶ gibt es auf allen Grazer Notarztefahrzeugen ebenso wie auf den Jumbos die Möglichkeit zur präklinischen Blutgasanalyse, die nicht nur patientenoptimierte Beatmung, sondern in jedem Fall eine Beurteilung des pulmonalen Gasaustauschs und des Säure-Basen-Haushalts erlaubt. Möglich ist diese Sonderstellung hinsichtlich verwendbarer Geräte und Techniken auf den Grazer Jumbos ausschließlich durch die Institution des Medizinercorps, das als historisch gewachsenes Bindeglied zwischen Rettungsdienst, Klinik und Medizinischer Universität Graz fungiert.

Doch nicht nur die Notarztefahrzeuge und Jumbos sind auf bestmöglichem Stand der Medizintechnik. Die Kombination aus modernen Geräten und neuen Lehrmeinungen stellt sicher, dass auch in jedem RTW die gesamte Patientenversorgung in vorbildlicher Weise dem aktuellen Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse entspricht. Rettungssanitäter haben mittlerweile gute diagnostische Hilfsmittel für eine umfassende Patientenbeurteilung zur Verfügung: Pulsoxymetrie und Blutzuckermessung sind beispielsweise nicht mehr als ärztliche Maßnahme anzusehen, wie dies lange Zeit der Fall war, sondern stellen explizite Aufgaben von Sanitätern dar.³²⁷

3.3.4.3 Ethik in EBM und Forschung

Evidenzbasierte Medizin weist zahllose Fallen auf und bringt enormen Arbeitsaufwand mit sich. Dieser bleibt oft unbelohnt, weil die Studie möglicherweise methodische Fehler aufweist, statistisch nicht interpretierbar ist oder gar eingestellt werden muss, bevor sie ein Resultat erbringt. Trotzdem ist dieser Weg heute unbestritten als klare Verbesserung für Lehre und Praxis anzusehen, deren Früchte sich nicht ausschließlich auf akademischer Ebene beschränken, sondern in der Tat beim Patienten ankommen.

Von Studien muss zu erwarten sein, dass sie nicht nur den genannten akademischen Bedingungen entsprechen, sondern auch, dass die Patientenversorgung, die im Rahmen

³²⁵ Noninvasives (transkutanes) Verfahren zur Messung der prozentualen (Sauerstoff)-Sättigung des Hämoglobins.

³²⁶ Messung des endexpiratorischen Kohlendioxid-Gehalts der Ausatemluft zur Anpassung des Atemminutenvolumens bei künstlicher Beatmung.

³²⁷ Vgl. ÖRK 2011b: H47

einer Studie durchgeführt wird, durch diese nicht negativ beeinflusst wird. Die bloße Forderung, der Patient dürfe durch die Maßnahmen und Folgen der Forschung keinen Schaden nehmen, ist zu kurz gegriffen:

Das gesamte Einsatzteam ist dafür verantwortlich zu machen, dass die Versorgung des Notfallpatienten auch unter Studienbedingungen nicht verzögert wird. Ebenso hat die Mannschaft für die Tatsache Sorge zu tragen, dass die Patientenversorgung nach dem jeweiligen Golden Standard erfolgt. Es muss darüber hinaus gewährleistet sein, dass die Organisation und die Planung der Studie selbst, insbesondere die Finanzierung, keinen Bias-Effekt mit sich ziehen können. Gefahr droht hier vor allem von Seiten der Studien-Sponsoren, wie ein mehrteiliger Artikel im Deutschen Ärzteblatt belegt:

„Bei der Beurteilung eines Arzneimittels führen Angaben aus publizierten Studien, die von pharmazeutischen Unternehmen finanziert wurden, häufig zu einem verzerrten Bild. Dies wird nicht durch die methodische Qualität der Arzneimittelstudien erklärt.“³²⁸

„Die Finanzierung durch ein pharmazeutisches Unternehmen wirkt sich in verschiedenen Bereichen im Ablauf einer Arzneimittelstudie aus und führt häufig zu einem für den pharmazeutischen Sponsor positiven Ergebnis. Der Zugang der Öffentlichkeit zu Studienprotokollen und Ergebnissen muss gewährleistet werden. Darüber hinaus sollten verstärkt Arzneimittelstudien durchgeführt werden, die unabhängig von pharmazeutischen Unternehmen finanziert werden.“³²⁹

Einflussnahme auf Studienergebnisse wird immer wieder versucht. So versuchte etwa der Hersteller eines innovativen Rettungsgerätes, das zu Testzwecken auf den Grazer Notfallwagen mitgeführt wurde, hinsichtlich des Testresultates zu intervenieren. Als dies an mehreren Stellen erfolglos blieb und sich immer stärker herauskristallisierte, dass das Produkt nicht den vom Hersteller angekündigten Erfolg bringt, wollte die Firma zunächst jede diesbezügliche Publikation unterbinden, weiters forderte die Produktionsfirma kurzerhand ihr Eigentum zurück.

Gerade solche Beispiele belegen die Notwendigkeit klarer Regeln und Vorgangsweisen bei Studien, an die sich auch die Rettungsdienste zu halten haben. Ein Abweichen davon muss

³²⁸ SCHOTT 2010a: S 282

³²⁹ SCHOTT 2010b: S 299

als unethisch bezeichnet werden, abgesehen davon, dass auch gesetzliche Konflikte (z.B. mit dem Ärztegesetz) nicht ausgeschlossen sind. Zu guter Letzt muss es im Interesse des Rettungsdienstbetreibers selbst liegen, allen wissenschaftlichen Ansprüchen einer Studie gerecht zu werden, allein schon um dem Verdacht zu entgehen, manipulativ auf die Organisation oder Durchführung der Studie eingewirkt zu haben.³³⁰

„Es bleibt zu hoffen, daß EBM nicht zur Rationierung und Rationalisierung instrumentalisiert wird. [...] Es dürfte aber im Endeffekt allen jenen, die mehr als kurzfristig denken können, ein Anliegen sein, auch für die Notfallmedizin eine sichere wissenschaftliche Basis zu schaffen.“³³¹

3.4 Evidenzbasierte Ethik

Angesichts der Entwicklungen, die die Rahmenbedingungen ärztlichen Handelns in den vergangenen Jahren geprägt haben, zeigt sich die Notwendigkeit, diese systematisch zu kategorisieren. Psychologische, ethische, ethnische und viele weitere Komponenten prägen heute die Medizin. Die bloße handwerkliche Komponente der Patientenversorgung scheint in ihrer Bedeutung in den Hintergrund zu rücken, obwohl sie immer noch das eigentliche Kernelement darstellen sollte. Diese Entwicklung betrifft alle Bereiche der Medizin, klinische genauso wie präklinische. Es ist also unumgänglich, die Schnittstellen der rettungsdienstlichen und notärztlichen Patientenversorgung mit dem klinischen Bereich zukünftig stärker zu strukturieren. Besonders klar wird das im Bereich der interdisziplinären Forschung, in die Klinik und Präklinik gleichermaßen eingebunden sind.

³³⁰ „Unter dem Titel ‘Scientists behaving badly’ erschien im Jahr 2005 eine Studie in der Fachzeitschrift *Nature*, in der etwa ein Drittel von mehr als 3.200 befragten Wissenschaftlern zugab, in den letzten drei Jahren mindestens einmal in Bezug auf ihre Forschungen gelogen, betrogen oder sich anderer fragwürdiger Methoden bedient zu haben.“ (FANGERAU 2006: S 283)

³³¹ LEWAN 1998: S 101

3.4.1 Der Begriff Evidenz im Licht der Ethik

Grundsätzlich kann der Zusammenhang von Ethik und Evidenz auf zwei Arten betrachtet werden: einerseits in Form der Fragestellung, welche Rolle Ethik in der Evidenz spielt. Dies ist eine Frage, die die Medizin im Allgemeinen betrifft, und die für das hier behandelte Thema nur von nebensächlicher Bedeutung ist. Deswegen soll hier direkt zur zweiten Form der Betrachtung übergegangen werden: welche Bedeutung hat Evidenz für Ethik? Die Sammlung empirischer Daten, deren Auswertung und Verarbeitung spielt für beide Teilbereiche, Evidenz und Ethik, eine wesentliche Rolle. Welche Rolle diese empirischen Informationen in Bezug auf Ethik aber genau spielen, hängt in erster Linie davon ab, welches Aufgabengebiet der jeweiligen Ethik zugeschrieben wird:

„Für eine Ontologie der Moral, die z.B. zu bestimmen versucht, ob es universalistisch geltende Moralprinzipien gibt oder ob eine kulturübergreifende Vorstellung von Moral bestätigt werden kann, können sozialemprirische und ethnologische Forschungsergebnisse relevant werden. Ergebnisse der psychologischen Forschung hingegen können relevant sein für Fragen einer Erkenntnistheorie der Moral. Eine Moralpragmatik, welche sich mit den Auswirkungen ethischer Vorgaben in der Praxis und den Strategien für eine bestmögliche Implementierung von ethischen Theorien in der Praxis beschäftigt, wird auf sozialemprirische oder psychologische Erkenntnisse zurückgreifen.“³³²

Ob und inwiefern die Umsetzung ethischer Vorgaben die angepeilten Ziele erreichen, kann im Vorfeld nicht gesagt werden. Es bedarf also auch hier einer Evaluierung der Effizienz, um feststellen zu können, ob normative Ethikkonzepte praktisch halten, was sie theoretisch versprechen. Die so gewonnen Informationen könnten dazu dienen, Konzepte zu adaptieren oder neu zu überdenken. Was im Bereich der Naturwissenschaften selbstverständlich ist, empirisches Datenmaterial zur Ausarbeitung von Hypothesen zu verwenden, ist im Bereich der normativen Ethik höchst diffizil³³³: Kann/soll empirisches Datenmaterial Einfluss auf ethische Entscheidungen haben? Und wenn ja, wie stark darf dieser Einfluss sein?

³³² STRECH 2008: S 112f

³³³ Als Forschungsergebnis sind solche Daten in der deskriptiven Ethik nützlich. Dort geht es darum, moralische Gegebenheiten nach psychologischen, biologischen, sozialen und historischen Komponenten zu untersuchen.

„In der Diskussion zum naturalistischen Fehlschluss wird die Frage diskutiert, inwieweit Sollens-Aussagen (normative Aussagen) von Sein-Aussagen (deskriptiven Aussagen) abgeleitet oder durch diese begründet werden können. Auch wenn die Diskussion nicht als abgeschlossen bezeichnet werden kann, so lässt sich doch zumindest die generelle Anerkennung resümieren, dass Seins-Aussagen zwar häufig *notwendig*, aber nicht *hinreichend* für die Entwicklung von Sollens-Aussagen sind. Es bedarf stets auch wertender Urteile, um schlussendlich eine Sollens-Aussage zu begründen. [...]

Sobald eine normative, begründende Ethik ihr Aufgabengebiet nicht allein in Gedankenexperimenten, in idealen Welten, mit idealen moralischen Akteuren ansetzt (deren Verständnis sie in ihren reflexiven Vorannahmen voraussetzt), sondern sich der realen Welt und ihren realen moralischen Akteuren zuwendet, treten die beiden Aufgabengebiete von deskriptiver und normativer Ethik in ein notwendiges Abhängigkeitsverhältnis. Reale Akteure und ihre situative bio-psycho-soziale Eingebundenheit müssen erst verstanden werden, um moralisches Handeln praxisnah begründen zu können.³³⁴

Art und Ausprägung des genannten Abhängigkeitsverhältnisses lassen sich stark variieren und gestalten sich vordergründig nach der jeweiligen moralphilosophischen Betrachtungsweise. Empirische Daten sind nicht nur als Begründung für ethische Entscheidungen nicht hinreichend, sie sollen auch nicht als Begründungsersatz dienen. Es geht lediglich darum, Normen und Fakten ergänzend einem Gesamtbild hinzuzufügen. Empirie soll komplementär dazu aufgefasst werden.

Wie aus Abbildung 1 hervorgeht, müssen die vier Grundsätze des Principlism zunächst mit einem konkreten Fall in Zusammenhang gebracht werden, um eine inhaltliche Konkretisierung erfahren zu können. Nur so ist es möglich, ihren jeweiligen Benefit für den Patienten zu erfassen und diesen auch beurteilen zu können. Qualitative Merkmale der Patientenautonomie sowie Art und Ausmaß der Fürsorge werden durch diese Vorgangsweise greifbar gemacht.

³³⁴ STRECH 2008: S 113f.

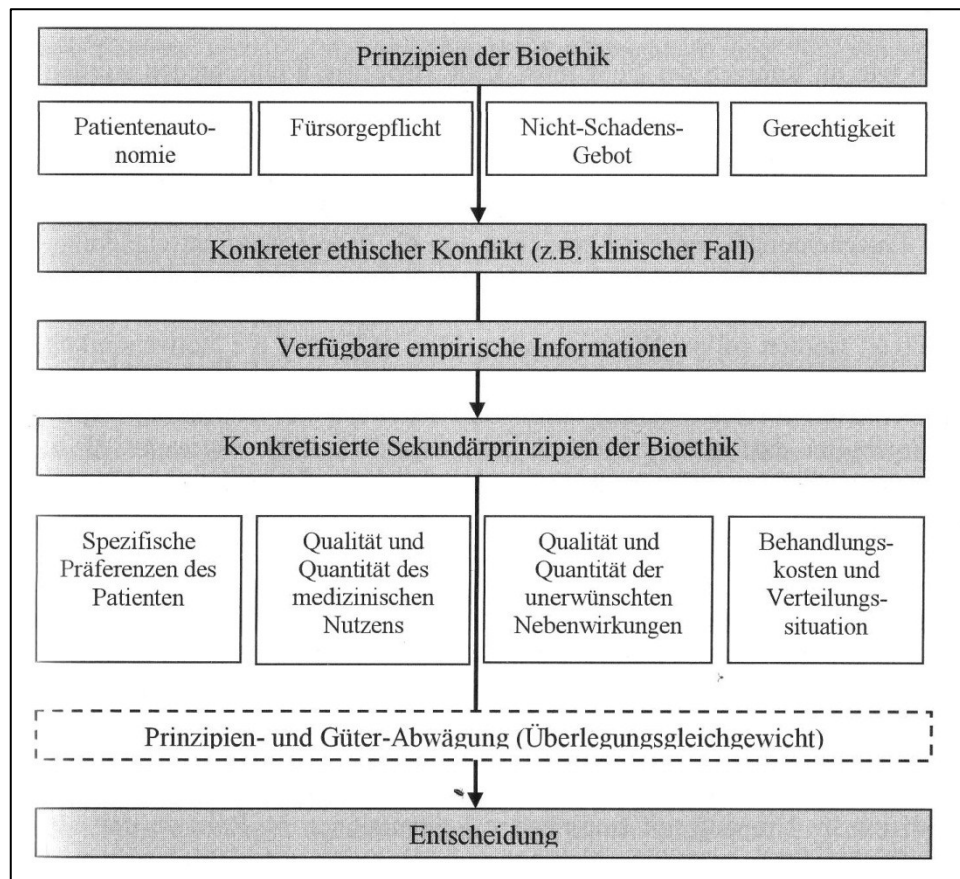


Abbildung 1: Das komplementäre Verhältnis von Normen und Fakten
(Aus: STRECH 2008: S 115)

Die Patientenprognose bei medizinischer Intervention oder deren Unterlassung ist dabei ebenso zu berücksichtigen wie spezifische Präferenzen des Patienten. Je nachdem, wie sich das Arzt-Patienten-Verhältnis gestaltet, wird die Kombination dieser Betrachtungen maßgeblich für die Wahrung der Patientenautonomie sein. Kenntnisse über Qualität und Quantität der vorhandenen Ressourcen seitens des Arztes erlauben, sofern dies im betreffenden Fall von Relevanz ist, Verteilungsgerechtigkeit.

„Ähnlich wie im Rahmen der EbM muss kontextspezifisch entschieden werden, für welche bestimmten Informationen ein Bedarf besteht, und welche Qualität und Quantität diese Informationen mindestens haben müssen, um im entsprechenden Fall die Entscheidungsfindung angemessen zu unterstützen. [...] Um einem naturalistischen Fehlschluss zu entgehen, bedürfen empirische Informationen einer ethischen Reflexion, sobald sie handlungsleitend werden sollen. Wichtig zu beachten ist hierbei die Notwendigkeit, dass die Bewertung der empirischen Ergebnisse dabei selbst ebenfalls nach

rationalen Kriterien evaluiert werden muss. Eine Auswahl und Bewertung empirischer Ergebnisse darf nicht *willkürlich* geschehen.³³⁵

Die Bewertung empirischer Ergebnisse bedingt eine Festlegung, wie die geforderten „rationalen Kriterien“ bestimmt werden können. Von Bedeutung ist dies vor allem deshalb, weil in die Erforschung empirischer Sachverhalte stets subjektive Werturteile mit einfließen. Strech nennt als rationale Bewertungskriterien für ethische Aussagen Konsistenz, Kohärenz und Systematik. Als komplementäre Orientierungshilfe nennt er pragmatische Bewertungskriterien. Diese sind Brauchbarkeit/Praxisrelevanz, Anwendbarkeit/Pragmatik und Wirksamkeit/Nützlichkeit.³³⁶

Die Merkmale, nach denen das zu evaluierende Datenmaterial ausgewählt wurde, sind im Rahmen der betreffenden Arbeiten deutlich darzustellen. Nur so kann den Kriterien von Systematik und Transparenz entsprochen werden und gleichzeitig verhindert werden, dass empirische Studien oder deren Ergebnisse aus willkürlichen Motiven Berücksichtigung fanden oder vernachlässigt wurden. Bewusste und unbewusste Manipulationen, beispielsweise durch selektive Auswahl des Datenmaterials entsprechend dem gewünschten Resultat, sind in jedem Fall abzulehnen.³³⁷

Bei allen Bemühungen zur Erlangung der notwendigen Objektivierung, die letztlich die Grundlage für konsensorientierte Diskussionen bieten muss, ist es nicht möglich, persönliche Präferenzen auszuschalten. Neben statistischen und biometrischen Kenndaten und Aussagen fließen daher immer zugleich auch Werturteile und unterschiedliche Einschätzungen ein (s.o.). Daraus ergibt sich als klarer Auftrag an die Betreiber von Studien:

„Die Werturteile in empirischen Studien gilt es, transparent zu kommunizieren und explizit zu begründen.“³³⁸

³³⁵ STRECH 2008: S 116

³³⁶ Nach: STRECH 2008: S 118

³³⁷ Um in ethischem Kontext verantwortungsvoll mit empirischem Datenmaterial umgehen zu können, sind folgende Vorbedingungen in exakt dieser Reihenfolge zu erfüllen: 1.) Problembewusstsein für die Möglichkeiten der Verzerrung und Fehlerinterpretation in empirischen Informationen, 2.) Kompetenz im Umgang mit empirischen Informationen und 3.) ausreichende Verfügbarkeit und Qualität von Informationen.

³³⁸ STRECH 2008: S 123

Empirische Untersuchungen sind für die Moralphilosophie und vor allem für angewandte Ethik ein nicht mehr wegzudenkendes wissenschaftliches Hilfsmittel. Umso dringender ist darauf zu achten, dass Ethik informationskritisch betrieben wird. Das bedeutet nichts anderes als die Forderung nach kritischer Reflexion hinsichtlich des Umgangs mit empirischen Informationen in Theoriebildung und Entscheidungsfindung. Kritische Reflexion darf nicht gleichgesetzt werden mit Ablehnung dieser Informationsquellen, sondern hat einem rationalen, verantwortungsvollem Umgang mit solchen methodischen Mitteln zu dienen.³³⁹

3.4.2 Evidenz und Ethik in der angewandten Notfallmedizin

Strech nennt acht Charakteristika ärztlicher Entscheidungsfindung. Die Gültigkeit dieser Aufzählung trifft damit natürlich auch auf Notärzte zu und kann in weiterer Folge ohne Vorbehalte auch auf eigenverantwortlich handelnde Rettungssanitäter angewendet werden:

1. „Die ärztliche Entscheidungsfindung ist maßgeblich charakterisiert durch ihre Ausrichtung an Gesetzesaussagen oder Indikationsregeln. [...]
2. Da alles ärztliche Handeln auf den Nutzen für den Patienten zielt, lässt sich der Erfolg des ärztlichen Handelns prinzipiell im Rahmen eines klinisch-ethischen Nutzen-Schaden-Kalküls bewerten. [...]
3. Heilsversprechen in der Medizin sind nicht möglich. Der Ausgang jeder ärztlichen Handlung ist mehr oder weniger 'unsicher'.
4. Aussagen über den 'tatsächlichen' Nutzen und Schaden von ärztlichem Handeln im Einzelfall lassen sich wenn überhaupt stets nur a posteriori also nach einer Handlung treffen.
5. A priori Aussagen über den intendierten Nutzen sind stets nur als Wahrscheinlichkeitsaussagen möglich.³⁴⁰ Dies bezeichnet den Prohabilismus in der Medizin.

³³⁹ Nach: STRECH 2008: S 122ff.

³⁴⁰ Die Formulierung „intendierter Nutzen“ führt dazu, dass die in Punkt 5 vorliegende Aussage über Wahrscheinlichkeiten falsch ist. Ein intendierter Nutzen ist nicht dasselbe wie der tatsächlich eintretende Nutzen. Korrekt müsste es heißen: „A priori Aussagen über den Nutzen medizinischer Maßnahmen sind stets nur als Wahrscheinlichkeitsaussagen möglich.“

6. Die Wahrscheinlichkeitsaussagen beruhen auf Erfahrungen mit gleichen oder ähnlichen Situationen bzw. 'Fällen'. Diese Erfahrungen bezeichnet man als Evidenz. Sie kann intern, aufgrund individueller Erfahrung, oder extern, aufgrund klinischer Forschung, ermittelt werden. Diese Evidenzen bilden (u.a.) die Grundlage für die Indikationsstellung bzw. Indikationsregeln.
7. Es gibt bessere und schlechtere, angemessene und weniger angemessene Aussagen zu Wahrscheinlichkeiten. Somit gibt es entsprechend bessere und schlechtere interne und externe Evidenz. [...]
8. Die Relevanz interner Evidenz für die medizinische Entscheidungsfindung ist abhängig von der Qualität der externen Evidenz.³⁴¹

Die Betonung des Vorliegens bloßer Wahrscheinlichkeiten mag dort störend wirken, wo man klare, wissenschaftliche Gegebenheiten sucht. Dies trifft insbesondere auf komplexe Situationen zu, mit denen man im Rahmen notfallmedizinischer Einsätze immer wieder konfrontiert wird. Beispiele dafür stellen neben den bereits besprochenen Problemen vor allem die cardiopulmonale Reanimation (insbesondere der Reanimationsabbruch) und der Übergang der Notfallmedizin zur Transplantationsmedizin dar.

3.4.2.1 Evidenz und Ethik im Rahmen cardiopulmonaler Reanimationen

Notfallmedizin wird in aller Regel nicht im Krankenhaus betrieben, sondern extramural, oftmals in einer dem Patienten vertrauten Umgebung, meistens in seiner Wohnung. Diese Räumlichkeiten stellen zwar für den Patienten ein gewohntes Umfeld dar, Rettungssanitäter und Notärzte sind jedoch bei jedem Einsatz aufs Neue mit geänderten Umweltbedingungen konfrontiert. Dieser Umstand ist psychologisch nicht zu unterschätzen und kann dem notfallmedizinischen Personal vor Ort durchaus verdeutlichen, dass es auf sich selbst gestellt ist³⁴², und vor allem dem Notarzt vor Augen führen, dass er auf die Hilfestellung von Kollegen verzichten muss³⁴³. Sanitäter und Notärzte müssen also in jeder Situation auf ihre eigenen Kenntnisse und Fähigkeiten

³⁴¹ STRECH 2008: S 28-34

³⁴² Dies ist etwa in exponierten Lagen (z.B. peripheren Randbezirken) der Fall, kann aber auch – lagebedingt – in der Form Ausdruck finden, dass Nachbarn oder Angehörige vor Ort keine Auskunft zum kommunikationseingeschränkten Patienten geben können.

³⁴³ Ein wesentliches Kennzeichen der Notfallmedizin liegt darin, dass der Notarzt als höchste medizinische Instanz in ihm zweifelhaften Situationen keine Möglichkeit zur Einholung weiterer kollegialer Fachmeinungen hat. Dort, wo klinisch ein Konsiliarbefund eingeholt wird, muss der Notarzt präklinisch in letzter Konsequenz allein entscheiden.

vertrauen und kraft ihrer Erfahrung und Intuition eine Entscheidung fällen. Einige der schwierigsten Entscheidungen im Notarztdienst betreffen dabei die cardiopulmonale Reanimation (CPR): Nicht nur die Gründe für einen Abbruch sind genau abzuwägen, sondern schon die Entscheidung zur Durchführung einer CPR ist bewusst zu treffen. Dabei ist das vorliegende Datenmaterial, das zur Entscheidungsfindung hilfreich ist, in aller Regel dürftig. Die zeitliche Komponente erhöht den Druck in der Entscheidungsfindung erheblich.

Erst zu Beginn der 1980er Jahre wurden erste empirische Untersuchungen hinsichtlich der Motive gemacht, die Ärzte zu Reanimationsmaßnahmen und -abbrüchen bewegten. Die Vielzahl der Beweggründe und einflussnehmenden Faktoren hat alle Erwartungen übertroffen: Typ der Facharztausbildung (Chirurgen brechen bei Patienten über 75 Jahren mit Abstand am häufigsten ab), Stadt-Land-Vergleich (in größeren Städten wird zurückhaltender abgebrochen) und Berufsjahre in der Notfallmedizin (Ärzte mit mehr als fünf Jahren Berufserfahrung brechen früher ab) sind nur einige Beispiele dafür. Neben der medizinischen Ausgangssituation (z.B. Krebserkrankung des Patienten) spielt das Geschlecht von Patient und Arzt ebenso eine Rolle wie Sympathie und Empathie.³⁴⁴

„Zusätzlich zur feststellbaren ärztlichen Zurückhaltung bei älteren Patienten in Bezug auf die Indikation und die Reanimationsdauer fand eine zweite Differenzierung durch die Notärzte statt: Männer wurden häufiger reanimiert, als es ihrem Prozentsatz am Gesamtkollektiv entsprach. Diese ‚Bevorzugung‘ von männlichen Patienten war allerdings nur bei männlichen Notärzten in signifikantem Ausmaß nachzuweisen.“³⁴⁵

Ob eine CPR überhaupt gestartet werden soll, ist im intramuralen Bereich selten unklar – Patientengeschichte und Rahmenbedingungen sind in aller Regel so weit bekannt, dass das Procedere im Falle eines Kreislaufstillstandes gemäß der vorliegenden Krankenakte als standardisiert betrachtet werden kann. Anders verhält es sich im Falle präklinischer Kreislaufstillstände. Diagnose und medizinische Begleitumstände sind oftmals nur schwierig zu eruieren, dazu kommt der Umstand, dass die Entscheidung, eine CPR zu beginnen, nur selten vom Notarzt selbst getroffen werden kann, da Reanimationen

³⁴⁴ Vgl. MEYER 1998: S 373

³⁴⁵ MEYER 1998: S 374

meistens bereits durch ersteintreffende Rettungssanitäter begonnen wurden.³⁴⁶ Sobald der Notarzt vor Ort ist, liegt die gesamte medizinische Entscheidungskompetenz ausschließlich bei ihm. Vor rund zwanzig Jahren war es noch selbstverständlich, jedem Notfallpatienten eine möglichst maximale Form der Versorgung zukommen zu lassen. Heute werden Patienten kritischer betrachtet und Maßnahmen in ihrer Sinnhaftigkeit öfter hinterfragt:

„So wird [...] häufig der Begriff Aussichtslosigkeit (futility) oder Unangemessenheit (unreasonable) bemüht. Zunehmend offener wird beschrieben, daß Ärzte ethisch nicht verpflichtet seien, eine aussichtslose (‘futile’) oder unangemessene (‘unreasonable’) Versorgung eines Patienten durchzuführen. In bezug auf das Patientenschicksal wird dabei von ‘ohne große Wahrscheinlichkeit, davon zu profitieren’, gesprochen. Eine unangemessene Behandlung hingegen wird als ‘exzessiv und ohne generelles Experteneinverständnis’ beschrieben.“³⁴⁷

Obwohl diese Aussagen aus einer Zeit stammen, in der viele Themen noch nicht den Stellenwert hatten, der ihnen heute zukommt, zielen sie exakt auf die immer größer werdende Problematik des österreichischen Gesundheitswesens ab: fortschreitende Überalterung der Bevölkerung und Umkehr der Alterspyramide führen zu steigendem Bedarf an Pflegeplätzen für betagte Menschen. Dazu kommt der nicht mehr tragbare Finanzaufwand dieser Pflegesysteme. Umso dringlicher wird die Thematisierung von gesellschaftlichen Grundsatzfragen im Kontext der Medizin. Viele davon ragen in den Bereich der Notfallmedizin hinein, wie beispielsweise DNR-Orders, Definitionen von Leben und Tod, oder die Aspekte der Palliativbehandlung. Gemäß dem o.g. Zitat lässt sich fragen: Wann ist etwas aussichtslos? Was ist als unangemessen zu bezeichnen?

Fest steht, dass die notärztlichen Aufgabenbereiche nicht länger dazu missbraucht werden dürfen, Strukturmängel anderer Bereiche zu kompensieren, wie dies etwa bei der Totenbeschau der Fall ist³⁴⁸. Fest steht aber auch, dass das Selbstverständnis der Notärzte

³⁴⁶ Den Reanimationsbeginn selbst kann der Notarzt nur verhindern, wenn er zumindest zeitgleich mit dem Sanitäterteam beim Patienten eintrifft und von seinem medizinischen Weisungsrecht Gebrauch macht. Rettungssanitäter sind dazu angehalten eine Reanimation zu starten, solange keine sicheren Todeszeichen vorliegen. (vgl. ÖRK 2011b: E26)

³⁴⁷ MEYER 1998: S 374f.

³⁴⁸ Die zu geringe Anzahl von Distriktsärzten führt zu immer größeren Versorgungsengpässen der Bevölkerung. Signifikant dafür ist der Fall eines Verstorbenen aus Graz Umgebung: „Weil tagelang kein zuständiger Arzt erreichbar war, wurde ein Verstorbener ohne die verpflichtende Totenbeschau beerdigt. Hausärztin sprang ein, allerdings erst nachträglich.“ (Kleine Zeitung, 14.07.2011, S 20)

Das Land Steiermark hat 2011 das Steiermärkische Leichenbestattungsgesetz novelliert: Notärzte wurden ermächtigt, die Aufgaben des Totenbeschauers vorläufig und soweit zu übernehmen, dass ein

hinsichtlich ihrer Funktion und ihres Leistungsspektrums vereinheitlicht werden muss, um homogene Qualität der Patientenversorgung zu gewährleisten. In jedem Fall ist es zu kurz gegriffen, die Aufgabe des Notarztes zu beschreiben als „Rettung aus lebensbedrohlichen Situationen“, wie dies in vielen Fällen geschieht. Die Rahmenbedingungen notärztlichen Handelns sind oft uneindeutig, die Aufgabenstellung bleibt nicht selten vage. Gerade am Beispiel der CPR stellt sich oftmals die Frage, ob durch die Reanimationsmaßnahmen wirklich das Leben verlängert wird, oder ob es sich dabei nicht einfach um eine ungerechtfertigte Unterbrechung des (unabdingbaren) Sterbeprozesses handelt. Dass Reanimationsmaßnahmen per se nicht zwingend Gutes für den Patienten bedeuten müssen, haben Baskett et al. in Abschnitt 8 der Leitlinien zur Reanimation 2005 des European Resuscitation Council festgestellt:

„Erfolgreiche Wiederbelebungsversuche bringen vielen Menschen eine nützliche und wertvolle Verlängerung des Lebens und damit ihren Angehörigen und Nahestehenden Glück und Erleichterung. Jedoch verlängern Reanimationsversuche gelegentlich nur das Leiden und den Sterbeprozess. Und in wenigen Fällen führt die Reanimation zur ultimativen Tragödie – der Patient im persistierenden Zustand.“³⁴⁹

Grundsätzlich lassen sich die ethischen Relevanzen cardiopulmonaler Reanimationen in drei Gruppen gliedern:

- Überlegungen und Bedingungen, die den Start einer CPR verhindern,
- Situationsbewältigung der laufenden Reanimation sowie
- Überlegungen und Bedingungen, die zum Abbruch einer CPR führen.

Überlegungen und Bedingungen, die eine CPR verhindern

Wird die Sauerstoffversorgung des zentralen Nervensystems vollständig unterbrochen, kommt es innerhalb kürzester Zeit zum Bewusstseinsverlust des Patienten. Daran schließt eine Zeitspanne bis zum Eintritt des Todes an, deren Dauer im Vorhinein nicht bestimmbar ist. Da bereits nach drei bis fünf Minuten ab Unterbrechungsbeginn der zerebralen Sauerstoffversorgung mit irreversiblen Hirnschäden zu rechnen ist, muss das vordringliche

Abtransport der Leiche zulässig wird. In Erfüllung dieser Aufgabe ist der Notarzt als Behördenorgan tätig. Eine gesonderte Art der Ausbildung ist hierfür nicht vorgesehen.

³⁴⁹ BURGHOFFER 2006: S 686

Ziel die Wiederherstellung und Stabilisierung der Vitalfunktionen Atmung und Kreislauf sein. Das Mittel dazu ist die cardiopulmonale Reanimation.

„Mit der Feststellung des unvorhergesehen Atem- bzw. Kreislaufstillstandes ist grundsätzlich die Indikation zur CPR gegeben.

In der unmittelbaren präklinischen Notfallsituation ist die Unterlassung des Reanimationsversuchs [...] nur unter bestimmten Voraussetzungen gerechtfertigt: dies sind mit dem Leben nicht vereinbare Verletzungen sowie sichere Todeszeichen [...]. In allen anderen Fällen kann präklinisch nur bei Vorliegen weiterer, verlässlicher Informationen entschieden werden, z.B. inkurables Grundleiden im Finalstadium oder gesicherte prolongierte Hypoxie bei bestimmten Unfallsituationen.“³⁵⁰

Der Tod darf grundsätzlich nur durch einen Arzt festgestellt werden. Liegen aber sichere Todeszeichen vor, können Sanitäter „vorläufig“ den Tod des Patienten feststellen und sanitätshilfliche Maßnahmen unterlassen.³⁵¹ Problematisch wird diese Rechtslage etwa im Falle von Palliativpatienten: Immer wieder passiert es, dass Angehörige eines Palliativpatienten, den sie zu Hause pflegen, die Rettung alarmieren, wenn bei diesem ein Kreislaufstillstand eintritt. Aus den oben angeführten Erläuterungen ergibt sich, dass Rettungssanitäter nicht dazu befugt sind, in einem solchen Fall „vorläufig“ den Tod festzustellen, da ja keine sicheren Todeszeichen vorliegen. Die bloße Evidenz einer infausten Diagnose reicht also noch nicht aus, es bedarf einer expliziten ärztlichen Anordnung schriftlicher Natur, dass der betreffende Patient bei eintretendem Kreislaufstillstand nicht zu reanimieren ist. Darüber hinaus ist es notwendig, pflegende Angehörige über den Ablauf des Sterbeprozesses (medizinisch und juristisch) so weit in Kenntnis zu setzen, dass diese zum gegebenen Zeitpunkt ruhigen Gewissens auf den Rettungsdienst verzichten. Couragierte Rettungssanitäter würden in einer solchen Situation auf ihre eigenverantwortliche Tätigkeit verweisen und von einer CPR absehen, wenn die medizinische Ausgangslage eindeutig und belegt ist. Eine solche Entscheidung muss aber vom gesamten Team getragen werden und führt mit Sicherheit dazu, dass sich das Team gegenüber höheren (medizinischen) Instanzen verteidigen wird müssen. Dies führt dazu, dass Rettungssanitäter immer wieder Reanimationsmaßnahmen an Patienten vornehmen, obwohl die medizinische Ausgangssituation hoffnungslos ist, und Angehörige sich

³⁵⁰ ADAMS 1999a: S 68

³⁵¹ Vgl. ÖRK 2011b: E25f.

(oftmals verzweifelt) dagegen aussprechen. Grundlage solcher Handlungen ist die Abwägung rechtlicher Möglichkeiten: wird der Patient reanimiert, kann dem Sanitäter rechtlich nichts passieren. Die ethische Komponente bleibt hier unberücksichtigt: Palliativpatienten werden, so das möglich ist, nach Hause entlassen, um dort zu sterben. Gerade dieses Sterben ist finaler Ausdruck ihrer Erkrankung und ein unausweichlicher Prozess, der durch reanimationsbedingte Maßnahmen sinnlos prolongiert wird. Genau hier setzt eine der zentralen Fragen an, die in der modernen Notfallmedizin immer wieder von Relevanz sind: Wenn der Prozess des Sterbens unabdingbar damit verbunden ist, dass der Betroffene im Zuge dieses Sterbeprozesses einen Herz-Kreislaufstillstand erleidet, kann es unmöglich sinnvoll sein, jedem Patienten mit einem Kreislaufstillstand eine Herz-Lungen-Wiederbelebung angedeihen zu lassen. Mit anderen Worten: Selbstverständlich muss es eine Patientengruppe geben, die im Falle eines Kreislaufstillstands keine CPR erfährt. Die Frage ist nun: Welche Faktoren müssen gegeben sein, um auf Reanimationsmaßnahmen (im Interesse des Patienten!) zu verzichten? Sofern der Patient vom Krankenhaus nach Hause entlassen wurde, um dort sterben zu können, sollten Angehörige über diesen Prozess bestmöglich aufgeklärt werden. Das inkludiert auch die Information darüber, dass nach Einsetzen des Kreislaufstillstandes kein Notruf bei der Rettung zu erfolgen hat. Außerdem ist die schriftliche DNR-Anweisung permanent in unmittelbarer Nähe zum Patienten und jederzeit verfügbar aufzubewahren. So gut die Angehörigen mit der Situation vertraut sind: Ein möglicherweise angeforderter Notarzt sieht initial nach seinem Eintreffen nur einen Patienten mit Kreislaufstillstand. Es wäre von ihm nicht zu verlangen, mit den Maßnahmen der CPR zu warten, bis die relevanten Papiere gefunden wurden.

„Bei einem Kreislaufstillstand muß umgehend die Entscheidung zur Reanimation getroffen werden, eine Verzögerung würde unwiderruflich den Tod des Individuums zur Folge haben. Der enge zeitliche Entscheidungsspielraum begründet auch die Empfehlung, im Zweifel immer zunächst mit den Bemühungen zu beginnen, um Zeit zu gewinnen. Auch lassen die Charakteristika der Notfallsituation dem Arzt wenig Raum zur Prüfung des vermutlichen Patientenwillens. Der Arzt trifft präklinisch in der Regel auf einen ihm unbekanntem Patienten, verfügt nur über begrenzte diagnostische und therapeutische Maßnahmen und muß unter schwierigen äußeren Bedingungen, ohne Verlaufsbeobachtung oder Beratung mit Kollegen zu einer Entscheidung kommen.“³⁵²

³⁵² MOHR 1997: S 42

Diese Entscheidung kann nur lauten: Reanimation ja oder nein. Letztere Variante bedeutet den sicheren Tod des Patienten. Fällt die Entscheidung zugunsten einer CPR aus, kann daraus aber nicht automatisch geschlossen werden, dass der Patient überleben wird.³⁵³ Selbst wenn der Patient primär positiv reanimiert werden kann und das Krankenhaus lebend erreicht, können zu diesem Zeitpunkt noch keine Prognosen gestellt werden: Der Patient kann noch im Krankenhaus versterben, und selbst im Falle einer Entlassung aus dem Krankenhaus haben die meisten CPR-Patienten unter erheblichen neurologischen Defiziten zu leiden.

„Da das Myokard eine Hypoxie besser toleriert als das Hirngewebe, kann es aufgrund von Reanimationsmaßnahmen zum Wiedereinsetzen der Blutzirkulation in Verbindung mit einem schon eingetretenen schweren hypoxischen Hirnschaden kommen. Die neurologischen Defizite nach Reanimation umfassen die ganze Spanne von leichten Gedächtnisstörungen bis zum Apallischen Syndrom. In einer schwedischen Untersuchung an Überlebenden nach Kreislaufstillstand zeigten sich bei 35% der Betroffenen neurologische Defizite, welche, bedingt durch verminderte kognitive Fähigkeiten, zu Einschränkungen im täglichen Leben und veränderten sozialen Kontakten bis hin zur Isolation führten.“³⁵⁴

Jede CPR trägt für den Betroffenen die potentielle Gefahr schwerster Behinderungen in sich, die lebenslange Pflegebedürftigkeit bedeuten können. Diese Folgen betreffen üblicherweise auch die Angehörigen, was neben allen anderen Aspekten auch nicht zu unterschätzende finanzielle Auswirkungen bedeuten kann. Nicht zuletzt deshalb gibt es eine Vielzahl von Menschen, die CPR-Maßnahmen an sich selbst ablehnen und für den gegebenen Fall vorbeugen wollen. Diese Möglichkeit besteht in Form der sogenannten Patientenverfügung.

Das Patientenverfügungs-Gesetz (PatVG) trat am 01.06.2006 in Kraft und soll dazu dienen, den Patientenwillen einzuhalten, der von einem nicht mehr einsichts- und urteilsfähigen Patienten vor Verlust seiner Einsichts- und Urteilskraft dargelegt wurde.

³⁵³ Die Überlebenschance einer CPR ist statistisch schwierig zu erfassen und kaum auszudrücken, da sie von zu vielen Parametern beeinflusst wird. Einer von Mohr et al. publizierten Studie aus Göttingen zufolge überlebten von 429 CPR-Patienten lediglich 13,8% ohne neurologisches Defizit. Die Überlebensrate bei traumatisch bedingtem Herz-Kreislaufstillstand lag überhaupt nur zwischen 0 und 2%. (Vgl. MOHR 1997: S 41)

³⁵⁴ MOHR 1997: S 41

„Durch das PatVG besteht [...] eine gesetzlich festgelegte Verpflichtung der behandelnden Ärzte, bei Vorliegen einer verbindlichen Patientenverfügung die darin abgelehnten Maßnahmen zu unterlassen und eine zuvor – mangels Kenntnis von der PatV – bereits begonnene Behandlung abzubrechen, auch wenn dies uU den Tod oder eine gesundheitliche Beeinträchtigung des Patienten zur Folge hat.“³⁵⁵

Das oben angeführte Zitat bezieht sich explizit auf die sogenannte „verbindliche Patientenverfügung“. Diese ist zu unterscheiden von der „beachtlichen Patientenverfügung“. Die Unterscheidungsmerkmale sind juridischer Natur und sollen an dieser Stelle nicht näher ausgeführt werden. Relevant ist der Umstand, dass beide Formen, verbindliche und beachtliche Patientenverfügung gleichermaßen, dazu geeignet sind, den Patientenwillen wiederzugeben oder zumindest den mutmaßlichen Patientenwillen einschätzen zu können, um in Akutsituationen die ärztliche Handlungsweise diesem anzupassen.

„Eine Verpflichtung der behandelnden Ärzte, die in der Verfügung ausgeschlossenen medizinischen Maßnahmen zu unterlassen, besteht jedoch dezidiert nur für verbindliche PatV.“³⁵⁶

In Analogie trifft dies selbstverständlich auch auf Rettungssanitäter zu:

„Grundsätzlich gelten Patientenverfügungen auch für den Rettungsdienst. Das Patientenverfügungsgesetz sieht dazu vor, dass die medizinische Notfallversorgung unberührt bleibt, sofern der mit der Suche nach einer Patientenverfügung verbundene Zeitaufwand das Leben oder die Gesundheit des Patienten ernstlich gefährdet. Das heißt, dass immer dann, wenn der Zustand des Patienten es nicht zulässt, dass sich der Sanitäter mit der Patientenverfügung beschäftigt, diese für den Sanitäter nicht zu beachten ist und dass die Patientenverfügung im Regelfall in der Notfallversorgung (z.B. bei reanimationspflichtigen Patienten) keine praktische Bedeutung hat.“³⁵⁷

Während das Österreichische Rote Kreuz in seinen Ausbildungsunterlagen für Rettungssanitäter korrekt festhält, dass eine Patientenverfügung auch für den

³⁵⁵ PLOIER 2007: S 3

³⁵⁶ PLOIER 2007: S 24

³⁵⁷ ÖRK 2011b: C7

Rettungsdienst von Relevanz ist, ist die Interpretation in Form des Nachsatzes schlichtweg als falsch anzusehen: es ist keinesfalls vom Beschäftigungsausmaß des Rettungssanitäters abhängig, ob eine Patientenverfügung zu beachten ist, sondern ausschließlich davon, ob eine solche den zuständigen Rettungssanitätern physisch vorliegt oder nicht. Ebenso entspricht die Aussage, dass Patientenverfügungen im Regelfall der Notfallversorgungen keine praktische Bedeutung haben, nicht den Tatsachen. §12 des PatVG regelt zwar, dass Notfallsituationen vom PatVG unberührt bleiben, in weiterer Folge kommt es aber zu Einschränkungen:

„Eine Einschränkung des §12 PatVG ergibt sich [...] in dem Fall, in welchem der zuständigen *Notfallorganisation* (Rettungsdienste, Notarzdienste) die PatV zur Kenntnis gebracht wird. Das kann dadurch geschehen, dass während der Vornahme der Notfallversorgung beispielsweise eine PatV, die der Patient bei sich trägt, aufgefunden wird und genau die eben vorgenommenen Behandlungen darin ausgeschlossen sind. In einem solchen Fall muss die Notfallversorgung unbedingt *abgebrochen* werden.“³⁵⁸

Beim PatVG handelt es sich um ein relativ junges Gesetz, das vielen Bürgern nicht bekannt ist. Dazu kommt, dass Geriatrie, Palliativmedizin, Sterbehilfe und andere Aspekte des Alterns immer größer werdende Bedeutung erlangen. Es muss also damit gerechnet werden, dass die Zahl der Patientenverfügungen zunehmen wird. Damit nimmt auch ihre Relevanz in der Notfallmedizin zu.

„Errichtet nun ein Patient eine verbindliche PatV mit der Anordnung ‚keine Reanimation‘, wäre es sinnvoll, dies vorab dem zuständigen Rettungsdienst bzw. Notarzt-System zur Kenntnis zu bringen [...] und so zu verhindern, dass mangels Kenntnis Reanimationsmaßnahmen begonnen werden und dabei §12 PatVG (PatV gilt nicht in Notfallsituationen) zur Anwendung gelangt.“³⁵⁹

Die von Ploier et al. gestellte Forderung ist zwar in ihrer Absicht löblich, stellt aber praktische Probleme dar: Die bloße Meldung „beim zuständigen Rettungsdienst“ allein kann das Problem der vom Patienten ungewollten Reanimation nicht lösen. Sobald der Betroffene seinen Heimatbezirk verlässt und ein anderer Rettungsdienst für ihn zuständig

³⁵⁸ PLOIER 2007: S 111

³⁵⁹ PLOIER 2007: S 112

ist, kommt es erneut zum Informationsdefizit. Unterschiedliche Rettungsdienst-Organisationen (nicht nur in unterschiedlichen Bundesländern) verschärfen das Problem darüber hinaus. Fraglich bleibt auch, wer innerhalb des Rettungsdienstes diese Information bekommen soll, in welcher Form sie aufbewahrt und wie sie weitergegeben werden soll.

Wünschenswert wäre eine Initiative der Rettungsdienst-Träger in Österreich, die darauf abzielt, das stark patientenorientierte Patientenverfügungs-Gesetz auch wirklich praktikabel umsetzbar zu machen. Dazu gehört neben umfassender Aufklärung der Bevölkerung über die PatV (etwa im Rahmen von Erste-Hilfe-Kursen) auch die Ausarbeitung eines Konzepts zur schnell verfügbaren Information über das etwaige Vorliegen einer PatV. Vorstellbar wären zwar auch Datenbanksysteme, auf die von Rettungsleitstellen direkt und bundesweit zugegriffen werden kann, diese bergen aber das Problem in sich, dass eine PatV vom Betroffenen jederzeit widerrufen werden kann. Hier kann es zwischen Widerruf und Datenbank-Aktualisierung zu kritischen Zeitfenstern kommen.

Behandlungswille und mutmaßlicher Patientenwille sind die zentralen Begriffe, um die es im PatVG geht und die im Mittelpunkt des Interesses stehen müssen. Es ist aber nicht nur als juristische Pflicht, sondern auch als moralische Verpflichtung aller notfallmedizinisch Tätigen anzusehen, diesem Willen bestmöglich Folge zu leisten.

Situationsbewältigung laufender Reanimationen

Wie bei den meisten anderen Rettungs- und Notarzteinsätzen auch, ist es speziell bei Reanimationen üblich, dass ihnen Angehörige oder andere „Zuschauer“ beiwohnen. Während die Rettungsmannschaften vollends damit befasst sind, den Patienten zu versorgen, bleiben diese „bystanders“, wie sie im angloamerikanischen Sprachraum genannt werden, mehr oder minder unberücksichtigt. Das ergibt sich als logische Konsequenz aus dem Umstand, dass in eine laufende CPR oftmals zusätzlich zum Notarzt vier bis fünf Sanitäter in die Reanimationsmaßnahmen voll eingebunden sind und keine freien Personalressourcen verfügbar sind. Gerade die an der medizinischen Versorgung unbeteiligten Zuschauer dürfen aber nicht außer Acht gelassen werden, wenn notfallmedizinische Probleme thematisiert werden sollen. Sie befinden sich nicht selten in

einer Zeugenrolle und sind meistens medizinische Laien, wodurch zwei völlig unterschiedliche Gruppen miteinander konfrontiert werden: den angesprochenen Zeugen steht in der Notfallsituation der organisierte Rettungsdienst gegenüber. Unkenntnis über die Kennzeichen und Eigenschaften der jeweils anderen Gruppierung prägen solche Formen des Aufeinandertreffens üblicherweise.

Das Rote Kreuz hat sich freiwillig einer sogenannten Hilfsfrist unterworfen, die besagt, dass ab Eintreffen des Notrufes in der Leitstelle 95% aller Notfälle, die an einer Straße liegen, erreicht werden sollen.³⁶⁰ Die Hilfsfrist kann durch höhere Dichte der Stützpunkte im Netz der Rettungsdienste bis zu einem gewissen Grad verringert werden, gewisse Konstanten kann aber auch sie nicht aufheben. Die Dauer des Notrufes, eine minimale Ausrück- und Anfahrtszeit, sowie die Dauer des Fußweges zum Patienten sind als solche anzusehen. Ausgehend von einem internationalen Durchschnittswert dauert es ab dem Zeitpunkt der Alarmierung im Schnitt etwa acht Minuten bis ein Rettungsteam am Notfallort eintrifft. Diese Zeitspanne verdeutlicht die Relevanz von Erste-Hilfe-Maßnahmen durch Notfallzeugen, insbesondere, da durch diese Basismaßnahmen oftmals erst die Rahmenbedingungen für erfolgreiche erweiterte Therapiemaßnahmen geschaffen werden. Erste-Hilfe-Kurse, die für Arbeitnehmer verpflichtend in regelmäßigen Abständen vorgeschrieben sind, Einführungskurse für Führerschein-Neulinge und etliche andere Maßnahmen konnten bislang die Hilfsbereitschaft in Notfällen nicht anheben. Die Zahl der Notfallpatienten, die vor dem Eintreffen des Rettungsdienstes suffiziente Basishilfe erhalten hat, ist gering. Oftmals werden Notfallsituationen zwar von Umstehenden wahrgenommen, aber völlig ignoriert, wie einige klassische Beispiele aus der Fachliteratur beweisen:

„Kitty Genovese, eine junge Frau, wurde an einem Abend des Jahres 1964 in einem Stadtteil von New York von einem Mann verfolgt und dann angegriffen, er stach mit einem Messer auf sie ein. Später wurde ermittelt, daß aus den Fenstern der umliegenden Wohnungen 38 Zeugen dem ungleichen Kampf zusahen, der sich über eine halbe Stunde hinzog. Keiner dieser 38 Zeugen griff ein, niemand half, erst nach Konsultation eines Anwalts wurde überhaupt die Polizei alarmiert. Kitty Genovese starb.

Ulrich Nacken wurde am 2. Januar 1971 nachts überfallen, ausgeraubt und dann entkleidet an einen Baum gebunden. Er konnte sich teilweise befreien und, noch an

³⁶⁰ Vgl. ÖRK 2011b: 17

Händen und Füßen gefesselt, eine Straße erreichen, wo er winkend vorbeifahrende Autofahrer um Hilfe bat. Niemand hielt an, Ulrich Nacken erfror.

Im Winter 1989 brachen in München drei Kinder beim Spielen in das Eis eines Teiches ein. Eine Reihe von Passanten beobachtete die vergeblichen Versuche der Kinder, sich zu retten, niemand half. Die Kinder starben.³⁶¹

Fälle wie die oben genannten erfordern, die Ursachen für das Nichthandeln von Zeugen zu erforschen. Das Verhalten in Notfällen wird Untersuchungsergebnissen zufolge von drei Faktoren charakterisiert. Diese sind personale Merkmale, situative Merkmale und gruppensdynamische Faktoren.³⁶²

Personale Faktoren betreffen nicht nur Zeugen, sondern auch Opfer und deren Relation zueinander, und umfassen neben soziodemographischen Gegebenheiten auch individuelle Werte, soziale Normen, aber auch Empathie. Situative Merkmale beziehen sich auf Faktoren wie Eindeutigkeit der Lage (Ist die Situation hilfeerfordernd?), aber auch auf die Zumutbarkeit von Hilfsmaßnahmen (Blut und Erbrochenes schaffen beispielsweise Berührungängste!).

Entsteht aus mehreren Individuen zufällig eine Gruppe, wie dies bei Zeugen von Notfällen eintritt, kommt es zur Bildung eines komplexen Beziehungsnetzes, das bestimmte Verhaltensformen hervorbringt. Diese Verhaltensformen können kategorisiert werden, wobei hauptsächlich drei ihrer Ausprägungen dafür verantwortlich zu machen sind, wenn helfendes Verhalten in einer Notfallsituation behindert wird, und Hilfe nur eingeschränkt oder gar nicht stattfindet:

- Diffusion der Verantwortung,
- pluralistische Ignoranz und
- soziale Angst.³⁶³

Diffusion der Verantwortung ist, vereinfacht ausgedrückt, ein Resultat aus dem einerseitigen Wunsch, helfen zu wollen, und dem andererseitsigen Wunsch, mit der Angelegenheit nichts zu tun haben zu wollen. Dieser innere Konflikt, der in vielen Notfallzeugen entsteht, führt dazu, dass sich diese jeweils aneinander orientieren: bleibt

³⁶¹ Bahr 1994: S 420

³⁶² Vgl. Bahr 1994: S 420

³⁶³ Nach: Bahr 1994: S 422

einer passiv, verfallen auch die anderen in diese Passivität nach dem Prinzip „Warum ausgerechnet ich?“.

Gruppendynamisch bedingt ist auch die pluralistische Ignoranz. Je nachdem, wie sich eine Gruppe von Zeugen dem Notfall gegenüber verhält, wird der Einzelne die Situation und somit die Betroffenen in ihrer Hilfsbedürftigkeit beurteilen.

Soziale Angst entsteht aus dem Wunsch, sich nicht exponieren zu wollen und von anderen nicht beobachtet und kritisch beurteilt werden zu wollen.

Die angeführten Verhaltensformen stehen nicht für sich allein, sondern treten stets in Kombination miteinander auf. Sie hängen voneinander ab und unterliegen wechselweisem Einfluss.

Möchte man also nachhaltig die Zahl der aktiven Ersthelfer in Notfallsituationen erhöhen, wird es nicht damit getan sein, nur die handwerklichen Fähigkeiten der Ersthelfer zu trainieren, sondern auch, die hier angesprochenen Probleme in Erste-Hilfe-Kursen zu thematisieren. Umgekehrt ist es unabdingbar, Rettungssanitäter, aber vor allen Dingen auch Notärzte im Umgang mit Laien am Notfallort zu schulen:

„[Es] muß davon ausgegangen werden, dass die Interaktionen zwischen Professionellen und Laien am Notfallort entscheidend mit dazu beitragen, wie diese Laien sich beim nächsten Mal verhalten werden. Die theoretische Hilfsbereitschaft wird oftmals unbeabsichtigt unterminiert durch unbedachtes Verhalten der Professionellen, wobei dann Frustrationen, aber auch Einschüchterungen beim Laien eine wichtige Rolle spielen. Die individuelle Hilfsbereitschaft ist also anfällig für den negativen Einfluß hierarchischer Ordnungen. [...] Der Notarzt sollte nicht durch eigenes Verhalten den Eindruck verstärken, Laiensystem und Rettungsdienst stünden in einem hierarchischen Verhältnis. Er sollte vielmehr davon ausgehen, daß es sich um gleichberechtigte Partner mit eigenständigen Aufgaben handelt. Und wenn er sich, bei aller Hektik und bei allem Stress in der Situation, nur ein wenig die Zeit und Ruhe nimmt, denjenigen, die geholfen haben, eine positiv-

verstärkende Rückmeldung zu geben, dann hat er vielleicht schon dafür gesorgt, daß an der nächsten Ecke wieder geholfen wird.“³⁶⁴

Ob und in welcher Form Angehörige des Patienten und sonstige Zeugen des Notfalls in die Patientenversorgung miteingebunden werden sollen, wird im Kontext der Notfallmedizin immer wieder sehr kontroversiell diskutiert. Insbesondere bei der Vorgangsweise im Falle einer CPR scheiden sich die Geister.

Wird der Patient beim Eintreffen des Rettungsteams bereits laienreanimiert, ist eine korrekte Patientenübergabe angezeigt. Das bedeutet, dass ohne Unterbrechung der Maßnahmen das Rettungsteam die Laien ablöst und parallel dazu ein Übergabegespräch stattfindet, das die relevanten Fakten zum Fall beinhaltet. Dies soll nach den oben geschilderten Kriterien im Sinne einer gleichberechtigten Partnerschaft geschehen.

Im Falle anwesender „non-helping bystanders“ kann es unter bestimmten Voraussetzungen sinnvoll sein, sie um Unterstützung zu bitten und sie solchermaßen in den Behandlungsprozess miteinzubeziehen. Dies ist etwa dort der Fall, wo theoretische Hilfsbereitschaft geortet werden kann, diese aber nicht zur Umsetzung gelangte.

Hilfsmaßnahmen, zu denen in Rahmen des organisierten Rettungsdienstes Laien herangezogen werden, dürfen selbstverständlich keine fachspezifischen Handlungen beinhalten, deren Ausübung an eine Qualifikation gebunden ist³⁶⁵. Vielmehr sind es kleine administrative Aufgaben, wie das Öffnen des Gartentors, damit der Abtransport reibungsfrei funktioniert, das Erstellen einer Medikamentenliste des Patienten fürs Krankenhaus oder die Vorbereitung der Versicherungsdaten für die Aufnahme, durch die den Notfallzeugen das Gefühl vermittelt wird, aktiv und positiv zur Bewältigung der Situation beigetragen zu haben.

Schwierig wird die Entscheidung, wie mit Angehörigen umgegangen werden soll, vor allem in Reanimationssituationen. Hier geht es selten darum, ob die Familie in die Patientenversorgung involviert werden soll, sondern eher um die Frage ihrer Betreuung und darum, wem die Beobachtung eines CPR-Szenarios psychisch zumutbar ist. Diese

³⁶⁴ Bahr 1994: S 424

³⁶⁵ Das hat neben anderen juristischen Gründen vor allem versicherungstechnische Ursachen.

Frage ist pauschal nicht beantwortbar und muss vor Ort individuell entschieden werden. In Abhängigkeit der Rahmenbedingungen kann der Notarzt den Angehörigen eventuell dazu raten, den Raum zu verlassen. Das ist etwa dort der Fall, wo Kleinkinder als Zeugen vor Ort sind. Während es bis in die 1990er Jahre noch üblich war, die Angehörigen während der CPR kategorisch des Raumes zu verweisen (oftmals in deren eigenem Haus!), hat man inzwischen erkannt, dass diese Maßnahme nicht immer dazu geeignet ist, Angehörige psychisch zu schonen. Tatsächlich ist es für viele Angehörige wichtig mitzuerleben, dass alles „Menschenmögliche“ für den Patienten unternommen wurde. In besonderem Ausmaß ist dies bei Kinderreanimationen der Fall.

Durch die mittlerweile starke Betonung der psychologischen Komponente in Ausbildung und Organisation notfallmedizinischer Dienste ist das Bewusstsein um die weitreichenden Konsequenzen solcher Entscheidungen deutlich gestiegen. Psychohygiene hat, wie schon im Abschnitt über Katastrophenmedizin ausführlich dargelegt wurde, einen unbestrittenen Stellenwert in der Notfallmedizin und betrifft neben den Einsatzkräften³⁶⁶ auch Patienten, Angehörige und Zeugen des Notfallgeschehens. Ein strukturiertes Gespräch des Notarztes mit Hinterbliebenen nach Reanimationen, der Dialog mit Angehörigen, ist auch für beide Seiten von wesentlicher Bedeutung. Umso weniger darf toleriert werden, dass es immer noch Notärzte gibt, die solche Gespräche oftmals unter fadenscheinigen Ausreden kategorisch ablehnen. Scheinargumente wie „Das ist nicht meine Aufgabe, ich bin kein Psychologe“ oder „Dazu ist keine Zeit, der Notarzt muss abkömmlich sein“, sind immer noch zu hören. Die gesundheitliche Bedeutung bewusster emotionaler und selbstreflexiver Auseinandersetzung mit persönlichen Diensterlebnissen durch Einsatzkräfte ist jedoch wissenschaftlich vielfach belegt.

„In einer empirischen Studie über die Reaktionen von 20 Ärzten nach über 260 Reanimationen wurde [...] beschrieben, daß alle ärztlich hilfreichen Handlungen, die auch für die Trauer der Angehörigen günstig sind, die Emotionen der Ärzte nach einem Notfalleinsatz verändern. Zeigt der Notarzt hier Abwehr, so ist er in der Konfrontation mit den Angehörigen und deren Trauer geschützt, aber zugleich ist seine emotionale Auseinandersetzung behindert. Weiter ergab sich, daß bei Notärzten das Muster

³⁶⁶ „Die ‚geistige Eignung‘ [des Rettungssanitäters, Anm.] umfasst neben der Intelligenz auch eine grundsätzliche psychische Stabilität sowie die Fähigkeit, entsprechende Strategien zur persönlichen Bewältigung der psychischen Anforderungen des Berufs bzw der Tätigkeiten entwickeln und Sorge für die eigene Psychohygiene tragen zu können.“ (HAUSREITHER 2004: S 85)

vorzuherrschen scheint, 'ein Arzt denkt bei der Reanimation nicht, wenn überhaupt, dann an Offensichtliches – die Angehörigen, die Patienten oder Verdrängung'. Selbstreflektive Gedanken umfaßten bei reanimierenden Ärzten nur einen eng beschriebenen Bereich und traten bei den Ärzten erst spät – bei hoher psychischer Belastung durch den Einsatz – auf.³⁶⁷

Der bewusste Umgang mit Angehörigen und anderen Anwesenden in einer Notfallsituation gehört also ganz klar zum Aufgabenbereich von Rettungssanitätern und Notärzten. Diesem Umstand ist mit der gleichen Sorgfalt Rechnung zu tragen wie anderen Aspekten notfallmedizinischer Tätigkeiten auch. Somit kann an dieser Stelle begründet festgestellt werden, dass das Berufsethos von Sanitätern und Ärzten die partnerschaftliche Kooperation mit Laienhelfern ebenso gebietet wie die adäquate Auseinandersetzung mit Angehörigen.

Überlegungen und Bedingungen, die zum Abbruch einer CPR führen

Wie bereits ausführlich dargestellt, können vorliegende Patientenverfügungen die Hilfspflicht von Rettungsdienst und Notarzt erheblich einschränken. Das gilt insbesondere für den Fall der Reanimation, in deren Verlauf eine rechtsgültige Patientenverfügung gefunden wird. Mit dem Zeitpunkt, zu dem die Patientenverfügung vorgelegt wird, sind die Reanimationsmaßnahmen unverzüglich einzustellen, unabhängig vom gegenwärtigen medizinischen Status und der Prognose. Der bekannte oder auch der mutmaßliche Patientenwille stellen Kriterien zum Reanimationsabbruch dar. Fälle dieser Art sind aber eher als Ausnahme zu bezeichnen.

„Generell stellt die Beendigung der Reanimation eines Patienten, dessen Tod unvermeidlich erscheint, eine Lebensverkürzung durch aktives Handeln dar. Es scheint aber die Beendigung von Maßnahmen statthaft, die das Sterben sinnlos verlängern.“³⁶⁸

Unter diesen Aspekten muss der Notarzt vor Ort als höchste medizinische Instanz allein und eigenverantwortlich die Entscheidung treffen, eine CPR gegebenenfalls abubrechen.

³⁶⁷ MEYER 1998: S 377

³⁶⁸ MEYER 1998: S 376

Angesichts der üblicherweise kargen anamnestischen Informationen ist es für Notärzte hilfreich, sich an einem Behandlungsalgorithmus orientieren zu können, wie dies bei Reanimationen der Fall ist. Wann und wie eine Reanimation abubrechen ist, geht daraus aber nicht eindeutig hervor, sodass diese Entscheidung stets ausschließlich situationsabhängig getroffen wird. Weder das Patientenalter³⁶⁹, noch die Dauer der Reanimation sind, jeweils für sich betrachtet, hinreichende Kriterien, um eine CPR zu beenden. Wie lange Reanimationsbemühungen aufrechterhalten werden sollen, bleibt somit unklar. Zwar wird in einigen Werken der Fachliteratur die These vertreten, „daß nach etwa 30 min frustraner Bemühungen vom endgültigen Herz-Kreislaufstillstand ausgegangen werden könne“³⁷⁰, dokumentierte Erfolge wesentlich länger dauernder Reanimation liegen jedoch – auch im Grazer Notarztsystem – auf.

„Es ist daher außerordentlich schwierig, einen Regelzeitraum für die Dauer der Reanimationsbemühungen zu definieren. Immer sind die Umstände des Einzelfalles zu würdigen, hier insbesondere das aktuelle Ereignis, die Grunderkrankung und der vorbestehende Allgemeinzustand.

Im Allgemeinen ist davon auszugehen, daß ein ernsthafter Reanimationsversuch erst nach 30-60 Minuten beendet werden sollte.“³⁷¹

Kritisch zu hinterfragen ist die Formulierung „ernsthafter Reanimationsversuch“. Grundsätzlich hat eine CPR, sobald sie gestartet wird, nach allen Regeln der Kunst und mit maximalen Bemühungen zu erfolgen. Scheinreanimationen sind ethisch nicht vertretbar und dienen niemandem, auch nicht den Angehörigen, denen, wie gerne argumentiert wird, das Gefühl vermittelt würde, für den Patienten sei alles „Menschenmögliche“ unternommen worden, obwohl die Situation von vornherein frustran war. Diese Fehlannahme wird insbesondere im Zusammenhang mit Säuglings-Reanimationen vielerorts vertreten. Notfallpsychologen widersprechen dem vehement:

³⁶⁹ Obwohl dieser Umstand medizinisch-wissenschaftlich eindeutig belegt ist, kam eine 2007 in Deutschland durchgeführte Studie zum Schluss, es „besteht Evidenz, dass das Alter des Patienten faktisch durchaus ein wirksamer Faktor bei der Therapieentscheidung bis hin zum Vorenthalten wirksamer Maßnahmen ist. Zu unterscheiden ist dabei zwischen einer Wirksamkeit des Faktors Alter einerseits und der Legitimation, Therapie nach dem Alter des Patienten zuzuteilen oder vorzuenthalten.“ (REITER-THEIL 2007b: S 191)

³⁷⁰ EISENMENGER 1999: S 423

³⁷¹ Ebd.

„Weist das Kind beim Eintreffen des Rettungsdienstes bereits sichere Todeszeichen (Totenflecke, Starre) auf, sollte auf eine Reanimation, insbesondere auf einen Kliniktransport des toten Kindes unter Reanimation, im Interesse der Eltern verzichtet werden. Durch eine sorgfältige äußere Untersuchung des Kindes – auf Wunsch der Eltern in ihrem Beisein – ist der Tod festzustellen (Saternus et al. 1996). Dabei ist darauf zu achten, den Eltern die Todeszeichen (wenn sichtbar), v.a. die Totenflecken zu erklären.“³⁷²

Grundsätzlich ist festzustellen, dass auch der Patient mit Herz-Kreislaufstillstand bzw. Atemstillstand, also ein klinisch Toter, immer noch über Patientenrechte verfügt, denen zu entsprechen ist. Eine „Sicherheitsreanimation“ nach dem Prinzip, wenn es schon nicht nutzt, wird es wohl auch nicht schaden, ist grundsätzlich abzulehnen. Es gehört zum Aufgabengebiet des Notarztes eine klare Entscheidung pro oder contra CPR zu fällen, die in weiterer Folge mit aller Konsequenz umzusetzen ist. Geleitet werden muss diese Entscheidung vom Wissen darum, was eine Reanimation für den Patienten bedeutet:

„Für die Betroffenen bedeutet eine CPR unter günstigsten Voraussetzungen die vollständige Wiederherstellung ihrer bisherigen Vitalität; unter ungünstigen Voraussetzungen hingegen ist der Tod trotz CPR nicht abwendbar, oder aber es resultiert ein Überleben mit erheblichen neurologischen Defiziten und in weitgehender Fremdbestimmtheit. Sowohl Durchführung und Fortführung einer CPR als auch Unterlassung und Abbruch können zum Schaden des Patienten geraten. Da eine individuelle Prognose für das outcome bislang nicht möglich ist, läßt sich im Sinne von equity, justice und beneficence das generelle Gebot zur Durchführung begründen – es sei denn, es liegt eine eindeutige und dokumentierte gegenteilige Willensäußerung des Patienten vor.“³⁷³

Die Gründe, warum in letzteren angesprochenen Fällen immer wieder der Rettungsdienst alarmiert wird, wurden bereits in den vorangegangenen Abschnitten erläutert. Die progrediente Verschlechterung der Prognose durch Verlängerung des therapiefreien Intervalls muss bei jeder CPR berücksichtigt werden. Im Sinne der beneficence muss ein Reanimationsabbruch in Erwägung gezogen werden, wenn trotz erweiterter Therapiemaßnahmen eine persistierende Asystolie bestehen bleibt. Der richtige Zeitpunkt

³⁷² HELMERICHS 1997: S 140

³⁷³ MICHALSEN 1998: S 8f.

dafür kann nur intuitiv festgelegt werden, grundsätzlich ist jedoch festzuhalten, dass nach internationaler Übereinstimmung viel zu häufig Reanimationsmaßnahmen erfolgen, obwohl die Aussichtslosigkeit der Situation von vornherein feststeht. Handlungen dieser Art sind nicht nur medizinisch sinnlos, sondern auch ethisch kaum zu vertreten, da sie dem Patientenwohl³⁷⁴ nicht dienen, und darüber hinaus durchaus kostenintensiv sind.³⁷⁵ Diese Kosten reduzieren sich nicht auf die einsatzbedingten Aufwendungen, sondern müssen im Interesse der Solidargemeinschaft betrachtet werden. Gesundheit und Arbeitskraft des Betroffenen können unter günstigsten Voraussetzungen wiederhergestellt werden. Die präklinischen Vorhaltemaßnahmen und das Kollektiv der Patienten mit neurologischen Defiziten nach CPR schaffen jedoch Kostenfaktoren, die die Finanzleistungen der Genesenen übersteigen dürften. CPR-Maßnahmen können daher nur Rechtfertigung als soziale Dienstleistung erlangen. Im Sinne einer kapitalistisch orientierten Gesellschaft sind sie aus wirtschaftlicher Sicht nicht vertretbar.

Die American Heart Association hat schon 1992 einen Kriterienkatalog erstellt, nach dem auf CPR zu verzichten ist, wenn mindestens einer der genannten Punkte gegeben ist:

- „Wenn es trotz fachgerechter Durchführung von Basismaßnahmen und erweiterter medizinischer Hilfe nicht zu einer Rückkehr des Spontankreislaufs kommt.
- Wenn trotz maximaler Therapie eine Verschlechterung der Vitalfunktionen des Patienten zu beobachten ist und daher von Wiederbelebungsmaßnahmen keine Beeinflussung des Grundprozesses erwartet werden kann.
- Wenn bei der Verschlechterung einer terminalen Erkrankung anhand anerkannter wissenschaftlicher Untersuchungen eindeutig belegt ist, daß Patienten in diesem Zustand trotz eines Reanimationsversuchs keine Aussicht auf Überleben haben.“³⁷⁶

Diese Richtlinien sind als Empfehlungen zu verstehen und können keine vollständige Beantwortung der vorliegenden Fragen bieten. Sie verdeutlichen aber, dass eine Entscheidung gegen CPR-Maßnahmen in jedem Fall gut begründet sein muss. Auch hier

³⁷⁴ Gemein ist hier insbesondere das Recht jedes Menschen zu sterben.

³⁷⁵ Argumente solcher Natur sollen keinen Aufruf dazu darstellen, aus Sicht der Notfallmediziner den Wert eines Lebens zu bemessen. Schon gar nicht darf anhand solcher Feststellungen die Effizienzrate eines Notarztsystems bewertet werden. Es muss klar festgestellt werden, dass die zentrale Rolle des Arztes als Entscheidungsträger bei Beginn, Durchführung und Abbruch der Reanimation unangefochten bleibt. Sein Reflexionsvermögen in Bezug auf die vorliegende Situation bildet die Basis aller Handlungsentscheidungen.

³⁷⁶ MOHR 1997: S 42

ist der Notarzt in besonderem Maße zur ausführlichen Dokumentation seiner Entscheidungsbegründung aufgerufen.

In dubio pro vita ist eine wichtige Entscheidungshilfe in Notfallsituationen: im Zweifel ist für die Option des Lebens zu entscheiden. Die Anwendung dieses Grundsatzes bedingt aber das Vorliegen eines Zweifelsfalles. Das bedeutet das Vorhandensein einer Situation, in der auch trotz Abwägung der bekannten Gegebenheiten keine eindeutige Entscheidung zum Reanimationsverzicht getroffen werden kann. Unmoralisch wäre notärztliches Verhalten dann, wenn sich der Arzt auf das Vorliegen eines Zweifelsfalles ausredete, nur um eine gegebenenfalls zu fallende DNR-Entscheidung zu umgehen, obwohl er keinerlei Anstrengungen unternommen hat, den Zweifel auszuräumen.

Um in der Fragestellung nach den Bedingungen für Durchführung und Abbruch von Reanimationen Fortschritte zu machen, ist es unvermeidlich, den Faktor der Patientenaufklärung stärker zu berücksichtigen, als dies bislang der Fall ist. Potentielle CPR-Patienten müssen über Risiken und Wahrscheinlichkeiten aufgeklärt werden, die im Rahmen einer Reanimation zu erwarten sind. Diese müssen der Bevölkerung auf breiter Ebene wahrheitsgemäß dargelegt werden. Eine Verschleierung dieser Risiken ist nicht hinzunehmen. Auch dann nicht, wenn sie vorgibt, höheren Zielen zu dienen. Dies findet etwa in der Form statt, dass Erfolgsaussichten für CPR-Patienten im Rahmen öffentlicher Erste-Hilfe Kampagnen werbewirksam beschönigt werden. Die dahinter stehende Absicht ist die, mehr Menschen dazu zu bewegen, im Notfall als Ersthelfer Reanimationsmaßnahmen einzuleiten.³⁷⁷

Die Entscheidung darüber, wie im Falle eines Kreislaufstillstandes mit sich selbst verfahren werden soll, liegt bei jedem Einzelnen selbst. Solange die Aspekte von Reanimationen und ihre Folgen nicht auf breiter Ebene umfassend als bekannt vorausgesetzt werden können, ist Entscheidungsfähigkeit einfach nicht gegeben. Diese muss daher in ihren Grundlagen geschaffen werden.

³⁷⁷ Aus den genannten didaktischen Gründen ist es weit verbreitet üblich, im Rahmen von Erste-Hilfe-Ausbildungen auf Ausführungen darüber zu verzichten, welche Konsequenzen Reanimationen mit sich ziehen können. Stattdessen soll dem Kursteilnehmer eine positive Erfahrung suggeriert werden, um die Motivation zu steigern, das Erlernete im Ernstfall auch umzusetzen.

„Es gibt [...] vier Standards, die Mindestanforderungen an die Entscheidungsfähigkeit definieren:

1. Eine Person soll in der Lage sein, eine Wahl zu treffen und auszudrücken.
2. Eine Person soll in der Lage sein, die relevanten Informationen zu verstehen.
3. Eine Person soll in der Lage sein, die Eigenart einer bestimmten Situation zu erkennen und mögliche Konsequenzen zu bewerten.
4. Eine Person soll über die Kapazität verfügen, Informationen rational auf der Basis von Vernunft zu verarbeiten.³⁷⁸

Nur durch offene Diskussionsführung kann das Verständnis der Bevölkerung hinsichtlich der CPR-Problematik so weit ausgebaut werden, dass Notärzte vor Ort wirklich von einem 'informed consent' ausgehen können, und Entscheidungen im Interesse des Patienten getroffen werden können.

3.4.2.2 Sterbehilfe und der Begriff Tod

Die im vorangegangenen Abschnitt diskutierte Problematik, wann keine CPR zu erfolgen hat, macht eine inhaltliche Abgrenzung zu einem anderen Schwerpunkt der Medizinethik notwendig: der Sterbehilfe. Da dieses komplexe Thema weit mehr Aspekte umfasst, als im Rahmen dieser Arbeit von Interesse sind, sei nur auf wesentliche Begriffe hingewiesen, die hilfreich sein können.

Die maßgeblichen begrifflichen Unterscheidungen, die in Fragen der Sterbehilfe vorgenommen werden, sind folgende:

1.) In Hinblick auf die Zustimmung des Patienten:

- **Freiwillig:** Der Patient hat den Wunsch zu sterben und stimmt allen Aspekten der Umsetzung dieses Wunsches zu.
- **Unfreiwillig:** Die Tötungsentscheidung erfolgt gegen die ausdrückliche Willensbekundung des Patienten.
- **Nicht freiwillig:** Die Tötungsentscheidung erfolgt ohne die Zustimmung des Patienten, aus welchen Gründen immer diese Zustimmung fehlen mag.

³⁷⁸ FANGERAU 2006: S 388

2.) Hinsichtlich der Beteiligung Dritter:

- Aktiv: Durchführung einer Handlung, die den Tod des Patienten intendiert und diesen ursächlich herbeiführt.
- Passiv: Verzicht auf lebensverlängernde Behandlung bzw. Therapieabbruch in medizinisch aussichtslosen Situationen (infauste Prognose).
- Indirekt: Verabreichung schmerzlindernder Mittel mit der vermuteten bzw. als möglich unterstellten und in Kauf genommenen Nebenwirkung eines vorzeitig eintretenden Todes.³⁷⁹

Die medizinische Definition für Tod hat sich im Laufe der Jahre geändert, was seine Ursachen vor allem in der Entwicklung der Notfall- und Intensivmedizin hat. Außerdem ist auch im hier vorliegenden Zusammenhang der Umstand von Bedeutung, dass Sterben als etwas Prozesshaftes zu betrachten ist³⁸⁰, und somit verschiedene Stadien voneinander unterschieden werden müssen:

„Im Regelfall steht am Anfang der Todesdiagnose die Feststellung des *klinischen Todes*, der definiert ist als Sistieren von Herztätigkeit, Kreislauf und Atmung. [...] Wird innerhalb einer bestimmten Zeit, die durch die Reanimationszeit des Gehirns bestimmt wird, der Herz- und Atemstillstand nicht behoben, kommt es zum *endgültigen Tod*. Damit werden Stillstand von Herz und Atmung irreversibel und es treten die *sicheren Todeszeichen* auf. [...] Die größten Probleme bei der Todesfeststellung bilden sogenannte *Scheintodfälle*. Bei ihnen ist [...] die Funktion lebenswichtiger Organe so gedrosselt, daß eine *Vita minima* resultiert. Herzschlag und Atmung sind ohne technische Hilfsmittel nicht feststellbar.“³⁸¹

Auch eine juristische Definition des Begriffs Tod muss in diesem Zusammenhang Erwähnung finden:

³⁷⁹ Nach: RINOFNER-KREIDL 2010: S 85f.

³⁸⁰ Dies manifestiert sich auch im Organismus, dessen Zellen nicht mit gleicher Geschwindigkeit absterben, sondern deren Überleben davon abhängt, wie empfindlich sie gegenüber einem Sauerstoffmangel sind.

³⁸¹ EISENMENGER 1999: S 418

„Von Individualtod wird gesprochen, wenn feststeht, daß Reanimationsmaßnahmen aussichtslos sind“³⁸², definiert die deutsche Rechtsmedizin, lässt aber offen, welche Mittel dazu geeignet sind, die Aussichtslosigkeit als solche festzustellen.

„Das [deutsche, Anm.] Transplantationsgesetz von 1997 hat festgelegt daß der Hirntod dem Individualtod entspricht und damit dessen Feststellung auch eine rechtlich akzeptierte Form der Todesfeststellung ist.“³⁸³

Die mit der juristischen Akzeptanz einhergehende Etablierung des Begriffes Hirntod hat auch in der breiten Bevölkerung mit zur Erkenntnis beigetragen, dass der Tod nicht zu einem klar definierbaren, spezifischen Zeitpunkt auftreten kann, da es sich hierbei um kein punktuell Ereignis handelt, sondern um einen Ereignisverlauf (s.o.).³⁸⁴

Der Hirntod ist in erster Linie bei Krankenhauspatienten von Bedeutung, die als Organspender in Betracht kommen. Nicht selten handelt es sich dabei um Patienten, „die von einer isolierten Schwerstschädigung des Gehirns betroffen sind.“³⁸⁵

Auch die Hirntoddiagnose führt zu medizinethischen Diskussionen über den Todeszeitpunkt und die Begriffsdefinition von Tod: Das (empirisch nachweisbare) Bewusstsein eines Menschen wird von einigen Gruppen als Kriterium dafür herangezogen, wann jemand für tot zu erklären ist. Je nachdem, welcher Standpunkt eingenommen wird, lautet die Forderung, auch Teilhirntote für tot zu erklären oder den Menschen erst dann für tot zu erklären, wenn das gesamte Hirn irreversibel ausgefallen ist. Juristische Relevanz besitzt in den meisten europäischen Ländern letztere These.³⁸⁶

Liegt beim Patienten ein Kreislaufstillstand vor, ist die Entscheidung für den Notarzt über das weitere Vorgehen relativ einfach: Grundsätzlich ist eine CPR durchzuführen. Liegen Gründe vor, die dagegen sprechen, sind diese je nach ihrer Gewichtung zu beachten. Grundlegend für jede medizinische Behandlung ist primär der Patientenwille.

³⁸² ELLINGER 1993: S 217

³⁸³ EISENMENGER 1999: S 422

³⁸⁴ Dass der Todeszeitpunkt als juristischer Begriff dennoch von hoher Wichtigkeit ist, führt nicht nur im Erb- und Versicherungsrecht immer wieder zu Schwierigkeiten.

³⁸⁵ EISENMENGER 1999: S 422

³⁸⁶ Vgl. BRUCHHAUSEN 2008: S 156f.

Problematischer gestaltet sich die Situation beim Patienten mit erhaltenen Lebensfunktionen (Atmung, Kreislauf), dessen Erkrankung in ihr Finalstadium getreten ist. Hier sind die Grenzen zwischen notärztlicher Tätigkeit und Palliativmedizin stark ineinander fließend:

„Jeder sterbende Patient hat Anspruch auf einen Tod ohne Angst und ohne Schmerzen. Während eine suffiziente analgetische Therapie immer wieder eingefordert wird, besteht bisweilen Unsicherheit bezüglich einer anxiolytischen Therapie mit Benzodiazepinen, die – ähnlich wie Opiate – bei entsprechender Dosierung zu einem Atemstillstand führen können. Auch bei der Anxiolyse hat der Aspekt der Angstfreiheit Vorrang gegenüber einer möglichen Verkürzung des Sterbeprozesses. [...] Nicht immer wird allerdings der Notarzt verlässlich Angst oder Schmerzen einschätzen können, er muß sich unter Umständen auf indirekte Hinweise (z.B. Unruhe oder Tachykardie) stützen.“³⁸⁷

Die aktuelle Entwicklung des Gesundheitswesens lässt darauf schließen, dass Notärzte in Zukunft verstärkt zu Patienten gerufen werden, deren unheilbare Erkrankungen ins Finalstadium eingetreten sind und die sich nun an der Schwelle zum Sterbeprozess befinden. Es wird vorkommen, dass Patienten, die dokumentierter Maßen lange Jahre jede therapeutische Intervention in einem solchen Fall für sich ausgeschlossen haben, nunmehr ihren Willen ändern. Dies ist rechtens und zulässig:

„Maßgeblich für den Notarzt ist auch hier der zuletzt geäußerte Wille des Patienten. Jeder Patient hat das Recht, von einem einmal geäußerten Verzicht auf Intensivtherapie wieder zurückzutreten und eine Therapie einzufordern.“³⁸⁸

Problematisch gestaltet sich die Sachlage in Situationen, in denen der Patientenwille für den Notarzt nicht mehr nachvollziehbar ist. Neue Informationen können den Angaben von Angehörigen widersprechen, Uneinigkeit dieser ist ebenso problematisch zu bewerten, wie ein dem Notarzt offensichtliches Unvermögen der Angehörigen, dem Patienten ein Versterben im häuslichen Umfeld zu ermöglichen³⁸⁹.

³⁸⁷ KÖPPEL 1998: S 854

³⁸⁸ KÖPPEL 1998: S 855

³⁸⁹ Die Gründe dafür können mannigfaltig sein, ein Beispiel wäre etwa die Notwendigkeit professioneller Unterstützung.

Die vorliegenden Fakten und Prognosen machen deutlich, dass Sterbebegleitung im Rahmen der Notarztausbildung ausführlich und interdisziplinär beleuchtet werden muss, und dass eine intensive Kooperation auf breiter Dialogbasis zwischen Sterbehospizen und Notarztsystemen erfolgen müssen wird.

3.4.2.3 Transplantationsmedizin

Die stetig fortschreitenden Erkenntnisse und Fähigkeiten auf dem Gebiet der Transplantationsmedizin ergeben automatisch eine Häufung der Konfrontationen von Notärzten mit organtransplantierten Patienten. An diesen können Notfallsituationen unabhängig vom vorerkrankten oder transplantierten Gewebe auftreten, ebenso entstehen solche Notfallsituationen aber auch „auf dem Boden der Grunderkrankung oder einer funktionellen Störung des transplantierten Organs und sind darüber hinaus häufig die Folge der lebenswichtigen Immunsuppression.“³⁹⁰

Während die oben genannten Patientengruppen für den Notfallmediziner keine besondere ethische Herausforderung darstellen, verfügt ein anderer Bereich der Transplantationsmedizin über eine starke Verbindung zur Notfallmedizin: die Organentnahme erfolgt nicht selten an Patienten, die mittels eines Rettungsdienstes eingeliefert wurden. Es geht also darum, die Rolle der Notfallmedizin als „Zulieferer“ der Transplantationsmediziner zu beleuchten.

Die Verfügbarkeit geeigneter Organe ist naturgemäß als eine *conditio sine qua non* der Transplantationsmedizin anzusehen.

„Niere und Teile der Leber können unter bestimmten Voraussetzungen von Lebenden entnommen und transplantiert werden, alle anderen Organe und die überwiegende Mehrzahl von Nieren und Lebern kommen jedoch von Frischverstorbenen, die den sogenannten Hirntod erlitten haben.“³⁹¹

³⁹⁰ ZÜLKE 1998: S 584

³⁹¹ MARGREITER 2007: S 5

Dieser Bedarf an Organen kann nicht ausschließlich durch intramural Verstorbene gedeckt werden, die Bedeutung der präklinischen Todesfälle für die Transplantationschirurgen ist somit geklärt. Grundsätzlich kommen nach österreichischem Recht, abgesehen von Lebendspendern, als Organspender nur Patienten in Frage, bei denen nachweislich der Hirntod eingetreten ist, und die nicht zu Lebzeiten - ebenso nachweislich - einer Organentnahme widersprochen haben.

Aus Sicht der Transplantationsmedizin ist es im Interesse ihrer Patienten zwingend notwendig, die Zahl transplantierbarer Organe zu erhöhen. Dazu gehört auch, etwaige Störungen am Explantationspatienten frühzeitig zu therapieren, um die Qualität des Organs zu erhalten:

„Dies beginnt bereits mit dem Eintreffen des Notarztes am Unfallort, der natürlich unabhängig von seiner persönlichen Beurteilung (die endgültige Diagnostik in dieser Richtung kann ohnehin nur im Krankenhaus erfolgen) diesen Patienten (und solange der Hirntod nicht feststeht, handelt es sich um einen Patienten) nach den Kriterien der Notfallmedizin versorgt.“³⁹²

Pauschal könnte man formulieren, sind Notärzte dazu aufgerufen, stets über das Leben ihrer Notfallpatienten hinauszudenken. Ein Unfallopfer, dem an der Unfallstelle keine Überlebenschancen mehr eingeräumt werden, ist demnach schnellstmöglich in eine geeignete Klinik zur Organexplantation zu führen, die notfallmedizinische Versorgung davor hat organschonend zu erfolgen. Es sei an dieser Stelle noch einmal festgehalten, auf welchen Grundprinzipien Organentnahmen beruhen:

- „Auf der absoluten Priorität der individuellen Behandlung jedes Kranken, d.h. auch eines potentiellen Organspenders, bis zu seinem Tode gegenüber jedem anderen Ziel, also auch dem der Behandlung eines Organbedürftigen.
- Auf der Sicherheit der Todesfeststellung im Rahmen der Organentnahme, also der Diagnose des eingetretenen Hirntodes.

³⁹² TSCHELIESSNIGG 1995: S 297f.

- Auf einer Legitimation der Organentnahme durch den Verstorbenen selbst oder seine Angehörigen bzw. aufgrund gesetzlicher Regeln, wie bei uns in Österreich (§62a KAG).³⁹³

Die ethischen Probleme innerhalb der Transplantationsmedizin sind vielfältig. Sie beginnen mit der Organallokation und dem steigenden Organbedarf. Künstliche Organe als technische Systeme können zur Überbrückung innerhalb oder außerhalb des Körpers eingesetzt werden, stellen aber keine Dauerlösung dar. Die so genannte Xenotransplantation, die Transplantation von Tierorganen auf den Menschen, wird derzeit wieder stark vorangetrieben, obwohl Abstoßungsreaktionen und Übertragungen tierischer Keime auf den Organempfänger derzeit nicht beherrschbar sind. Auch die Stammzellenforschung ist bemüht, Ersatzgewebe zu gewinnen. Der natürliche Organersatz soll aus Stammzellen des eigenen Körpers geschaffen werden.

„So gelang es in ersten Versuchen bereits ganze Ohrknorpel neu wachsen zu lassen und Defekte an Gelenkknorpeln wieder zu regenerieren. Bei komplexeren Geweben wie der Haut ist es immerhin möglich, aus Hautzellen Ersatzgewebe zu züchten. Allerdings fehlen der Ersatzhaut noch Haare und Poren. Dieses Verfahren wird heute bereits zur Versorgung großer Hautdefekte bei Brandopfern eingesetzt. Auch Herzklappen konnten bereits erfolgreich gezüchtet werden.

Von der erfolgreichen Züchtung ganzer, funktionsfähiger Organe ist man allerdings noch weit entfernt. Herz, Niere und Leber ließen sich am besten aus Stammzellen von Embryonen züchten.³⁹⁴

Das Problem der Organallokation wird also noch länger bestehen. Umso wichtiger ist es, die Bevölkerung umfassend über die Bedingungen einer Organspende aufzuklären. Dies wäre im Rahmen von Erste-Hilfe-Kursen zeitlich durchaus machbar und thematisch jedenfalls relevant. Insbesondere der Begriff des Sterbeprozesses sowie der Hirntod könnten dort klar dargestellt werden, einerseits um mehr Organspender zu gewinnen, andererseits, um schon im Vorfeld anzudeuten, mit welchen Problemen sich Angehörige eines Hirntoten konfrontiert sehen:

³⁹³ TSCHELIESSNIGG 1995: S 294

³⁹⁴ HAMMER 2007: S 75

„Es fällt ihnen [den Angehörigen, Anm.] schwer, den Tod zu realisieren, weil der Mensch durch die intensivmedizinische Behandlung lebendig erscheint, er ist beatmet, fühlt sich warm an, schwitzt, zeigt im Extremfall sogar noch Reflexe, die dann als das Lebenszeichen gewertet werden, nach dem so dringend gesucht wird. Durch Berichte über dubiose Machenschaften im Bereich der Organspende entsteht noch dazu Angst, dass am Ende sogar jemand von den Organen finanziell profitieren könnte und deshalb nicht mehr alles Menschenmögliche unternommen wird, um das Leben des Patienten zu retten. Der Druck auf die Angehörigen ist somit unvorstellbar, einerseits müssen sie sich mit der Endgültigkeit des Todes abfinden, andererseits aber auch rasch entscheiden, ob sie durch die Zustimmung zur Organentnahme einem Menschen das Leben retten wollen, den sie gar nicht kennen und der das ihrer Moralvorstellung nach vielleicht sogar nicht einmal verdient hätte.“³⁹⁵

³⁹⁵ NEYER 2004: S 13

4 Fazit

Abschließend sollen die wesentlichen Punkte dieser Arbeit noch einmal zusammengefasst dargestellt sowie einige Vorschläge zur möglichen praktischen Umsetzung im Rahmen der Notfallmedizin genannt werden.

4.1 Conclusio

Nach langen Jahren der Entwicklung ist Notfallmedizin heute als etablierter medizinischer Teilbereich anzusehen, der als multidisziplinäres Unternehmen gesehen werden kann. In dieser Form stellt sie nicht nur ein wichtiges Bindeglied zwischen Rettungsdienst und Notarztwesen dar, in vielen Notfällen repräsentiert sie innerhalb der Rettungskette auch das Glied zwischen Ersthelfer und Krankenhaus. Darüber hinaus bietet Notfallmedizin etlichen anderen Wissensgebieten, etwa der Psychologie, Partizipationsmöglichkeiten besonderen Ausmaßes. Vor allem dieser letztgenannte Aspekt nimmt im Grazer Rettungswesen eine zentrale Stellung ein: Die jahrzehntelange Tradition erfolgreicher Kooperation von Universität, Klinik und Rotem Kreuz stellt in dieser Form ein weltweites Unikum dar.

Der notfallmedizinische Alltag birgt zahlreiche ethische Herausforderungen, die in unterschiedlichen Dimensionen auftreten können. Um sie benennen zu können ist es notwendig, ein Instrumentarium zur Verfügung zu haben, das eine Kategorisierung der Probleme erlaubt. Dies bieten die unterschiedlichen Betrachtungsformen von Ethik. Das sind für die vorliegende Arbeit im Wesentlichen:

- Deontologie,
- Utilitarismus,
- Tugendethik und
- Principlism.

Zusätzliche Erläuterungen zu Themen wie Willens- und Handlungsfreiheit, Paternalismus oder moralischer Motivation erlauben eine fundierte Untersuchung der Notfallmedizin hinsichtlich ihrer moralphilosophischen Bedeutung.

Die Kernbereiche präklinischer Notfallmedizin können unterteilt werden in:

- Individualmedizinische Versorgung,
- Medizinische Bewältigung von Großschadensereignissen und Katastrophen sowie
- Tätigkeiten im Rahmen der Forschung.

Die moralische Bedeutung der individualmedizinischen Versorgung liegt in erster Linie in den gesetzten Handlungen im Rahmen der Patientenversorgung. Ob und wie diese vorgenommen werden, richtet sich vordergründig nach dem Selbstverständnis des Notarztes hinsichtlich seines Aufgabenbereiches.

Das weite Feld der Großschadensereignisse bringt neben den bereits genannten Problemen weitere ethische Fragen mit sich, allen voran die der Allokationsproblematik. Diese stellt nicht erst im Einsatzfall selbst ein Problem dar, sondern ist schon im Rahmen der Erstellung von Alarmplänen von hoher medizinpolitischer Bedeutung.

Forschung und Evidenz bekommen auch in der Notfallmedizin immer höheren Stellenwert. Analog zur Evidence-Based Medicine lässt sich auch Ethik evidenzbasiert ausrichten. Bedeutsam wird dies in Grenzbereichen der Medizin und des Lebens, wie das Beispiel der Transplantationsmedizin belegt.

4.2 Ausblick

Die technischen Möglichkeiten, die Notfallmedizinern heute zur Patientenversorgung zur Verfügung stehen, überragen jene der vergangenen Jahre bei weitem. Auch der hohe Ausbildungsstand von Notärzten und Rettungssanitätern ist nicht mehr mit dem deutlich geringeren früherer Zeiten zu vergleichen. Umso wichtiger ist es, die Kompetenzbereiche des Notarztwesens endlich klar zu beschreiben und nach außen hin abzugrenzen. Willkürliche Entscheidungen von Notärzten hinsichtlich der Einsatzindikation wären

dadurch vermeidbar, für Rettungssanitäter und Patienten bestünde Klarheit darüber, ob der betreffende Einsatz notärztliche Intervention (beispielsweise reine Symptombekämpfung durch analgetische Maßnahmen) erlaubt.

Notarztstützpunkte müssen strukturell so gestaltet werden, dass etwa arztbegleitete Überstellungstransporte nicht länger stundenlange Absenzen primärer Notarztmittel für deren Zuständigkeitsbereich bedeuten. Nur so kann sichergestellt werden, dass die flächendeckende notärztliche Versorgung in der Steiermark auch real für den Patienten vorhanden ist. Die Lösung dieser Allokationsproblematik ist im politisch-medizinischen Dialog zu suchen.

Allokationsfragen treffen auch die Trägerorganisationen der Rettungsdienste. Die konsequente betriebswirtschaftliche und systematische Trennung von Rettungs- und Krankentransportdienst kann angesichts der steil ansteigenden Einsatzzahlen nicht länger aufgeschoben werden. Auch hier muss konsensual mit den politischen Verantwortungsträgern entschieden werden.

Allokation bedeutet weiters, vorhandene Strategien weiterzuentwickeln und neuen Erkenntnissen anzupassen. Unter diesem Gesichtspunkt wurde aufgezeigt, wie Sichtung und Triage von Patienten in Großschadensfällen verbessert werden können, um die sogenannte Überlastungsphase so gering wie möglich zu halten.

Auch Lehre und Forschung der Notfallmedizin werden künftig stärker kooperieren müssen. Relevante Fragen lauten etwa, wann Reanimationen zu unterlassen sind, wie lange man sie durchführen soll und nach welchen Kriterien ein Abbruch erfolgen kann. Insbesondere die Begründung von Maßnahmen und Unterlassungen findet hinsichtlich der Einsatzdokumentation viel zu wenig Beachtung. Ein weiterer notwendiger Schritt ist die Aufklärung der Bevölkerung über mögliche CPR-Folgen unter besonderer Berücksichtigung des Patientenverfügungsgesetzes. Dies kann im Rahmen von Erste-Hilfe-Kursen erfolgen.

Das symbiotische Verhältnis von Notarztwesen und Rettungsdienst bedingt kollegiale Kooperation in allen Bereichen. Das bedeutet partnerschaftliche Zusammenarbeit von Rettungssanitätern und Notärzten auf Augenhöhe. Hierarchische Überlegenheit der Ärzte

ist in diesem Arbeitsverhältnis nur in medizinischer Sicht gegeben. Das funktionelle Selbstverständnis von Sanitätern ist daher falsch, wenn sie sich selbst als Untergebene von Ärzten oder anderem Krankenhauspersonal betrachten. Sanitäter sind ihrem Aufgabengebiet nach keine Ärzte, da ihr Kompetenzbereich weit mehr umfasst als das bloße Setzen medizinischer Maßnahmen. Rettungssanitäter sind hochspezialisierte Fachkräfte zur umfassenden präklinischen Notfallversorgung. Eine Orientierung an anderen paramedizinischen Berufsbildern wäre daher deutlich zu kurz gegriffen.

Psychische und physische Eignung sind in notfallmedizinischen Tätigkeitsbereichen von herausragender Bedeutung. Diesen sind weitere Fähigkeiten hinzuzufügen wie etwa Reflexionsvermögen. Extremistische, menschenverachtende und diskriminierende Gesinnung dürfen in medizinischem Kontext keinesfalls toleriert werden. Ausbildungszentren von Rettungsdiensten, aber auch die Medizinischen Universitäten und die Spitalsbetreiber müssen daher sicherstellen, dass Ansichten solcher Art weder während der Ausbildung, noch im Rahmen der beruflichen Tätigkeit Akzeptanz finden. Meldestellen für Verletzungen von Patientenrecht oder andere fachliche Verfehlungen müssen unabhängig und handlungsbefugt sein.

Notfallmedizin bedarf keiner eigens zu schaffenden Ethik. Es genügt, die moralphilosophischen Probleme im Kontext der Medizin so pointiert darzustellen, dass die Facetten verschiedener Betrachtungsmöglichkeiten hinreichend imponieren. Wünschenswert wäre eine klare Positionierung von Ethik in der Notfallmedizin:

- Ethik muss begrifflich scharf abgegrenzt werden, um Verwechslungen mit psychologischen oder seelsorgerischen Aufgaben zu vermeiden.
- Ethik muss als Instrumentarium begriffen werden, das allgemeine Regeln schafft und keine Handlungsanweisungen für den Einzelfall gibt.
- Ethik soll eine allgemeine Grundlage schaffen, anhand derer Aktuelles objektiv betrachtet werden kann.

Reflexionsvermögen und die Fähigkeit, Werte zu erfassen, sind schul- und trainierbar. Ein spezieller Ethikkurs für Notfallmediziner könnte Anleitungen dazu geben. Vorstellbar wäre hierfür ein modulares Kurssystem, aufbauend auf einer Basiseinheit, die sich mit den verschiedenen Formen ethischer Betrachtungen befasst. Erfahrungsgemäß sind dafür etwa vier Stunden ausreichend. Die weiteren Kursmodule könnten inhaltlich analog zu dieser

Arbeit gestaltet werden. In Form von zweistündigen Diskussionsrunden ließen sich unterschiedliche Probleme in Kleingruppen thematisieren. Ein Projekt dieser Art sowie entsprechende Studien im Rahmen von dessen Umsetzung könnten lohnender Inhalt einer weiterführenden Arbeit sein.

Literaturverzeichnis

ACKERKNECHT, Erwin: *Geschichte der Medizin*. Stuttgart: Enke 1989

ADAMS, Hans-Anton et al.(a): *Kardiopulmonale Reanimation*. In: Hempelmann, Gunter et al. (Hrsg.): *Notfallmedizin*. S 68-81 Stuttgart: Thieme 1999

ADAMS, Hans-Anton et al.(b): *Zentrale Notfallaufnahme - „Schockraum“-Konzept*. In: Hempelmann, Gunter et al. (Hrsg.): *Notfallmedizin*. S 99-105 Stuttgart: Thieme 1999

AGOSTINI, Irene: *Kants kategorischer Imperativ: neuere Interpretationsversuche und Deutungsversuche aus gegenwärtiger moralphilosophischer Sicht*. Diplomarbeit, Karl-Franzens Universität Graz: 1996

ALIBEK, Ken et al.: *Bioterror – Tod aus dem Labor*. München: Econ-Verlag 2001

ANDERSEN, Svend: *Einführung in die Ethik*. Berlin: de Gruyter 2000

ARISTOTELES: *Metaphysik*. Stuttgart: Reclam 1970

ARISTOTELES: *Nikomachische Ethik*. Stuttgart: Reclam 1969

AUDI, Robert (Hrsg.): *The Cambridge dictionary of philosophy*. Cambridge: Press Syndicate of the University of Cambridge 1995

BAHR, Jan: *Zur Psychologie des Notfalls*. In: Kontokollias, Joanis et al.: *Arzt im Rettungsdienst*. S 417-424 Edewecht: Stumpf und Kossendey 1994

BAKER, Ian: *The Tibetan Art of Healing*. London: Thames & Hudson 1997

BÄRNTHALER, Martin et al. (Hrsg.): *Lehrbuch für Notfallsanitäter*. Purkersdorf/Wien: Pacherneegg 2005

- BECKER, Lawrence et al. (Hrsg.): *Encyclopedia of ethics*. London: St. James Press 1992
- BEAUCHAMPS, Tom et al.: *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford: Oxford University Press 2008
- BECKERMANN, Ansgar: *Haben wir einen freien Willen?* Entnommen aus: <http://www.philosophieverstaendlich.de/freiheit> (Zugriff: 17.01.2011, 12.40 Uhr)
- BENGEL, Jürgen (Hrsg.): *Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst*. Heidelberg: Springer 1997
- BIRNBACHER, Dieter: *Analytische Einführung in die Ethik*. Berlin: de Gruyter 2003
- BRUCHHAUSEN, Walter et al.: *Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 2008
- BUNDESAMT FÜR BEVÖLKERUNGSSCHUTZ UND KATASTROPHENHILFE (Hrsg.): *Katastrophenmedizin – Leitfaden für die ärztliche Versorgung im Katastrophenfall*. Bonn: Eigenverlag 2010
- BUNDESKANZLERAMT (Hrsg.): *Rechtsinformationssystem SanG*. Entnommen aus: <http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011138> (Zugriff: 06.05.2009, 16.00 Uhr)
- BURGHOFER, Karin et al: *Tun und Lassen in der Notfallmedizin*. In: *Notfall & Rettungsmedizin*, Ausgabe 2006 – 8:685-690 Heidelberg: Springer 2006
- DEDERICH, Markus: *Behinderung - Medizin - Ethik: behindertenpädagogische Reflexionen zu Grenzsituationen am Anfang und Ende des Lebens*. Bad Heilbrunn: Klinkhardt 2000
- DEMPFER, Robert: *Das Rote Kreuz. Von Helfern im Rampenlicht und diskreten Helfern*. Wien: Zsolnay 2009

DESCARTES, René: *Meditationes de Prima Philosophia. Meditationen über die Erste Philosophie*. Stuttgart: Reclam 1986

DEUTSCHES ÄRZTEBLATT (Hrsg.): *Herzstillstand: Zu viel Sauerstoff kann schaden*. Entnommen aus: www.aerzteblatt.de/nachrichten/41446/Herzstillstand_Zu_viel_Sauerstoff_kann_schaden.htm (Zugriff: 08.11.2011, 09.30 Uhr)

DWORKIN, Ronald: *Bürgerrechte ernstgenommen*. Frankfurt/Main: Suhrkamp 1984

EISENMENGER, Wolfgang: *Todesfeststellung*. In: Hempelmann, Gunter et al. (Hrsg.): *Notfallmedizin*. S 415- 426 Stuttgart: Thieme 1999

ELLINGER, Klaus et al.: *Großschadensfälle*. In: Madler, Christian et al. (Hrsg.): *Das NAW-Buch – Praktische Notfallmedizin*. S 922-935 München: Urban & Schwarzenberg 1998

ELLINGER, Klaus et al.: *Notfallmedizin. Kommentierte Fallbeschreibungen*. Weinheim: Chapman & Hall 1993

ENGELHARDT von, Dietrich: *Allokation im Gesundheitswesen. Bioethische Prinzipien und Werte*. Entnommen aus: http://www.provinz.bz.it/gesundheitswesen/download/Allokation_von_Engelhardt.pdf (Zugriff: 14.12.2011, 13.30 Uhr)

FALK, Bernd et al.: *Ethische, psychologische und theologische Aspekte aus Sicht der Hilfsorganisationen*. In: BENGEL, Jürgen (Hrsg.): *Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst*. S 357-373 Heidelberg: Springer 1997

FANGERAU, Heiner: *Ethik der medizinischen Forschung*. In: Schulz, Stefan et al (Hrsg.): *Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin*. S 283-300 Frankfurt/Main: Suhrkamp 2006

FANGERAU, Heiner: *Psychische Erkrankungen und geistige Behinderung*. In: Schulz, Stefan et al (Hrsg.): *Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin*. S 368-398 Frankfurt/Main: Suhrkamp 2006

FANGERAU, Heiner et al.: *Rassenhygiene in Deutschland und Medizin im Nationalsozialismus*. In: Schulz, Stefan et al (Hrsg.): *Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin*. S 224-246 Frankfurt/Main: Suhrkamp 2006

FISCHER, Johannes: *Ethik als Prinzipienethik?* In: Schweizerische Ärztezeitung, Ausgabe 2010; 91: 38, Zürich: Editores Medicores Helveticorum 2010

FLASCH, Kurt: *Geschichte der Philosophie in Text und Darstellung. Mittelalter*. Stuttgart: Reclam 1982

FOPPA, Daniel: *Neue Studie zu Traumatisierungen von Rettungssanitätern*. Entnommen aus: <http://www.quajou.ch/aktuell/1274.php> (Zugriff: 05.05.2009, 15.30 Uhr)

FRANKENA, William: *Analytische Ethik*. München: dtv 1972

FRANKENA, William: *Ethics*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall 1963

FREUND, Alexandra et al.: *Selbstorganisation: Aspekte eines Begriffs- und Methodentransfers*. In: Vec, Milos et al. (Hrsg.): *Selbstorganisation – Ein Denksystem für Natur und Gesellschaft*. S 12-34 Köln: Böhlau Verlag 2006

GÖBEL, Elisabeth: *Selbstorganisation in Unternehmen*. In: Vec, Milos et al. (Hrsg.): *Selbstorganisation – Ein Denksystem für Natur und Gesellschaft*. S 225-270 Köln: Böhlau Verlag 2006

HAAS, Wolf: *Komm, süßer Tod*. Berlin: Rowohlt 2010

HAMMER, Claus: *Ausblick und Entwicklung*. In: AGO Arbeitsgruppe Organspende e.V. (Hrsg.): *Organspende und Transplantation*. S 74-75 Höslwang: Eigenverlag 2007

HANSAK, Peter: *Handbuch Projekt – Personenleitsystem*. Graz: ÖRK LV Steiermark 2011

HANSAK, Peter: *Das Patientenleitsystem*. In: Bärnthaler, Martin et al. (Hrsg.): Lehrbuch für Notfallsanitäter. S 427-429 Purkersdorf/Wien: Pacherneegg 2005

HARE, Richard Mervyn: *Moralisches Denken: seine Ebenen, seine Methoden, sein Witz*. Frankfurt/Main: Suhrkamp 1992

HARTMANN, Nicolai: *Ethik*. Berlin: de Gruyter 1962

HAU, Rita: *PONS Wörterbuch für Schule und Studium Latein-Deutsch*. Stuttgart: Ernst Klett Sprachen GmbH 2007

HAUSREITHER, Meinhild: *Das Sanitätergesetz*. Entnommen aus: www.univie.ac.at/-medizinrecht/Textsammlung/SanG-Recht.pdf, (Zugriff: 27.11.07, 18.12 Uhr)

HAUSREITHER, Meinhild et al.: *Sanitätergesetz mit San-AV und San-AFV Kommentar*. Wien: Facultas 2004

HELMERICHS, Jutta et al.: *Psychologische Betreuung von Eltern und Geschwistern nach Plötzlichem Säuglingstod*. In: Bengel, Jürgen (Hrsg.): *Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst*. S 137-146 Heidelberg: Springer 1997

HEMPELMANN, Gunter et al. (Hrsg.): *Notfallmedizin*. Stuttgart: Thieme 1999

HEPFER, Karl: *Philosophische Ethik: Eine Einführung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 2008

HÖFFE, Otfried (Hrsg.): *Einführung in die utilitaristische Ethik*. Tübingen: Francke 1992

HÖFFE, Otfried: *Immanuel Kant*. München: Beck 2007

HOSSENFELDER, Malte: *Der Wille zum Recht und das Streben nach Glück. Grundlegung einer Ethik des Wollens*. München: Beck 2000

HUBER, Herbert (Hrsg.): *Klassische Werke zur philosophischen Ethik. Studienbuch für Philosophie- und Ethiklehrer*. Freiburg: Verlag Karl Alber 2010

HUME, David: *Dialoge über natürliche Religion*. Stuttgart: Reclam 1981

JASPERS, Karl: *Die großen Philosophen*. München: Piper 2004

JASPERS, Karl: *Der philosophische Glaube angesichts der Offenbarung*. München: Piper 1962

JATZKO, Hartmut et al.: *Das durchstoßene Herz. Ramstein 1988*. Edewecht: Stumpf und Kossendey 1995

KALLOCH, Andrea et al.: *Grazer notfallmedizinische Fallberichte*. Gablitz: Krause & Pachernegg 2001

KANT, Immanuel: *Gesammelte Schriften*. („Akademieausgabe“) Berlin: Akademie der Wissenschaften 1900

KANT, Immanuel: *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*. Stuttgart: Reclam 1961

KANT, Immanuel: *Kritik der reinen Vernunft*. Hamburg: Meiner 1971

KANT, Immanuel: *Kritik der reinen Vernunft*. Stuttgart: Reclam 1961

KÖPPEL, Claus: *Sterbebegleitung*. In: Madler, Christian et al. (Hrsg.): *Das NAW-Buch – Praktische Notfallmedizin*. S 853-856 München: Urban & Schwarzenberg 1998

KRAJNZ, Heimo: *Katastrophenschutz – Quo vadis?* In: Widetschek, Otto (Hrsg.): *Internationales 11. Aprilsymposium 2010 – Aspekte des Brandschutzes im neuen Jahrtausend*. S 256-264 Graz: Edition Brandschutzforum 2010

KRUEGER, Richard: *Amtliches Unterrichtsbuch über Erste Hilfe*. Berlin: Verlag des Deutschen Roten Kreuzes G.m.b.H. 1943

KÜHN, Dietmar et al. (Hrsg.): *Rettungsdienst*. München: Urban & Fischer 2001

LAND STEIERMARK (Hrsg.): *Notarztstützpunkte und Leiter*. Entnommen aus: <http://www.katastrophenschutz.steiermark.at/cms/ziel/4475669/DE/> (Zugriff: 04.05.2009, 13.30 Uhr)

LANGBEIN, Kurt et al.: *Bioterror – Die gefährlichsten Waffen der Welt*. Stuttgart: Deutsche Verlagsanstalt 2002

LEWAN, Ulrike et al.: *Notfallmedizin – opinion based oder evidence-based?* In: Madler, Christian et al. (Hrsg.): *Das NAW-Buch – Praktische Notfallmedizin*. S 91-103 München: Urban & Schwarzenberg 1998

LOCKE, John: *Versuch über den menschlichen Verstand*. Hamburg: Meiner 1981

LOEWY, Erich: *Ethische Fragen in der Medizin*. Wien: Springer 1994

LÜBBE, Weyma: *Veralltäglicung der Triage? Überlegungen zu Ausmaß und Grenzen der Opportunitätskostenorientierung in der Katastrophenmedizin und ihrer Übertragbarkeit auf die Alltagsmedizin*. In: *Ethik in der Medizin*, Ausgabe 13:148-160. Heidelberg: Springer 2001

LUGER, Thomas et al.: *Ethische Aspekte der Forschung in der Notfallmedizin*. In: *Journal für Anästhesie und Intensivbehandlung*, Ausgabe 4, Lengerich: Pabst Science Publishers 1996

LUXEM, Jürgen et al.: *Praxisleitfaden Luftrettung*. Edewecht: Stumpf & Kossendey 1995

MADER, Christian et al. (Hrsg.): *Das NAW-Buch – Praktische Notfallmedizin*. München: Urban & Schwarzenberg 1998

MAIER, Manfred et al. (Hrsg.): *Arzt & Ethik MCW-Block 23*. Wien: Facultas 2008

MARGREITER, Raimund: *Vorwort*. In: AGO Arbeitsgruppe Organspende e.V. (Hrsg.): *Organspende und Transplantation*. S 5 Höslwang: Eigenverlag 2007

MAYER, Bernd: *Das Großschadensereignis*. In: Paszicsnyek, Thomas et al.: *Der Notfallsanitäter*. S 91-103 Graz: Stocker 1995

MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT GRAZ: *Ethikkommission*. Entnommen aus: <http://www.meduni-graz.at/ethikkommission/Graz/> (Zugriff: 03.11.2011, 10.40 Uhr)

MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT GRAZ (Hrsg.): *Leitbild*. Entnommen aus: <http://www.meduni-graz.at/961> (Zugriff: 07.05.2009, 09.00 Uhr)

MENGE, Hermann et al.: *Großwörterbuch Altgriechisch-Deutsch*. Berlin: Langenscheidt 1987

METUL, Sabine: *Motivation zum ehrenamtlichen Engagement und allgemeine Lebensziele von MitarbeiterInnen verschiedener Vereine*. Diplomarbeit, Karl-Franzens Universität Graz: 2006

MEYER, Wolfgang: *Psychologische Aspekte notfallmedizinischer Entscheidungsfindung am Beispiel der Reanimation*. In: Madler, Christian et al. (Hrsg.): *Das NAW-Buch – Praktische Notfallmedizin*. S 369-382 München: Urban & Schwarzenberg 1998

MICHALSEN, Andrej: *Ethik und Rettungsdienst*. In: Hansak, Peter et al. (Hrsg.): *LPN Notfall San Österreich. Lehrbuch für Notfallsanitäter, Notfallsanitäter mit Notfallkompetenzen und Lehrsanitäter*. Band 2. S 1134-1139 Edewecht: Stumpf & Kossendey 2010

MICHALSEN, Andrej et al.: *Ethik im Rettungsdienst*. In: *Notfall & Rettungsmedizin*, Ausgabe 1998 – 1:5-12 Heidelberg: Springer 1998

MILL, John Stuart: *On Liberty / Über die Freiheit*. Stuttgart: Reclam 2009

MILL, John Stuart: *Der Utilitarismus*. Hamburg: Meiner 2009

MILL, John Stuart: *Der Utilitarismus*. Stuttgart: Reclam 1976

MOHR, Michael et al.: *Ethische Konflikte in der Notfallmedizin*. In: Notfall & Rettungsmedizin, Ausgabe 1997 – 0:39-44 Heidelberg: Springer 1997

MÜLLER-CYRAN, Andreas: Krisenintervention im Rettungsdienst. In: BENGEL, Jürgen (Hrsg.): *Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst*. S 107-122 Heidelberg: Springer 1997

NEYER, Christian et al.: *Ethik und Organtransplantation*. In: Österreichische Pflegezeitschrift, Ausgabe 08-09/04 S 12-15 Wien: Eigenverlag des Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverbandes 2004

NIETZSCHE, Friedrich: *Der Wille zur Macht*. Paderborn: Voltmedia 2005

NIETZSCHE, Friedrich: *Zur Genealogie der Moral. Eine Streitschrift*. Stuttgart: Reclam 1988

ÖSTERREICHISCHES ROTES KREUZ: *Die Rotkreuz-Grundsätze*. Entnommen aus: <http://www.rotekreuz.at/organisieren/organisation/wer-wir-sind/allgemeine-grundlagen/die-rotkreuz-grundsätze/die-7-grundsätze/> (Zugriff: 06.05.2009, 18.00 Uhr)

ÖSTERREICHISCHES ROTES KREUZ, Bez.Stelle Graz-Stadt: *Leistungsbericht 2008*. Graz: Eigenverlag 2009

ÖSTERREICHISCHES ROTES KREUZ, Bez.Stelle Graz-Stadt - Mediziner corps: *Ausbildungsleitfaden RM-Ausbildung*. Rundschreiben 2008

ÖSTERREICHISCHES ROTES KREUZ (ÖRK), Generalsekretariat (a): *Erste Hilfe-Lehrbeauftragte*. Wien: Eigenverlag 2011

ÖSTERREICHISCHES ROTES KREUZ (ÖRK), Generalsekretariat (b): *Sanitätshilfe*. Wien: Eigenverlag 2011

PASZICSNYEK, Thomas et al.: *Der Notfallsanitäter*. Graz: Stocker 1995

PETERS, Thomas et al.: *Auf der Suche nach Spitzenleistungen. Was man von den bestgeführten US-Unternehmen lernen kann.* Landsberg am Lech: mvg-verlag 2000

PLATZER, Josef: *Rettende Rotoren.* Aigen/Ennstal: Eigenverlag 1996

PLOIER, Monika et al.: *Die Patientenverfügung. Alles Wissenswerte für Patienten, Ärzte und Juristen.* Wien: Edition Juridica 2007

PÖLZL, Alfred: *BLACK-BOX: Katastrophenschutz.* In: Widetschek, Otto (Hrsg.): Internationales 11. Aprilsymposium 2010 – Aspekte des Brandschutzes im neuen Jahrtausend. S 228-231 Graz: Edition Brandschutzforum 2010

PONS, Peter et al. (Hrsg.): *Paramedic Field Care. A complaint-based approach.* St. Louis: Mosby-Year Book 1997

POSER, Hans: *Wissenschaftstheorie – Eine philosophische Einführung.* Stuttgart: Reclam 2001

PSCHYREMBEL, Willibald: *Pschyrembel Klinisches Wörterbuch.* Berlin: de Gruyter 2002

QUANTE, Michael: *Einführung in die Allgemeine Ethik.* Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft 2008

REBENTISCH, Ernst: *Handbuch der medizinischen Katastrophenhilfe.* München: Werk-Verlag Dr. Edmund Banaschewski 1991

REIBENSCHUH, Gernot: *Menschliches Denken. Eine systematische Studie am Boden der Kantischen Philosophie.* Berlin: de Gruyter 1997

REHAK, Peter: *Die Herausforderung an die Ethikkommission bei notfallmedizinischen Studien.* In: Notfall & Rettungsmedizin, Ausgabe 2009 – 12:315-327 Heidelberg: Springer 2009

REITER-THEIL, Stella et al.(a): *Ethik in der Notfallmedizin*. In: Notfall & Rettungsmedizin, Ausgabe 2007 – 10:165-166 Heidelberg: Springer 2007

REITER-THEIL, Stella et al.(b): *Alter Patient – (k)ein Grund zur Sorge? Ethische Fragen im Lichte empirischer Daten*. In: Notfall & Rettungsmedizin, Ausgabe 2007 – 10:189-196 Heidelberg: Springer 2007

REUTTERER, Alois: *Erkennen und Handeln. Einführung in die Philosophie*. Wien: Dornier 1992

RICKEN, Friedo: *Allgemeine Ethik*. Stuttgart: Kohlhammer 1983

RIES, Reinhard: *Risikomanagement bei Großveranstaltungen*. In: Widetschek, Otto (Hrsg.): Internationales 8. Aprilsymposium 2007 – Aspekte des Brandschutzes im neuen Jahrtausend. S 20-36 Graz: Edition Brandschutzforum 2007

RINOFNER-KREIDL, Sonja: *Einführung in die Ethik*. Vorlesungsskriptum Karl-Franzens Universität Graz: Sommersemester 2005

RINOFNER-KREIDL, Sonja: *Scriptum zum Seminar ETHIK IN DER MEDIZIN, (I) theoretische Grundlagen*. Vorlesungsskriptum Medizinische Universität Graz: Sommersemester 2009

RINOFNER-KREIDL, Sonja: *Scriptum zum Seminar ETHIK IN DER MEDIZIN, (I) theoretische Grundlagen*. Vorlesungsskriptum Medizinische Universität Graz: Sommersemester 2010

RIPPE, Klaus Peter et al. (Hrsg.): *Tugendethik*. Stuttgart: Reclam 1998

RITSCHL, Dietrich: *Zur Theorie und Ethik der Medizin. Philosophische und theologische Anmerkungen*. Neukirchen: Neukirchener 2004

RÖD, Wolfgang: *Der Weg der Philosophie von den Anfängen bis ins 20. Jahrhundert. Band 1*. München: Beck 1994

RUNGGALDIER, Klaus: *Ethik*. In: KÜHN, Dietmar et al. (Hrsg.): *Rettungsdienst*. S 861-865 München: Urban & Fischer 2001

RUPPRECHT, Holger: *Präklinisches Management des Polytraumas*. Edewecht: Stumpf & Kossendey 1998

SAMEL, Gerti: *Tibetische Medizin*. München: Mosaik 1998

SCHISCHKOFF, Georgi (Hrsg.): *Philosophisches Wörterbuch*. Stuttgart: Kröner 1991

SCHOLZ, Jens et al. (Hrsg.): *Notfallmedizin*. Stuttgart: Thieme 2008

SCHOTT, Gisela (a): *Finanzierung von Arzneimittelstudien durch pharmazeutische Unternehmen und die Folgen – Teil 1: Qualitative systematische Literaturübersicht zum Einfluss auf Studienergebnisse, -protokoll und -qualität*. In: *Deutsches Ärzteblatt Int* 2010; Jahrgang 107 (16): S 279-285 Köln: Deutscher Ärzteverlag 2010

SCHOTT, Gisela (b): *Finanzierung von Arzneimittelstudien durch pharmazeutische Unternehmen und die Folgen – Teil 2: Qualitative systematische Literaturübersicht zum Einfluss auf Autorenschaft, Zugang zu Studiendaten sowie auf Studienregistrierung und Publikation*. In: *Deutsches Ärzteblatt Int* 2010; Jahrgang 107 (17); S 295-301 Köln: Deutscher Ärzteverlag 2010

SCHULTE, Peter et al.: *Determinismus*. Entnommen aus:

<http://www.philosophieverstaendlich.de/stichworte/determinismus> (Zugriff: 17.01.2011, 13.00 Uhr)

SCHULZ, Stefan et al. (Hrsg.): *Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin*. Frankfurt/Main: Suhrkamp 2006

STADT GRAZ (Hrsg.): *Graz in Zahlen*. Entnommen aus: www.graz.at/cms/beitrag/10034466/606066/; (Zugriff: 03.01.2011, 13.00 Uhr)

STEINBEREITHNER, Karl: *Ethik in der Notfallmedizin*. In: Fitzal, Sylvia et al. (Hrsg.): *Notfallmedizin – Leitfaden für Notärzte*. Wien: Verlag Wilhelm Maudrich 2000

STEINKAMP, Norbert et al.: *Ethik in der Klinik – ein Arbeitsbuch*. Köln: Luchterhand 2003

STETTNER, Ute: *Kann Helfen unmoralisch sein? Der Paternalismus als ethisches Problem in der sozialen Arbeit, seine Begründung und Rechtfertigung*. Graz: Leykam 2007

STUHR, Marko: *Medizinische Papyri*. Entnommen aus: http://www.medizinische-papyri.de/PapyrusEbers/1024/HTML/kolumne_xxxvii.html (Zugriff: 05.05.2009, 13.00 Uhr)

STRECH, Daniel: *Evidenz und Ethik. Kritische Analysen zur Evidenz-basierten Medizin und empirischen Ethik*. Berlin: Lit-Verlag 2008

SWOR, Robert: *Medical Accountability*. In: PONS, Peter et al. (Hrsg.): *Paramedic Field Care - A complaint-based approach*. St. Louis: Mosby-Year Book 1997

TIMMERMANS, Stefan: *Sudden death and the myth of CPR*. Philadelphia: Temple University Press 1999

TSCHELIESSNIGG, Karl-Heinz: *Transplantationschirurgie – Spenderaufkommen und Notarztsysteme*. In: Paszicsnyek, Thomas et al.: *Der Notfallsanitäter*. S 292-301 Graz: Stocker 1995

URMSON, James et al. (Hrsg.): *The Concise Encyclopedia of Western philosophy and philosophers*. London, Unwin Hyman Ltd 1989

VIETH, Andreas: *Ethik nach Prinzip? Prinzipienorientierte Ansätze in der biomedizinischen Ethik*. In: *Ethik in der Medizin*, Ausgabe 4, Heidelberg: Springer 2003

WASSERFALLER, Eduard et al.: *Mediziner corps Graz. Medizinstudenten im Notarztsystem Graz*. Graz: Poster 1998

WEEKS, Kent: *Luxor und das Tal der Könige*. Hamburg: National Geographic 2005

WEIZSÄCKER, Carl Friedrich von: *Der Garten des Menschlichen. Beiträge zur geschichtlichen Anthropologie*. München: Carl Hanser Verlag 1978

WIELAND, Josef et al.: *Unternehmensethik in der Praxis*. Bern: Paul Haupt-Verlag 1999

WIESING, Urban (Hrsg.): *Ethik in der Medizin*. Stuttgart: Reclam 2000

WOGROLLY-DOMEJ, Monika: *Ethische Aspekte des Problems Paternalismus in der Medizin*. Dissertation, Karl-Franzens Universität Graz: 2003

ZÜLKE, Carl et al.: *Der Transplantationspatient*. In: Madler, Christian et al. (Hrsg.): *Das NAW-Buch – Praktische Notfallmedizin*. S 484-489 München: Urban & Schwarzenberg 1998

Tabellenverzeichnis

| | |
|---|----|
| Tabelle 1: Ausbildung zum NKI | 26 |
| Tabelle 2: Seminarinhalt KSR II, Ethik in der Medizin | 41 |
| Tabelle 3: NACA-Schema..... | 93 |