

Zentrum für Medizinische Ethik



MEDIZINETHISCHE MATERIALIEN

Heft 165

MEDIZINISCHE ETHIK BEI NOTSTAND, KRIEG UND TERROR

Verantwortungskulturen bei Triage, Endemie und Terror

Hans-Martin Sass

5. Auflage Februar 2007

Hans-Martin Sass, Professor für Philosophie, ist Geschäftsführer des Zentrums für Medizinische Ethik an der Ruhr Universität und Senior Research Scholar am Kennedy Institute of Ethics der Georgetown Universität in Washington DC.

Der Beitrag basiert auf Vorträgen im Peking Union Medical College und an der Tsinghua Universität in Beijing im September und Oktober 2005; eine frühere englischsprachige Fassung erschien in ‚Eubios Journal of Asian and International Bioethics‘ 2005; 15(5):161-166; eine chinesischsprachige Fassung ist im Druck.

Inhaltsverzeichnis:

1. TRIAGE	2
2. KATASTROPHEN UND ENDEMIEN	4
3. BIOTERROR UND NOTSTAND	7
4. "GERECHTE KRIEGE" BEI ENDEMIEN UND TERROR?	11
5. FÄLLE IM HÖRSAAL UND VERANTWORTUNG IM LEBEN	15
6. SITUATIVE ETHIK UND GRENZEN DES ETHISCHEN RÄSONNIERENS	19
Anhang: Verordnung über Massnahmen zur Bekämpfung einer Influenza Pandemie des Schweizer Bundesrates 2005	22

Herausgeber:

Prof. Dr. med. Burkard May
Prof. Dr. phil. Hans-Martin Sass
Prof. Dr. med. Michael Zenz

Zentrum für Medizinische Ethik Bochum
Ruhr-Universität Bochum
Gebäude GA 3/53
44780 Bochum
TEL (0234) 32-22749/50, FAX +49 234 3214-598
Email: Med.Ethics@ruhr-uni-bochum.de
Internet: <http://www.medizinethik-bochum.de>

Der Inhalt der veröffentlichten Beiträge deckt sich nicht immer mit der Auffassung des ZENTRUMS FÜR MEDIZINISCHE ETHIK BOCHUM. Er wird allein von den Autoren verantwortet. Das Copyright liegt beim Autor.

© Hans-Martin Sass

1. Auflage Februar 2006, 5. Auflage Februar 2007

Schutzgebühr: €6,00

Bankverbindung: Sparkasse Bochum Kto.-Nr. 133 189 035
BLZ: 430 500 00

ISBN: 3-931993-46-9

MEDIZINISCHE ETHIK BEI NOTSTAND, KRIEG UND TERROR

Verantwortungskulturen bei Triage, Endemie und Terror

Hans-Martin Sass

Du regierst ein Königreich nach normalen Gesetzen; Du führst einen Krieg mit außergewöhnlichen Aktionen; Du gewinnst die Welt, indem Du sie allein lässt (Tao Teh King)

Es gibt normale und außergewöhnliche Situationen. Einige Situationen sind so außergewöhnlich, dass klassische Regeln des normalen ethischen Verhaltens im persönlichen und im beruflichen Leben ihre Funktion verlieren können. In Situationen von Notstand, Krieg und Terror sind oft mit normalen Regeln weder Menschenleben noch Menschenrechte zu schützen. Ob und unter welchen Kriterien man in solchen Situationen erlaubt oder gar verpflichtet ist, andere Modelle des Handelns in der Durchsetzung des Schutzes von Menschenleben und Menschenrechten zu verwenden, war und ist umstritten. Die Diskussion darüber ist eine der schwierigsten Herausforderungen an die Kultur von Ethik und an die individuelle Verantwortung von jemandem, der ohne eigenes Wollen oder Zutun in eine solche Situation gekommen ist. Erschwerend für die Diskussion wie für die reale Situation kommt hinzu, dass ‚außergewöhnliche‘ Situationen nicht selten vorgetäuscht oder vorgeschoben werden, um unethische und unzivilisierte Ziele besser verfolgen zu können. Die Differenzierung zwischen gewöhnlich und außergewöhnlich ist nicht unproblematisch; aber unvermeidbar.

Deshalb sollten die Kriterien für ‚Außergewöhnlich‘ und ‚Gewöhnlich‘ sorgfältig diskutiert und gewogen werden. Auf alle Fälle sollte die Modifikation von außergewöhnlichen Handlungsarten und einer nichtalltäglichen ethischen Prioritätssetzung und einer differenzierenden situativen Anwendung von Prinzipien und Tugenden überprüfbar sein und überprüft werden. *Ethisch handeln heißt, im Notfall situativ dieselben generellen Werte, Grundprinzipien und Tugenden wie im Normalfall auch in der speziellen Herausforderung des Notfalls zu realisieren. Ethik im Notstand ist also keine geringere oder weniger moralische, sondern eine Ethik, die situativ die Pflicht und das Recht hat, Grundwerte angemessen zu sichern und zu realisieren; sie unterscheidet sich insofern nicht durch das Ziel des Handelns, sondern durch eine vom Notstand vorgegebene Notwendigkeit einer anderen Zweck-Mittel Kalkulation.*

1. TRIAGE

Auf einer wenig befahrenen Straße kommt es zu einem Autobusunglück. Alle 30 Fahrgäste sind verletzt, zum Teil sehr schwer; einige vermutlich ohne Überlebenschance. Eine Krankenschwester ist unter den Verletzten. Zufällig kommt ein Rettungswagen mit einem Arzt und zwei Sanitätern vorbei. Der Arzt findet seine Mutter unter den schwerer Verletzten. Wie würden Sie an seiner Stelle Rettung und Versorgung organisieren? Würden Sie zuerst Ihrer Mutter helfen oder denen, die in höchster Lebensgefahr stehen? Würden Sie die Krankenschwester vorziehen, so dass auch sie an der Versorgung der anderen Verletzten mitarbeiten kann?

Für den Normalfall sind die medizinischen und ethischen Regeln eindeutig: (1) Die Sorge für den jeweiligen Patienten ist erste und vornehmste ärztliche Pflicht: ‚Aegroti salus suprema lex‘; das ist jeweils der Patient, der gerade behandelt wird; (2) Jede Intervention setzt die vorherige Zustimmung des Patienten nach einer angemessenen Aufklärung voraus; (3) Jedermann, jede Frau muss unabhängig von Alter, Geschlecht, Reichtum oder sozialem Rang gleichberechtigt behandelt werden; (4) Hilf denen, welche die Hilfe am dringendsten brauchen. Im ärztlichen Alltag bedeutet das, dass die Behandlung eines Patienten auf der Station nicht unterbrochen wird, wenn andere normale Fälle ebenfalls medizinische Aufmerksamkeit erfordern. - Wird aber ein lebensgefährlich verletzter Patient als Notfall eingeliefert, verlangt die ärztliche Pflicht zu Lebensrettung und Leidensmilderung, den eigenen Patienten kurzzeitig warten zu lassen. So geschieht es im Normalfall; das ist ‚die Regel‘.

Ein schwerer Autobusunfall ist kein Normalfall. Man kann so etwas natürlich niemals ausschließen, aber es ist keine normale oder gewöhnliche, sondern eine außergewöhnliche Situation. Als solche außergewöhnliche Situation wird sie in Theorie und Geschichte von Kriegen als Triage beschrieben. Das NATO-Handbuch ‚Emergency War Surgery‘ definiert zwei Formen von Triage: ‚Ordinary triage classifies the wounded so all will receive optimum care, while mass casualty triage treats the injured according to salvage value when the injured overwhelm available medical facilities and not all can be treated‘ [7]. Nach dieser Definition wäre der Autobusunfall angesichts der begrenzten Ressourcen der vorbeikommenden Ambulanz und der Unmöglichkeit, weitere Hilfe herbeizuholen, eine Massen-Triage, in der nicht jeder/jede behandelt werden kann. Die ‚Sichtungskriterien‘ für die ‚Selektion von Kranken und Verletzten in Triagesituationen, gemeinsam aufgestellt vom deutschen Rettungsdienst und Katastrophenschutz unterscheiden vier Kategorien nach Schweregrad und Behandlungsbedarf: (I) akute vitale Bedrohung, daher Sofortbehandlung; (II) schwer verletzt oder erkrankt, daher aufgeschobene Behandlungsdringlichkeit; (III) leicht verletzt oder

erkrankt, daher spätere Behandlung; (IV) ohne Überlebenschance, daher betreuende (abwartende) Behandlung [5].

„Selektion“ von Mitmenschen in Not, insbesondere von Patienten, wird ethisch und auch berufsethisch mit Recht abgelehnt, weil sie der grundsätzlichen Gleichheit und Würde von Menschen widerspricht. Auch in der Medizin hat die Selektion nach Kriterien wie reich und arm, einflussreich und unbedeutend, männlich oder weiblich, alt oder jung nichts zu suchen und wird von allen Arztkulturen abgelehnt und von allen Zivilisationen eingefordert, – nicht so unter Triage. Die Situationsethik unzulänglicher Hilfsmöglichkeiten verlangt nach pragmatischen Kriterien der Definition von Menschenwürde und Menschen- und Bürgerrecht, unter der möglichst viele Bürger gerettet (und einige eben nicht) gerettet werden können. „Rettung“ wird situativ nicht nur vom jeweiligen Grad der medizinisch beschreibbaren Verletzung oder Erkrankung, sondern auch von den vor Ort aktuell verfügbaren Möglichkeiten mitbestimmt. In diesem Fall werden aber auch der Ausbildungsstand und spezielle Expertise des vorbeikommenden Arztes, der Mitarbeiter, der persönlichen Belastbarkeit, wie auch die Zahl und Art der mitgeführten Medikamente, Instrumente und andere Materialien die „Kategorisierung“ der Verletzten mitbestimmen. Das Lehrbuch für die „außergewöhnliche“ Situation würde sagen, dass ausschließlich die verletzte Krankenschwester gegebenenfalls eine Vorzugsbehandlung bekommen sollte. Das Lehrbuch sieht keine Vorzugsbehandlung für die Mutter des Arztes vor, eine solche würde den Triageregeln widersprechen, auch wenn das Herz des Arztes anders „rechnen“ würde. Die rigorose „Einordnung“ der eigenen Mutter in die Regeln der „Sichtungskriterien“ widerspricht ebenso der Kultur und Ethik von Familie und Elternliebe wie die Nichtbehandlung von Schwerstverletzten dem ärztlichen Gebot des „aegroti salus“ im Normalfall widerspricht.

So wie die Regeln der ärztlichen Ethik für den Normalfall entwickelt und tradiert wurden zur berufsspezifischen Anwendung von Prinzipien wie Menschenwürde, Menschenrecht, Gleichheit und Verantwortung, so sind ähnlich die Triageregeln eine ebenfalls szenarienspezifische Anwendung derselben Prinzipien. Differentialethisch sind beide unterschiedliche Ausprägungen von Situationsethik nach dem Modell, für das Thomas von Aquin die Maxime „quanto magis ad particularia descenditur“ [STh I-II,94,art4] vorgegeben hat: je mehr die allgemeinen Prinzipien in einer differenzierten Situation des Alltags umgesetzt und angewandt werden müssen, umso mehr müssen sie sich entsprechend der Situation modifizieren, ohne ihren Charakter zu verlieren. Ja, sie können nur zur Geltung kommen, wenn sie sich der Situation anschmiegen, statt dogmatisch als generelle Regel in einer speziellen Situation zu versagen oder gar das Gegenteil zu bewirken von dem, das sie

erstreben oder schützen wollen und sollen, weil es ja nicht um die ‚generalia‘ als solche, sondern um deren Realisierung in den ‚particularia‘ geht. Situationsethik und Differentialethik sind nicht beliebig; sie haben sich in Verantwortung vor den ‚generalia‘ der jeweiligen Situation zu stellen in der Durchsetzung von Menschenwürde, Menschenrecht und Bürgerrecht. Die spezielle Situation des Normalfalls wäre also die, dass er sehr häufig und routinemäßig vorkommt, sich aber auch nur dadurch von anderen selteneren speziellen Situationen unterscheidet.

2. KATASTROPHEN, EPIDEMIEN UND ENDEMIEN

Zwei Dutzend Familienmitglieder nehmen an der Hochzeit von Herrn und Frau Meyer teil. Sie kommen verschiedenen Gegenden, einige auch aus dem Ausland. Während der Feiern infizieren sich fast alle mit einem hochansteckenden pathogenen Virus, vergleichbar dem SARS Virus oder einer schweren Virusgrippe. 20 sterben, nur 4 überleben. Aber sie infizieren auf ihrer Rückreise unbewusst und zunächst unbemerkt eine große Zahl von Mitmenschen in den unterschiedlichsten Verkehrsmitteln im In- und Ausland und verursachen eine weltweite Endemie, an der fast eine Milliarde Menschen versterben. Es gibt keine Möglichkeiten, die Verbreitung zu stoppen oder den Infizierten zu helfen, auch wegen der sehr beschränkten intensivmedizinischen Kapazitäten selbst in den reichsten Ländern der Erde nicht.

Globalisierung erlaubt den schnellen und reibungslosen Verkehr von Menschen und Waren; sei trägt zum Ausgleich von sozialen und technischen Unterschieden in der Welt und zu mehr Chancen für Bildung, Ausbildung, Kommunikation und Arbeitsplätzen für viele Milliarden von Mitmenschen bei. Globalisierung und die damit verbundene Mobilität von Menschen ermöglicht aber ebenfalls auch die schnelle Ausbreitung von ansteckenden Krankheiten wie nie zuvor. Wir brauchen nicht erst auf die Realisierung von Massenmorden durch Biokrieg – kranken Gehirnen von menschenverachtenden Fanatikern oder Politikern entsprungen – zu warten, um ein Szenarium zu durchdenken, dass natürlich vorkommen und durch die moderne Mobilität globale Dimensionen annehmen kann [1;4].

Wenn Krankheiten von Mensch zu Mensch übertragen werden, dann muss zur Unterbrechung der Erregungskette der Kontakt zwischen Menschen unterbrochen werden. Die Stilllegung des Flug- und jeden Reiseverkehrs, die Isolierung ganzer Provinzen, Städte oder Stadtteile voneinander greift zutiefst in gewohnte Kommunikations- und Kooperationsformen ein, schränkt Menschen- und Bürgerrechte massiv ein und schadet den geschäftlichen und privaten Aktivitäten fast aller Betroffenen. Andere Einschränkungen einer freien Lebensweise – inklusive von Zwangsimpfungen, Rationierung von Strom, Wasser und Nahrung, und die

Einstellung von im Normalfall selbstverständlichen öffentlichen oder wirtschaftlichen Dienstleistungen – greifen zentral in Lebensplanung und Lebensqualität jedes Einzelnen ein. Eingriffe von Obrigkeiten und Prioritätssetzungen von Versorgungsunternehmen erfolgen also unter Prinzipien der Modifizierung eines normalen Service für eine außergewöhnliche Situation. Nichts tun von Behörden wäre ebenso eine zu begründende und zu verantwortende Aktion wie das aktive Tun. Jede Modifizierung oder ihre Unterlassung muss sich nachträglich rechtfertigen lassen, sofern sie nicht vom allgemeinen Menschenverstand her unmittelbar einsichtig ist. Wirtschaftsunternehmen werden entweder von staatlichen Organen in die Notstandsversorgung einbezogen oder reagieren von sich aus, weil sie über ein flexibleres Servicemanagement verfügen unter Marktgesetzen und Servicenachfrage. Bei den letzten Naturkatastrophen in den USA waren Wirtschaftsunternehmen wie WalMart und HomeDepot schneller und effektiver zur Hilfe fähig als staatliche Stellen, auch weil sie in Antizipation von sich ankündigenden Katastrophen vorsorglich Materialien in die Gebiete brachten, für die eine Notsituation in der Versorgung von Notstromaggregaten, Wasser, Baumaterialien usw. zu erwarten war [9]. Der Staat ist nur sehr selten - sowohl im Normalfall als auch im Notfall - der einzige oder der beste Schutz und Garant von Sicherheit, Service, Ordnung und Harmonie. *Ethik in Schutz und Beförderung von Gemeinschaft ist Partnerschaftsethik; Partnerschaft zwischen öffentlichen Institutionen, der Wirtschaft und den Bürgern ist unerlässlich schon für ein funktionierendes zivilisiertes Leben im Normalfall, wie viel mehr noch im Notfall.*

„Minimaler Staat“ ist eine der Forderung einer liberalen bürgerfreundlichen Staatstheorie und Demokratiepraxis. Katastrophen und Endemien sind Situationen, in denen staatliche Macht, sowohl als Herrschaftsmacht wie auch als Organisationskraft erwünscht ist und auch vom mündigen Bürger gefordert wird. Für solche außergewöhnlichen Situationen ist aber der „schlanke Staat“ kaum gerüstet. Auch spezialisierte Institutionen der medizinischen oder sozialen Versorgung werden bei Situationen einer großen Katastrophe – durch schwerste Erdbeben, schwerste Industrieunfälle oder schwere Epidemien – überfordert. Sollte es zu einem endemischen Ausbruch schwerer Infektionskrankheiten kommen, dürften selbst die reichsten Nationen mit der bestausgestatteten Intensivmedizin einfach nicht über genug Kapazitäten an medizinischem und pflegerischem Personal, an technischen Einrichtungen wie solchen für die intensivmedizinische Intubation im Unterdruck, für Medikamente und für Stationen zur Isolierung der Nichtinfizierten von den Infizierten haben. Naturkatastrophen, bakteriologische oder virale Endemien stellen je einen anderen Notstand dar, der situativ differenzierendes technisches und ethisches Handeln notwendig macht. In unterschiedlichen

Fällen ist unterschiedliche Vorbereitung in Partnerschaft zwischen Staat, Wirtschaft und Bürgern erforderlich, - auch durch Information und Training zum Aufbau von Vertrauen und Abbau von Angst. Zur ethischen und professionellen Pflicht staatlicher Gesundheitsbehörden gehört auch die dezentrale Organisation auf lokaler, regionaler und nationaler Ebene – auch die internationale Kooperation grenzüberschreitend – , das Zusammenbringen anderer Partner für Kommunikation, Kooperation, Prävention und Vorbereitung auf den Ernstfall.

Auch der deutsche Staat ist auf Pandemien kaum oder nur sehr unzureichend vorbereitet. Es gibt zwar eine Arbeitsgruppe der Innenministerkonferenz, die allerdings sehr schleppend arbeitet und die insbesondere ihrer Aufgabe einer zureichenden und offenen Aufklärung der Bevölkerung überhaupt nicht nachkommt. Von den folgenden Konkretisierungen ‚Neuer Strategien zum Schutz der Bevölkerung‘, so der Titel des Tagesordnungspunktes 33 der Innenministerkonferenz mit Stand vom März 2005 hat die Bevölkerung bisher noch nichts gehört: ‚Eine Entlastung des stationären Sektors durch Stärkung der ambulanten Versorgungsstrukturen soll dazu beitragen, die Versorgung anderer schwerer Erkrankungen auch in einer Pandemie soweit wie möglich aufrecht zu erhalten. Eine frühzeitige und transparente Diskussion und Aufklärung der Bevölkerung und die Stärkung der Kommunikationsstrukturen tragen wesentlich zur Umsetzbarkeit dieser Maßnahmen bei‘ [12:15]. Eigene Nachfragen bei niedergelassenen Medizinerinnen und leitenden Krankenhausärzten ergeben, dass dieselben auch nichts über diese Planung wissen, auf die sie sich einzustellen und die sie zu vertreten haben. Im Notfall sollen über ein digitales Rumpfnetz, das bis zu 50% des Gebietes der BRD versorgen soll, Informationen an die Bevölkerung, Erstversorger, Mediziner und Krankenhäuser erfolgen; das digitale Netz war im März 2005 noch nicht einmal ausgeschrieben [12:23]. Es wird positiv vermerkt, dass nunmehr Katastrophenmedizin und Notfallmedizin mit je 12 beziehungsweise 36 Stunden nach der neuen Approbationsordnung für Ärzte zum Pflichtbestandteil des Studiums geworden ist [12:31], Implementierungen scheinen aber noch kaum vollzogen und Expertise in den medizinischen Fakultäten auch nur vereinzelt vorhanden. Unter dem Stichwort ‚Stärkung der Selbsthilfefähigkeit der Bevölkerung‘ wird beschlossen, ‚Motivationskurse‘ zu finanzieren für ‚Jugendliche der 8. Jahrgangsstufe entsprechend und für interessierte Bürger, die sich spontan oder in Bürgerinitiativen bereits als Helfer in Notsituationen betätigt haben oder die helfen wollen‘, - für zwei Jahre mit einer Option der Verlängerung für weitere zwei Jahre mit einer Gesamtstundenzahl von maximal 35 Stunden, die allerdings schon die häusliche Pflege im Katastrophenfall einschließt, zu fördern. Diese Ausbildung ‚soll jährlich ca. 140 Teilnehmerinnen und Teilnehmern zur Gute kommen‘ [12:33], - ein Programm, das im Gegensatz

zu seinen Planungskosten so verschwindend gering ist, dass es beschämend ist, überhaupt darüber zu reden.

Über die notwendigen Strukturen einer Vorbereitungsplanung auf Katastrophen und Endemien können die überarbeitete Fassung des Hessischen Gesetzes über den Brandschutz, die Allgemeine Hilfe und den Katastrophenschutz (HBKG) in der Fassung vom März 2005 [11] und die Schweizer Verordnung über Maßnahmen zur Bekämpfung einer Influenza-Pandemie vom April 2005 informieren; letztere drucken wir als Modell einer verordnenden oder gesetzlichen Regelung im Anhang ab [15]. Besonders erwähnenswert ist der umfangreiche Schweizer Pandemieplan [14], der ausführlich und auch für Laien verständlich und nachvollziehbar über Bedrohungen, vorbereitete Maßnahmen, Notfallpläne und Möglichkeiten der Bürger, sich selbst vorzubereiten, unterrichtet. An der Schweizer Arbeitsgruppe war selbstverständlich auch ein Mediziner beteiligt. Eine solche bürgerfreundliche Publikation gibt es in der Bundesrepublik leider nicht; der Schweizer Plan kann aus dem Internet heruntergeladen werden. Lesbar und auch laienverständlich ist allerdings die Site www.denis.bund.de des deutschen Bundesamtes für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) [13], auf der sich auch laufend aktualisierte Informationen über die Vogelgrippe finden. Eine wünschenswerte Information und eine staatliche Anregung und Beförderung der Diskussion dieser Informationen in Schulen, Medien und im Bürgerdiskurs fehlt allerdings. Die systemische Tendenz staatlicher Bürokratien zu Geheimniskrämerei und Geheimhaltung den uninformierten Bürgern gegenüber, denen man die Konfrontation mit außerordentlichen und nicht sehr erfreulichen Informationen und Ratschlägen ersparen will, ist im Falle des Unterlassens lebenswichtiger Information für Situationen eines möglichen totalen oder teilweisen Zusammenbruchs öffentlicher Leistungen und Ordnungen ordnungspolitisch unakzeptabel und unverantwortlich.

3. BIOTERROR UND NOTSTAND

Hier ist eine leicht veränderte Geschichte: Nicht die guten Leute der Familie Meyer, sondern eine Handvoll von menschenverachtenden neurotischen Fanatikern unternehmen einen gezielten Angriff auf die Infrastruktur unseres komplexen zivilisatorischen und zivilisierten Zusammenlebens, beispielsweise dadurch, dass sie sich mit einem hochansteckenden ziemlich tödlichen Virus selbst anstecken. Gemeinsam und getrennt ‚verteilen‘ sie den Virus in den ihnen verbleibenden wenigen Tagen ihres Lebens in U-Bahnen, Flugzeugen, auf Tagungen und überall, wo sie in engem Kontakt mit Mitmenschen sein können, die dann wie-

derum möglichst mobil sind und den Virus weitertragen, bevor sie selbst sterben oder ihr Leben in überfüllten Versorgungseinrichtungen oder in Quarantäne enden.

Nicht nur grausame Zufälligkeiten in der Natur, sondern auch teuflisch geplante hinterhältige menschliche Attacken auf unschuldige, sich des Angriffs nicht bewusste Mitmenschen können nicht nur nicht ausgeschlossen werden, sondern bieten dem skrupellosen Angreifer in einer hochtechnisierten Zivilisation besonders gute Angriffsziele und Erfolgsaussichten. Neurotische Menschenverächter können ohne direkte verdeckte Hilfe von kriminellen Staaten, besser aber mit deren Unterstützung oder Tolerierung arbeiten. Anders als die Naturkatastrophe wird der Angreifer gezielt an mehreren Fronten versuchen, das System zu unterminieren [6] und auch keine Vorwarnzeit geben. Zwei Modelle des Angriffs von Menschen auf Menschen mischen sich: der Terror als ‚Angstmachen‘ und Drohung und der tatsächliche strategisch geplante Angriff als Massenmord.

Terror macht Angst und verlangt, selbst wenn die Glaubwürdigkeit der Androhungen nicht überprüft werden kann (ebenfalls ein Teil des Terrors), ordnungspolitisch und ordnungsethisch auf den unspezifischen Eventualfall vorbereitet zu sein. Das macht schon im Vorfeld eines tatsächlichen Angriffs unterschiedliche Maßnahmen erforderlich, die selbst wiederum technisch und ethisch geplant und geprüft werden müssen: Aufbau von Forschungskapazitäten zur medizinischen, informationellen und organisatorischen Kampf gegen biologische oder andere nichtkonventionelle Waffen; Abhören von Telefonaten; Notstandsübungen vor Ort und auf übergeordneter Ebene zur Einübung unterschiedlicher Partner in der Zusammenarbeit und zum Austesten von Vertrauen, Plänen und Bereitschaften auf ihren Bezug zur Realität; Information und Anleitung der Bürger über individuelle Schutzmassnahmen und Vorsorge ohne Panik zu verbreiten. Verantwortungsträgern wird es schwer fallen, prospektiv Maßnahmen zu treffen und Bürger zur Vorsorge aufzufordern, wenn die Bedrohung noch aussteht, - verantwortungsethisch ein schier unlösbares Problem. Öffentliche Ratschläge schwanken zwischen ‚ein normales Leben‘ zu leben und ‚auf der Hut‘ zu sein. In den USA steht der eigens zu diesem Zweck geschaffene Gefahrenbarometer seit dem 11. September 2001 auf ‚erhöht‘. Aber wie soll der Bürger die ‚erhöhte‘ Gefahr interpretieren; wie soll er mit einer Dauerwarnung umgehen, an die man sich sehr schnell gewöhnt? Der ‚schlanke Staat‘ und jede demokratische Gesellschaft und Kultur, die auf den Prinzipien von Bürgerverantwortung und Bürgermündigkeit aufbauen, können ohne die aktive Beteiligung ihrer Bürger nicht überleben. Der schlanke und nichttotalitäre Staat kann auch nicht Überleben, wenn er nicht die Marktkräfte und insbesondere die der Serviceunternehmen mit in die

Notstandsplanung und das Notstandsmanagement hineinholzt und ihnen ebenso wie den Bürgern in einer Partnerschaft von Kommunikation und Kooperation vertraut.

Die wichtigste Präventionsmaßnahme ist zweifellos, potentiellen Angreifern und Terroristen den Grund für ihre Frustration und Aggressivität zu nehmen durch *eine offene und nichtdiskriminierende Kultur*, gleiche soziale, ökonomische und kulturelle Chancen für alle. Aber es wird immer ‚kranke‘ Menschen geben, denen die besten Freunde, Ärzte, Maßnahmen nicht helfen können.

Für den Bürger sind *überprüfbare, verständliche und praktisch orientierte Information und Anleitung zum eigenen Schutz und dem der Familie und Freunde* ist unerlässlich; das Internet bietet sich neben anderen öffentlichen Serviceangeboten hierfür hervorragend an, weil die Zeit und Länge und Tiefe der Information dem Bürger überlassen bleibt.

Lehrpläne deutscher medizinischer Fakultäten und medizinische Prüfungen und Facharztqualifikationen meinen auf Kenntnisse in der Militär- und Katastrophenmedizin verzichten zu können. Die Verantwortung für diese Unbekümmertheit und Nachlässigkeit tragen Fakultäten, Ministerien und Ärztekammern; *es bleibt abzuwarten, wer wem den ‚schwarzen Peter‘ zuschiebt, wenn medizinische Institutionen und Mediziner im Katastrophenfall wegen Unvermögen oder Überforderung versagen.*

Terroristen und Neurotiker berufen sich in der Regel auf ‚höhere‘ Einsicht, ein ‚Gebot Gottes‘ oder das Recht auf den Kampf für ‚Gleichheit‘; es ist wichtig, dass Verantwortliche in Religion, Politik und Kultur klar und deutlich die Argumentationen und Ziele der Aggressoren kritisieren, wenn dieselben sich gegen Menschenwürde und Menschenrechte wenden. Eine besondere Verantwortung liegt auf denen, welche der gleichen weltanschaulichen oder religiösen Gruppierung angehören wie tötende Fanatiker; sie machen sich zu Komplizen der Morde und des Terrors, wenn sie schweigen. *Keine große Kultur oder Religion sanktioniert das Töten Unschuldiger; das auszusprechen ist eine Pflicht.*

Jahrhunderte lang haben rivalisierende Kolonialmächte jeweils die Seeräuber gegen ‚die anderen‘ unterstützt. Erst als vor 200 Jahren gemeinsame Interessen der großen Seefahrernationen diese Unterstützung als nicht mehr nützlich ansahen, stellten sie den Schutz und die Ermunterung ein verbunden mit einer enormen Grausamkeit in der Verfolgung. Zunehmend scheinen sich heutzutage Staaten in Ersatz von Kriegen, die sie nicht gewinnen können, solcher Unterstützung von Terroristen zu widmen. Es muss im Interesse aller freien und demokratischen Zivilisationen gerade im Zeitalter der Globalisierung sein, *dem Terrorismus die direkte oder indirekte Unterstützung von kriminellen Politikern und Schurkenstaaten abzugraben.*

Man hat argumentiert, dass gewisse Methoden der genetischen Manipulation an Viren oder anderen Pathogenen geheim bleiben und deshalb auch nicht patentiert werden sollten. Eine solche Strategie hat sich historisch immer als wenig erfolgreich, höchstens die Verbreitung verzögernd, erwiesen. Spin-off Technologien gibt es zur Genüge und auch die bestehenden können von Angreifern für ihre Ziele modifiziert werden. *Zur Prävention gehört das gemeinsame Training derer, die sich im Notfall kennen und zusammenarbeiten müssen. Es gehört dazu auch die vorsorgliche Identifizierung von Räumen und die Vorweg-Bereitstellung von Materialien für den Notfall.*

Bei einem tatsächlich eintretenden Notfall kommt es nicht nur auf die ruhige Routine in der Zusammenarbeit der Experten an, sondern ebenso auf die *aktive Beteiligung der Bürger am eigenen Schutz bei einem teilweisen oder totalen Zusammenbruch öffentlicher oder privater Sicherheits- und Versorgungsnetze, an der Compliance mit hoffentlich sinnvollen öffentlichen Maßnahmen.* Versorgungssysteme von der Elektrizität bis hin zu den Ketten der Nahrungsmittelversorgung werden mit Wahrscheinlichkeit zusammenbrechen, schon wegen des Ausfalls von Personal, teils wegen Krankheit, teils wegen Angst, teils wegen der Unterbrechung oder Behinderung der Verkehrsinfrastruktur selbst. Bürger sind auf sich selbst angewiesen; zum Surfen nach Informationen und Ratschlägen im Internet mag es zu spät sein, weil es nicht verfügbar als indirektes oder direktes Ergebnis der Katastrophe. Die meisten Krankenhäuser können von der Kapazität und von den Baulichkeiten her kaum große Isolierstationen für hochansteckende Krankheiten mit intensivmedizinischen Möglichkeiten zur Verfügung stellen. Sollen dann entweder die ‚anderen‘ Kranken oder die Infizierten in Hotels, Schulen, öffentlichen Gebäuden untergebracht und wie sollen sie dort versorgt werden? Werden Ärzte und Pfleger sich freiwillig zu dem einen oder dem anderen Dienst melden? Nach welchen Kriterien sollten sie zugeteilt werden, wenn sie denn überhaupt zum Dienst erscheinen, weil sie noch gesund sind oder über ein unerschütterliches Ethos verfügen. Moderne Millionenstädte sind wesentlich gefährdeter als entlegene wenig technisierte Gebiete mit einer vormodernen Infrastruktur. Was nicht vorher eingeübt und vorbereitet ist, ist weder in der Planung noch in der Durchführung möglich.

Der Schluss des Zitats aus dem Tao-Teh-King ‚Du gewinnst die Welt, indem Du loslässt‘, unterstreicht in diesem Zusammenhang die Grenzen des Planbaren und Machbaren, unabhängig davon, ob in der normalen Situation normale Regeln gelten und eingehalten werden oder ob im Notstand außergewöhnliche Maßnahmen zum Schutz von Menschen und Menschenrechten erforderlich werden. Es ermuntert aber auch zu Gelassenheit und zu Bürgermündigkeit und Bürgerverantwortung in der Kompetenz des Umgangs mit

außergewöhnlichen Situationen. Bei Großkatastrophen sind Staaten überfordert, schlanke wie totalitäre; deshalb geht es nicht ohne aufgeklärte Bürgerkompetenz und Bürgerverantwortung. Insofern gibt es auch ethische und sehr praktische Grenzen bei der üblichen Tendenz von Sicherheitsorganen und Gesundheitsdiensten, Informationen geheim zu halten; – eine *Geheimhaltung hat dort ihre Grenze, wo sie dem Bürger schadet, ist aber berechtigt, wo sie dem Feind für seine Planungen nützliche Informationen liefert, ein sicherheitsethisches Problem*, das nur differentiaethisch abgewogen und unter Verantwortung entschieden werden kann, auch hierzu ist Übung erforderlich und nicht nur theoretische Regelbefolgung.

4. ‘GERECHTER KRIEG’ BEI ENDEMIE, TERROR UND NOTSTAND?

Gibt es überhaupt einen ‚gerechten Krieg‘? Wäre der Notstand bei Endemien oder eine terroristische Bedrohung oder eine ausgeführte terroristische Handlung einer Kriegssituation vergleichbar sein? Die klassische Theorie des ‚gerechten Krieges‘ versucht Kriterien zu entwickeln für die Unterscheidung zwischen ungerechten Kriegen, die zur Ausweitung der eigenen Macht, zur Bereicherung, zum Töten und Foltern und zur Unterdrückung geführt werden, und dem so genannten ‚gerechten Krieg‘, in dem Frauen und Kinder, Familien, Nachbarschaften und Staaten vor Mördern, Banden und aggressiven Staaten verteidigt werden. Zu diesen Kriterien gehört, (1) dass der Kriegführende eine Legitimation dazu hat (*potestas legitima*), (2) dass der Grund für den Krieg sich rechtfertigen lässt (*causa justa*), (3) dass die Intention des Kriegführenden lauter und fair ist (*intentio recta*), (4) dass der Krieg das Mittel letzter Wahl nach dem Versagen anderer Mittel ist (*ultima ratio*), (5) dass es sozusagen eine Verpflichtung zur Kriegsführung gibt (*modus debitus*). Lassen sich diese militäretischen Kriterien übertragen auf den Kampf gegen natürliche Katastrophen, Endemien, Terrorismus und asymmetrische Kriegsführung? Die Einschränkung von Bürgerrechten und das Umschmieden von Flugscharen zu Schwertern kann sich nur rechtfertigen lassen, wenn durch andere Maßnahmen dasselbe erreicht oder zumindest erstrebt wird, wie es in normalen Zeiten Pflicht von unterschiedlichen Verantwortungsträgern und von allen Bürgern ist.

(1) Wer die normalen Regeln ändert, muss das begründen und muss auch das Recht dazu haben (*potestas legitima*). Sicherlich haben Staaten die Pflicht und damit das Recht, Leben und Gesundheit ihrer Bürger zu schützen und zu verteidigen; dazu sind sie ja nach demokratischem Verständnis überhaupt nur da. Dem modernen Staat fehlt jedoch sowohl die Macht als auch die Expertise, diesen Schutz zu geben in einer differenzierten und komplexen durch Marktkräfte und hochkomplexe Technik beschreibbaren Gesellschaft. Technische Überwachungsvereine haben das Recht und die Pflicht, Normen und Regeln für die sichere

Konstruktion und den sicheren Gebrauch von Maschinen aufzustellen und zu überprüfen. Forschende Ärzte und Pharmafirmen haben die Expertise und das Recht, neuere bessere Medikamente zu entwickeln und unter Respektierung des Schutzes und der Freiwilligkeit von Probanden zu erproben und dann von Aufsichtsbehörden überprüfen zu lassen. Notarkammern und Ärztekammern verpflichten ihre Mitglieder zu professioneller Kompetenz und Ethik und setzen ihnen damit Grenzen und Regeln für ihre Zugehörigkeit zu der Kooperation, ohne welche sie ihren Beruf nicht würden ausüben dürfen. Private Firmen verwalten Internetadressen, speichern hochpersönliche oder andere vertrauliche Daten, sichern das Funktionieren komplexer Bewegungen von Materialien und Waren zeitgenau. Dies sind Experten mit Macht und Kompetenz, die für den Staat sich anzueignen unmöglich und auch nicht sinnvoll oder wünschbar wäre, sollte es nicht zu einem totalitären Staat und einer totalen Unterdrückung von Freiheit, Kultur und Zivilisation kommen. *Potestas legitima*, im Normalfall wie im Notfall, teilt sich zwischen Experten, staatlichen Organen, Institutionen und Markt-anbietern. Die *potestas legitima* beispielsweise für die angemessene Diagnose und Prognose und Therapie eines Patienten liegt beim individuellen Arzt in Rückbindung an seine Schulung und an standesrechtliche Qualitätsnormen, nicht beim Staat, nicht bei der Ortskrankenkasse, nicht beim Krankenhausdirektor. Wenn neue Einsichten eine Änderung des Hergebrachten und durch bisherige Qualitätsnormen Gesicherten notwendig machen, dann liegt die *potestas legitima* bei denen, welche solche Qualitätsnormen geprüft oder erlassen haben, beispielsweise bei Ärztekammern oder staatlichen Aufsichtsbehörden. *Wo und wenn Verantwortung und Expertise legitim sind, dann ist in einer arbeitsteiligen und verantwortungsteiligen Gesellschaft auch die Macht und die Verantwortung zur Modifikation von Regeln im Notstand geteilt und muss in Partnerschaft und in Achtung vor den jeweiligen technischen und ethischen Kompetenzen teils gemeinsam, teils getrennt entschieden und verantwortet werden.*

(2) Regeln, die unser mitmenschliches Leben ethisch und kulturell leiten, dürfen nicht willkürlich geändert werden; sie sind die Basis für unser Zusammenleben in Freiheit und Sicherheit. Wer sie ändern will/muss, der muss eine Rechtfertigung dafür finden (*causa justa*). Die einzige Rechtfertigung einer Änderung oder neue Priorität von Regeln ist die, für welche die Regeln entwickelt oder aufgestellt wurden: Freiheit und Sicherheit des Einzelnen und aller Bürger, Schutz vor Diskriminierung und Ausbeutung, individuelle, kollektive und kulturelle Unterstützung und Freiheit jedes Einzelnen, sich zu den eigenen Zielen und Möglichkeit hin zu entwickeln. Menschenleben zu retten ist vornehmste Pflicht von Individuen und Staaten; ebenso wichtig ist der Schutz von Gesundheit, Lebensqualität und freiem Leben, auch der Schutz zivilisatorischer und kultureller Werte und Errungenschaften. Der Staat als

Garant von Freiheit und Sicherheit und die Bürger als selbst- und mitverantwortliche Subjekte einer freiheitlichen Demokratie sind gefordert. Rechtfertigt die Prävention gegen Terroristen oder gegen hochansteckende Infektionskrankheiten schon eine Modifikation von ‚normalen‘ Regeln, das präventive Ablauschen von Gesprächen, die präventive Impfung, die präventive Vorratshaltung, den präventiven Erstschlag, die präventive Inhaftnahme? *Nicht nur wegen der öffentlichen und ethischen Akzeptanz, sondern auch aus Gründen der Rechtsstaatlichkeit muss die Richtigkeit und Notwendigkeit der Modifikation normaler Regeln für eine Notstandssituation begründbar, diskutierbar und nachvollziehbar sein.*

(3) Macht ist verführerisch und Macht kann missbraucht werden und wird immer wieder missbraucht. Regeln, Bürgerrechte und Gesetze zu ändern oder zeitweilig außer Kraft zu setzen, das erfordert nicht nur öffentliche und professionelle Begründung. Die Modifikation muss auch aus einer richtigen, gut gemeinten und verantwortlichen ethischen und rechtlichen Gesinnung heraus erfolgen (*intentio recta*); sie muss sich vor dem eigenen Gewissen rechtfertigen und später auch vor einer Überprüfung durch einen selbst und andere. Eigener Gewinn, Schädigung des wirtschaftlichen oder innenpolitischen Gegners, Unterdrückung von Personen oder Gruppen, der Wunsch nach Ausbeutung oder Aneignung fremden Gutes zählen nicht zu den Gründen und Absichten, welche eine Modifikation von Regeln im Notstand oder das bloße Herbeireden einer Notstandssituation rechtfertigen. *Wer Regeln im Notfall bricht, muss das vor dem eigenen Gewissen, vor den Mitbürgern und gegebenenfalls vor den Gerichten verantworten.*

(4) Viele Konflikte und Bedrohungen lassen sich lösen ohne schon den Notstand auszurufen, ohne Mobilität und andere Bürgerrechte einzuschränken, ohne Netze von Infrastruktur und deren Betreuer anzuregen oder anzuweisen, vom Normalfall auf den Notfall umzuschalten. Krieg muss immer nur dann als Mittel gewählt werden, wenn alle andere Mittel versagt haben oder versagen würden; auch der gerechte Krieg ist immer die *ultima ratio*. Abhören von Telefonen und Internetkommunikation als präventives Mittel zum Schutz von Menschenleben und Menschenrechten ist sicher ein größerer Eingriff in normale Formen des zivilisierten Umgangs in freiheitlichen Demokratien als Aufklärungsfeldzüge und Integrationsangebote. Aufklärung über Gesundheitsrisiken bei großen Epidemien und über individuelle Vorsorge für Katastrophen und Epidemien sind keine *ultima ratio*, auch nicht die Einbeziehung der Katastrophenmedizin in die allgemeinen Lehrpläne medizinischer Fakultäten; das gehört schon zum Kernbestand einer komplexen und risiko- wie terrorismusanfälligen Zivilisation. Auch präventive Schutzimpfungen gehören zum selbstverständlichen Alltag einer gesundheitsbewussten Gesellschaft und einer gesundheitsfördernden Gesundheitspolitik.

(5) Wer Regeln verändert oder verletzt, muss das begründen und muss auch ein Recht dazu haben, ein moralisches, ein berufliches oder ein gesetzliches. Die Verpflichtung (*modus debitus*) zur Modifikation oder Außerkraftsetzung normaler Regeln ist entweder moralisch und von hochpersönlicher Natur oder aber sowohl moralisch wie auch gesetzlich vom jeweiligen Amt her begründbar. Vom Amt her sind Ärzte, Pflegepersonal, Mitarbeiter des Zivilschutzes, der Polizei und der Feuerwehr zur Rettung von Menschenleben unter Beachtung von Menschenwürde und Bürgerrecht verpflichtet. Die jeweiligen Institutionen, inklusiver der für den öffentlichen Gesundheitsdienst und die Organisation, Finanzierung und Kontrolle der Gesundheitswesens, auch Krankenhäuser und Altenheime und deren Leitungen sind von Amts wegen verpflichtet, Regeln zu ändern oder kurzzeitig oder dauernd durch andere zu ersetzen, die demselben Ziel besser dienen: Menschenleben und Menschenrecht zu schützen und zu fördern. *Nicht jeder kann tradierte und im Normalfall wirksame Regeln ändern, man muss dazu verpflichtet sein, ein ‚Mandat‘ haben, - im Notfall auch ein ‚übergesetzliches‘ moralisches oder eines von Amts wegen. Man kann nicht einfach unter Berufung auf nicht überprüfbare Autoritäten oder so genannte ‚Realitäten‘ wie der ‚Stimme Gottes‘ oder eine nur vorgebliche Bedrohung den Notfall und damit die Gesetzlichkeiten eines Notstandes frei formulieren und ausrufen.*

Die großen Religionen und Kulturen haben immer schon die jeweiligen Regeln und Gebote vom Ziel abhängig gemacht und erlauben, sie im Interesse von Menschenleben und Menschenwürde zu brechen oder zu modifizieren. Das ‚pekuach nefesh‘ der israelitischen Religion stellt die Rettung von Menschenleben über alle sonstigen Gebote; auch die muslimischen Fastenregeln dürfen und sollen gebrochen werden, wenn Gesundheit und Leben durch ihre Einhaltung bedroht werden. Jesus, aus der israelischen Prophetentradition kommend, stellte den Dienst am Mitmenschen über alle anderen Gebote. Im Konfuzianismus und Buddhismus gehören Mitleid, Mitgefühl und aktive direkte Hilfe dem Nächsten gegenüber zum Kern philosophischen und moralischen Argumentierens und Forderns. Insofern ist die Begründbarkeit der Theorie und Praxis des gerechten Krieges im Notfall von allen Traditionen her verständlich und Militärstrategen auch anderer Kulturkreise haben Theorien entwickelt, den gerechten vom ungerechten Krieg unterscheiden zu können. Insgesamt scheint sich deshalb die Argumentation der *bellum justum* Theorie und Praxis auch auf die verantwortungs- und arbeitsteiligen Notfallsituationen einer hochtechnisierten demokratischen Zivilisation übertragen zu lassen. *Echter Notstand rechtfertigt außergewöhnliche Maßnahmen, die im Normalfall nicht akzeptabel wären; der Notstand jedoch muss leicht einsehbar und*

begründbar sein; normale Regeln auf unnormale Situationen anzuwenden ist dogmatistisch und ethisch weder begründbar noch nachvollziehbar.

5. FÄLLE IM HÖRSAAL UND VERANTWORTUNGEN IM LEBEN

Es gibt Fälle und Theorien für die Diskussion im Hörsaal, im interdisziplinären Diskurs und in der Schulung und Fortbildung von Teams für künftige Verantwortungen – und *es gibt die realen Herausforderungen des Alltags, die sich von denen des Hörsaals durch direkte und unteilbare und nicht verschiebbare konkrete Verantwortung unterscheiden*. Nicht die zu diskutierenden und zu berücksichtigen Prinzipien, Normen und Standards für Handlungen, wohl aber die direkte persönliche Verantwortung von Verantwortungsträgern unterscheiden den Hörsaal vom realen Leben. Wer noch nicht und auch künftig nicht solchen extremen Verantwortungen ausgesetzt war oder sein wird, darf sich glücklich schätzen. Diskussionen im Hörsaal und, was das Tao Teh King ‚normale Gesetze‘ nennt, geben nur den vorläufigen Rahmen ab, innerhalb dessen Verantwortungen in Notfallsituationen definiert und getragen werden müssen. Für einige Notfallsituationen gibt es standardisierte Regelwerke als ‚Halbfertigprodukte‘, die im konkreten Notfall im ‚Endprodukt‘ gestaltet und verantwortet werden müssen, wie wir am Beispiel der Regeln für die Situation der Triage und der Kriterien für den gerechten Krieg diskutiert haben. Aber es gibt zusätzliche, hochkomplexe Szenarien, die im Hörsaal zwar diskutiert, aber nicht gelöst werden können. Das geht immer nur unter Verantwortung in der konkreten Situation durch den jeweiligen Verantwortungsträger.

(1) Unter terroristischer Bedrohung wird ein Mann aufgegriffen, der wahrscheinlich zu den Terroristen gehört und über Wissen über andere Terroristen und konkrete Planungen verfügen könnte. Sei Wissen könnte staatlichen Organen erlauben, die Ausführung von geplanten Massenmorden zu verhindern. Der Mann ist nicht aussagewillig; eine sehr baldige Bedrohung kann nicht ausgeschlossen werden. Sie werden als Mediziner gebeten, bei einer Vernehmung beratend teilzunehmen, die auch ‚härtere Methoden‘ anwendet wie schmerzhaftes Fesseln, Erniedrigung, Zufügung körperlicher Schmerzen und Androhung noch schwererer Folterungen oder eine simulierte Exekution. Diese Methoden sind von allen zivilisierten Staaten verboten und der internationalen Staatengemeinschaft geächtet. Durch Ihre Teilnahme könnten Hunderte oder mehrere Tausend Menschenleben gerettet und die Zwangsvernehmung so vollzogen werden, dass das Überleben des mutmaßlichen Mitwissers gesichert wird. Was werden Sie tun?

Ich habe hier nicht nur einen ‚Fall‘ vorgestellt, sondern eine sehr persönliche Frage gestellt, allerdings in einer Situation der Nichtverantwortung des Fragenden und des

Gefragten, also in einer Hörsaalsituation. Die Vernehmungsfolter, gleich ob seelisch oder körperlich, ist international geächtet. Die Weltgesundheitsorganisation WHO hat 1982 und wiederholt im Jahr 2004 für alle ihre Mitgliedsorganisationen eine Resolution verabschiedet, dass ‚medizinische Ethik in Zeiten einer bewaffneten Auseinandersetzung identisch mit der in Friedenszeiten‘ sein muss. Die WHO, die UNO und andere nationale und internationale Organisationen und Institutionen haben wiederholt insbesondere die Folter als menschenunwürdig abgelehnt, verboten und geächtet [8]. Die ‚UN Convention against Torture‘ unterstreicht in der grundsätzlichen Ablehnung eines Konzepts vom ethischen Unterschied zwischen ‚Normal‘ und ‚Außergewöhnlich‘, dass ‚no exceptional circumstances whatsoever, whether a state of war or a threat of war, internal political instability or any other public emergency, may be invoked as a justification of torture‘. Demgegenüber rechtfertigt die UNO unter Bezug auf den Gegensatz zwischen ‚Normal‘ und ‚Außergewöhnlich‘ im Paragraphen 51 ihrer Gründungsurkunde die bewaffnete Verteidigung und kriegerische Auseinandersetzung zwischen Mitgliedsstaaten für Fälle von außergewöhnlicher Bedrohung und das damit verbundene ‚Totschießen‘ von Menschen, - von Soldaten und leider auch von Zivilisten? Rechtfertigt aber nicht die Aussicht auf die Rettung vieler Menschen die Ausnahme der einmaligen Schmerzzufügung einem einzigen Mitmenschen gegenüber? Sind die lange oder gar lebenslange Haftstrafe und Todesstrafe nicht auch ein massiver – ein ‚unmenschlicher‘ – Eingriff in persönliche Bürgerfreiheit? Ist die in einigen Ländern übliche und gesetzlich und medizinisch sanktionierte einmalige Prügelstrafe unmenschlicher als das jahrelange oder lebenslange Verwahrtwerden hinter Gittern? Die Regeln, die es im Hörsaal zu interpretieren und zu erhärten gilt, sind klar: Folter ist Unrecht, unethisch, unzivilisiert. Aber ist es auch Unrecht, nichts zu tun und damit ‚durch Nichtstun aktiv‘ ungezählte unschuldige Mitmenschen, unter ihnen Frauen, Kinder, sehr Alte, sozial und kulturell Unterprivilegierte einem ziemlich gewissen Tod auszuliefern? Das Unterlassen von Handeln hat Konsequenzen, ebenso wie Handeln selbst; auch das ist Teil des ethischen und medizinischen Unterrichts im Hörsaal.

(2) Nach einem Autobusunglück entwickelt sich eine Triagesituation. Nur sehr wenigen kann geholfen werden; die meisten sind schwer verletzt oder schon im Sterben mit großen Schmerzen. Sie betteln darum, dass sie aktiv getötet werden, denn schmerzstillende Medikamente gibt es nicht. Sie wissen, ebenso wie alle anderen, dass sie andernfalls einen qualvollen, eventuell langen Tod sterben werden. Andere sind so sehr in Agonie, dass sie nicht einmal um den Gnadentod bitten können; sie sind moribund, in großer Qual, sie können nur stöhnen oder schreien. Würden Sie denjenigen, die um die Erlösung von ihren Qualen bitten,

diesen letzten Wunsch erfüllen? Würden Sie auch die anderen aktiv töten, die vor lauter Qualen nicht einmal mehr diesen Wunsch denken oder aussprechen können?

Die Regeln aller Kulturen und Zivilisationen sind klar, erst recht die Traditionen aller Arztkulturen: ‚Du sollst nicht töten‘, auch nicht im Ausnahmefall, auch nicht im Notstand, ‚auch nicht, wenn Du darum gebeten wirst‘. Im Westen ist seit den Zeiten des Hippokrates bis hin zu dem Regeln des Weltärztebundes und denen der Bundesärztekammer das aktive Töten – auch euphemistisch Euthanasie genannt – verabscheut und verboten. Es gibt allerdings Diskussionen um einen möglichen ethischen Unterschied zwischen aktiver und passiver Euthanasie, zwischen Hilfe zum Sterben und Hilfe im Sterben, und zur Frage der Verabreichung tödlicher Dosen von Medikamenten an Sterbenskranke, die darum bitten und denen in einigen Ländern unter relativ strikten Regelungen dieser Wunsch erfüllt wird. Die offiziellen Regelungen der Militär- und Katastrophengesetze und -ethik erlauben nicht, den Sterbenden und zwischen den Fronten jammernden Kameraden durch einen gezielten Schuss zu töten; wäre das aber nicht letzte Pflicht einem Kameraden und warum nicht auch einem Sterbenden und darum bittenden Mitmenschen aus dem anderen Lager gegenüber? Den geliebten Hund oder andere Haustiere von ihrem Qualen zu erlösen, gilt als ethisch; ihn elendig verenden zu lassen gilt als grausam und ‚unmenschlich‘; was ist der Unterschied zwischen einem hilflos und in Schmerzen verendenden Menschen und einem Hund?

Der Lehrauftrag im Hörsaal ist wiederum klar und beinhaltet, über die ärztlichen Traditionen des Verbots der Euthanasie und das grundsätzliche Verbot des Tötens von Menschen zu informieren und zu diskutieren, auch über die Möglichkeiten des Missbrauchs und die Gefahren von sich entwickelnden Grauzonen zwischen aggressiver Palliativmedizin und Hilfe nicht nur im Sterben, sondern auch beim Sterben und der nicht nur als Nebeneffekt in Kauf genommenen ärztlichen Verkürzung der Lebenszeit. Historische Beispiele können und müssen vor allem die Tatsachen des Missbrauchs unterstreichen. Die hippokratische Tradition verbot auch das Töten des ungeborenen Lebens; über den Schwangerschaftsabbruch und die Verhinderung der Nidation wird heute kontrovers diskutiert mit guten Argumenten auf beiden Seiten, – in unserer Kultur und auch in anderen Staaten und Kulturen. Es gibt viele Vermutungen, Hoffnungen, Berichte und Anekdoten, dass jenseits aller Standesregelungen Ärzte ihren Patienten beim Sterben helfen, – aus ärztlichem Ethos oder einfach aus Mitmenschlichkeit? Auch Ehegatten und gute Freunde helfen dem leidenden Partner oder Freund zu einem weniger qualvollen Ende, - oft mit großer Angst vor dem Staatsanwalt aber mit einem ansonsten ‚guten‘ Gewissen; ist das ethisch falsch?

(3) *Eine Sondereinheit amerikanischer Truppen in Afghanistan greift einen dialysepflichtigen Mann auf, von dem mit sehr großer Sicherheit angenommen werden kann, dass er in Terroranschläge verwickelt und vor allem, dass er über Planungen künftiger Anschläge gute Kenntnisse hat. Er lehnt die Dialysebehandlung durch die Fremden ab und will lieber sterben. Die Ärzte unterlassen die Dialyse, weil der Patient keine Zustimmung gibt; zwei Tage später entscheidet die militärische und politische Führung, dass der Mann dialysiert werden muss, um ihn als Informationsträger am Leben zu erhalten. Würden Sie (als Arzt) dialysieren?*

Die Genfer Konvention zur Behandlung von Gefangenen verlangt, dass dieselben wie andere Patienten auch behandelt werden, dass an ihnen keine medizinischen Versuche unternommen werden, dass sie das Recht auf ärztliche Versorgung haben und dass eine solche nicht ohne Zustimmung nach Aufklärung erfolgen darf. Hier wird die Zustimmung durch den Patienten verweigert, aber das Leben des Gefangenen (gegen seinen Willen) gerettet. Die Lebensrettung ist allerdings nicht selbstlos; sie erfolgt in einer Kriegs- oder Notstandssituation auch oder nur im Interesse der Gewinnung von nützlichen Informationen über die ‚andere Seite‘, durch welche sehr, sehr viele unschuldige Mitmenschen gerettet oder geschützt werden könnten. Der Fall wurde in der bioethischen Literatur kontrovers diskutiert mit den beiden hier angedeuteten Alternativen [10].

Für diese drei Fälle – *Befragung unter Folter, Mitleidstötung und Behandlung wider den Patientenwillen* – gibt es richtige und korrekte Antworten im Hörsaal, die sich auch in offiziellen juristischen und berufsrechtlichen Regelwerken niederschlagen. Die mit diesen Fällen verbundenen persönlichen und konkreten Herausforderungen ereignen sich aber nicht im Hörsaal, sondern in der konkreten Notstandssituation: bei drohender großer Gefahr für viele, möglicherweise Tausende oder Millionen von unschuldigen Mitmenschen: beim ‚Schuldigwerden (?)‘ am langwierigen qualvollen Tod eines Mitmenschen, möglicherweise gar eines Freundes, bei der Lebensrettung gegen Willen. Alle drei Situationen zeigen die Grenzen von Lehrbüchern und lehrbuchbasierten Regelungen, überhaupt die Schwierigkeiten der Übertragung von Regeln als ‚Halbfertigprodukten‘ für ethisches Handeln in ein ‚Endprodukt‘, die Handlung selbst. Ethische Regeln funktionieren nicht wie ‚man nehme‘ Kochbuchrezepte, die man nur anwenden muss, um ‚nichts falsch‘ zu machen. Entscheidungen haben Konsequenzen, und oft sind Entscheidungen fällig, die nicht vom Lehrbuch vorgeschrieben sein können. Derjenige, der die Entscheidungen fällt, muss in einer nicht vermeidbaren Konflikt- und Notfallsituation sich oft leider für eine von zwei Lösungen entscheiden, die beide unerwünscht sind. Das ist die Situation des Dilemmas oder gar

Trilemmas, die auch beim späteren ‚Nachrechnen‘ nicht immer die eigene Zustimmung findet oder gar die anderer Leute, die nicht in dieser Konfliktsituation standen.

Nur in der konkreten Situation selbst kommen persönliche Verantwortung, Ethik und Expertise gemeinsam zu einer Entscheidung, die unter Zeitdruck situationsethisch gefällt wird und für welche der Verantwortungsträger später sich schuldig fühlen kann, gleichgültig wie seine differentialethische Entscheidung damals ausgefallen ist. Diese konkrete Situation der Verantwortung unterscheidet sich von der im Hörsaal und kann auch nachher nur bedingt im Hörsaal oder Gerichtssaal nachgerechnet werden. Das aufgeklärte Gewissen und die verantwortliche moralische Intuition sind – entgegen einem kantischen Regelrigorismus – die letzte Instanz einer Verantwortungsethik.

6. SITUATIVE ETHIK UND GRENZEN ETHISCHEN RÄSONNIERENS

Ethisches Handeln ist ebenso sehr begründet auf Handlungsmodellen, Regeln, Prinzipien, Tugenden und Vorschriften wie auf Intuitionen von Mitgefühl und Mitleid, vom Schutz der Lieben und der Gemeinschaft. Das Herz hat nach Pascal seine eigene Vernunft, welche das vernünftige Rasonieren nicht begreifen kann. *Viele Entscheidungen, nicht nur solche in Situationen großer Gefahr oder eines außerordentlichen Notstandes, erfolgen intuitiv, ob wir uns dessen bewusst sind oder nicht.* Die ethische Kultur des Alltags besteht ja auch darin, dass Erwartungen und Handlungen ‚selbstverständlich‘ sind, – nur bei einem neuen oder ungewohnten Fall muss man nachdenken, abwägen. Abwägungen im Normalfall erfolgen routiniert, oft zu sehr routiniert, so dass neue nichtkonventionelle Kriterien oder Aufgaben nicht gesehen werden. Der außergewöhnliche Fall erinnert also daran, dass auch so genannte normale Fälle nicht immer schon mit selbstverständlicher Routine gelöst werden können, fordert dazu auf nachzudenken, ob nicht ‚alte Zöpfe‘ abgeschnitten werden sollten.

(1) Das Handeln im Notstand muss die außergewöhnliche Maßnahme daran messen, ob sie die tragenden Grundprinzipien des Schutzes von Menschenleben und Menschenrechten in der Ausnahmesituation besser schützen kann als die normale Regel; nicht ohne Grund dürfen normale und bewährte Regeln verletzt oder umgangen werden. Handeln im Normalfall wie im Notfall stehen beide unter Begründungszwang.

(2) Das Beharren auf der tradierten Regel für den Normalfall auch in der außergewöhnlichen Herausforderung beim Notfall steht unter starkem Rechtfertigungsdruck und kann als solches Menschenleben und Menschenrechte gefährden. Regeln sind situativ im Notfall zu prüfen, ob sie das leisten, wozu sie für den Normalfall entwickelt und genutzt

wurden. Niemand darf sich mit der Ausrede der formalen Regelbeachtung aus der persönlichen Verantwortung schleichen.

(3) Es gibt im Normalfall und mehr noch im Notstand keine höhere Entscheidungsinstanz als das eigene Gewissen, dass sich an Normen und Prinzipien orientieren muss aber nicht sklavisch anklammern darf; je schwieriger eine Gewissensentscheidung ist, umso mehr wird auch die ethische Intuition eine Rolle spielen müssen.

(4) Zu ethischen Entscheidungen gehören nicht nur Regeln und Intuitionen, sondern auch Mut und Entschlossenheit. Wer ethisch entscheidet, kann und wird Fehlentscheidungen treffen, schon im Normalfall, mehr noch im Notfall. Aber es muss gehandelt und es muss nach Werten entschieden werden, – das ist das Geschäft des ethischen Handelns und die menschliche Herausforderung für jedermann/jedefrau.

(5) Eine Tabuisierung tatsächlicher und ethischer Herausforderungen möglicher Naturkatastrophen, Endemien oder terroristischer Aktionen, insbesondere auch der Gefahren für Gesundheit und Leben bei großen Katastrophen ist ethisch nicht nur bedenklich, sondern unakzeptabel und unverantwortlich.

(6) Zur Prävention und zur Reduktion von Risiken gehören die faire und sehr weitgehende Information der Bürger, die Herstellung einer aufgeklärten Bürgermündigkeit und eines Bürgerdiskurses und ein höherer Stellenwert von Katastrophenmedizin in Ausbildung und Fortbildung und im öffentlichen Gesundheitsdienst. Geheimniskrämerei öffentlicher Stellen zum vermeintlichen ‚Schutz‘ von ahnungslosen Bürgern ist ordnungsethisch unverantwortlich.

(7) Bürger haben ein Recht auf Information und Aufklärung, auch auf Beratung im Vorfeld von möglichen Katastrophen und Endemien, bei denen öffentliche Dienste und Ordnungen versagen und zusammenbrechen könnten.

LITERATUR

1. Becker A, Buchholz U, Reiter S et al (2006) Aviaere Influenza: Diagnostik und Management von Infektionen des Menschen, Deutsches Ärzteblatt 102(42):C22652267 [also [www.rki.de/aviaere influenza](http://www.rki.de/aviaere_influenza)]
2. Gross, Michael (2004) Bioethics and Armed Conflict. Hastings Center Report 34(6):22-30
3. Landesman, Linda Young (2005) Public Health Management of Disasters: The Practice Guide
4. Longin, Ira M; Nizam, Azhar; Xu, Shufu et al (2005) Containing Pandemic Influenza at the Source. Science [Aug 12]:1083-1087
5. May AT, Mann R (2005) Soziale Kompetenz im Notfall, Münster: Lit
6. Moreno, Jonathan ed (2003) In the Wake of Terror: Medicine and Morality in a Time of Crisis. Cambridge MA: MIT Press
7. NATO (2003) Emergency War Surgery NATO Handbook [www.vhn.org/Ew-surg/ch12/12Triage.html]
8. World Medical Association (1983) Regulations in Time of War and Armed Conflict. Venice, Italy [Oct 1983]
9. Zimmermann, An; Bauerlein, Valerie (2005) At Wal-Mart, Emergency Plan has Big Payoff. Wall Street Journal, Sept 12:B1-3
10. Zupan, Daniel; Solis, Gary; Schoonhoven, Richard (2004) Dialysis for a Prisoner of War. Hastings Center Report 34(6):11-12.- Comment by George Annas, p. 12
11. Hessisches Gesetz über den Brandschutz, die Allgemeine Hilfe und den Katastrophenschutz (HBKG) in der Fassung vom 21.3.2005: www.hmdi.hessen.de
12. Hintergrundmaterial der Innenministerkonferenz, März 2005
www.bundesrat.de/Site/Inhalt/DE/3_20Konferenzen/3.2_20Innenminister-Konferenz/3.2.5_20Beschl_C3_BCse_20und_20Berichte/3.2.5.1_20Sitzung_20vom_2021.11.2003/N I/Anlage_202_20zu_20Nr._2022,property=Dokument.pdf
13. Notfallvorsorge-Informationssystem des Bundesamtes für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK): <http://www.denis.bund.de>
14. Schweizer Pandemie Plan 2005: www.bag.admin.ch/infekt/pandemie/plan/d/index.htm
15. Schweizer Verordnung über Maßnahmen zur Bekämpfung einer Influenza-Pandemie vom April 2005 (Influenza-Pandemieverordnung, IPV):
www.admin.ch/ch/d/as/2005/2137.pdf [im Anhang abgedruckt]
16. WHO Global Influenza Preparedness Plan 2005:
www.who.int/csr/resources/publications/influenza/WHO_CDS_CSR_GIP_2005_5/en/index.html

Verordnung über Massnahmen zur Bekämpfung einer Influenza-Pandemie (Influenza-Pandemieverordnung, IPV)

vom 27. April 2005

Der Schweizerische Bundesrat,

gestützt auf die Artikel 10 und 38 Absatz 1 des Epidemiengesetzes
vom 18. Dezember 1970¹,

verordnet:

1. Abschnitt: Allgemeine Bestimmungen

Art. 1 Gegenstand

Diese Verordnung regelt Massnahmen zur Bekämpfung einer Influenza-Pandemie.

Art. 2 Begriffe

In dieser Verordnung gelten als:

- a. *Pandemiebedrohung*: Zeitraum zwischen dem erstmaligen Auftreten eines neuartigen, zu Erkrankungen führenden und sich schnell ausbreitenden Influenzavirus beim Menschen und dem Beginn der Influenza-Pandemie;
- b. *Pandemie*: Zeitlich begrenzte, weltweite und massive Häufung von Erkrankungen beim Menschen, die durch ein neuartiges Influenzavirus verursacht werden, das sich rasch ausbreitet, hoch ansteckend ist und gegen das ein grosser Teil der Weltbevölkerung keine Immunität besitzt.

Art. 3 Bekanntgabe

Gestützt auf eine entsprechende Ankündigung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) gibt der Bundesrat auf Antrag des Eidgenössischen Departements des Innern (Departement) den Behörden und der Öffentlichkeit den Beginn und das Ende einer Pandemiebedrohung oder Pandemie bekannt.

SR 818.101.23

¹ SR 818.101

Art. 4 Sonderstab

¹ Der Bundesrat setzt auf Antrag des Departements für die Dauer einer Pandemiebedrohung oder Pandemie einen Sonderstab ein, der ihn berät und den Bund und die Kantone bei der Koordination der Vollzugsmassnahmen unterstützt. Der Sonderstab steht unter der Leitung des Departements.

² Der Sonderstab setzt sich zusammen aus Vertreterinnen und Vertretern der Departemente, der Bundeskanzlei, der Kantone und der Wirtschaft sowie bei Bedarf aus weiteren sachkundigen Personen.

Art. 5 Koordination

Im Fall einer Pandemiebedrohung oder Pandemie koordiniert das Departement die Massnahmen des Bundes, wobei bestehende Zuständigkeitsregelungen der Departemente vorbehalten bleiben.

2. Abschnitt: Massnahmen zur Förderung der Vorsorge**Art. 6** Prävention

¹ Das Bundesamt für Gesundheit (Bundesamt) fördert in Zusammenarbeit mit den Kantonen die Influenzaprävention in besonders gefährdeten Bevölkerungsgruppen und beim Medizinalpersonal.

² Es führt zu diesem Zweck Kampagnen und gezielte Aktionen zur Förderung der Grippeimpfung durch.

Art. 7 Pandemieplan

¹ Eine vom Departement eingesetzte Expertengruppe erstellt und aktualisiert regelmässig einen Bericht mit Empfehlungen für Massnahmen bei einer Pandemie (Pandemieplan). Die Expertengruppe setzt sich insbesondere aus Vertreterinnen und Vertretern des Bundes und der Kantone sowie aus Fachleuten der Ärzteschaft, des Nationalen Zentrums für Influenza und der Wirtschaft zusammen.

² Der Pandemieplan enthält insbesondere:

- a. eine aktuelle Standortbestimmung bezüglich der Überwachung, Prävention und Bekämpfung der Influenza in der Schweiz;
- b. Empfehlungen für Massnahmen zur generellen Influenzaprävention;
- c. Empfehlungen für die Information der Bevölkerung;
- d. Empfehlungen für Massnahmen zur Versorgung der Bevölkerung mit Influenza-Impfstoffen (Impfstoffe), mit spezifisch gegen Influenza wirkenden Medikamenten (antivirale Medikamente) und anderen geeigneten Arzneimitteln gegen Influenza sowie über deren Vorratshaltung;

- e. Kriterien für eine Prioritätenliste der Empfängerinnen und Empfänger von Impfstoffen, antiviralen Medikamenten und anderen geeigneten Arzneimitteln gegen Influenza bei Versorgungsengpässen;
- f. Empfehlungen für Massnahmen zur Impfung der Bevölkerung und zur Anwendung antiviraler Medikamente und anderer geeigneter Arzneimittel gegen Influenza im Falle einer Pandemie;
- g. Empfehlungen für Massnahmen der öffentlichen Gesundheit, um die Einschleppung, Weiterverbreitung und das Wiederauftreten pandemischer Influenza zu verhindern.

³ Der Pandemieplan wird in geeigneter Form veröffentlicht.

Art. 8 Massnahmen

Das Departement trifft auf der Grundlage des Pandemieplans Massnahmen im Hinblick auf eine Pandemiebedrohung oder Pandemie.

Art. 9 Versorgung mit Arzneimitteln

¹ Das Bundesamt trifft im Hinblick auf eine Pandemiebedrohung oder Pandemie die geeigneten Massnahmen zur Versorgung mit Impfstoffen, antiviralen Medikamenten und anderen geeigneten Arzneimitteln gegen Influenza.

² Es kann mit Personen, die solche Arzneimittel oder deren Ausgangs- oder Zwischenprodukte herstellen oder vertreiben, Lieferverträge oder andere geeignete Vereinbarungen abschliessen.

Art. 10 Vorräte an antiviralen Medikamenten und anderen geeigneten Arzneimitteln gegen Influenza

Die Kantone können Spitäler und weitere Institutionen verpflichten, im Hinblick auf eine Pandemiebedrohung oder Pandemie einen Vorrat an antiviralen Medikamenten und anderen geeigneten Arzneimitteln gegen Influenza für die angemessene Erstversorgung ihres Personal sowie ihrer Patientinnen und Patienten zu halten.

3. Abschnitt: Massnahmen im Fall einer Pandemiebedrohung oder Pandemie

Art. 11 Ausfuhr von Arzneimitteln

Der Bundesrat kann im Fall einer Pandemiebedrohung oder Pandemie die Ausfuhr von Impfstoffen, antiviralen Medikamenten oder anderen geeigneten Arzneimitteln gegen Influenza beschränken oder verbieten, sofern Mängel in der Versorgung mit solchen Arzneimitteln auftreten oder abschbar sind.

Art. 12 Prioritätenliste

¹ Das Departement kann bei einer Mangellage die Zuteilung von Impfstoffen, antiviralen Medikamenten oder anderen geeigneten Arzneimitteln gegen Influenza der Bedrohungslage angemessen mit einer Prioritätenliste und einem Verteilerschlüssel regeln. Es arbeitet dabei mit den Kantonen zusammen und berücksichtigt nach Möglichkeit ihre Anliegen.

² Mit der Zuteilung ist der grösstmögliche Nutzen für die Gesundheit der Bevölkerung anzustreben, insbesondere sollen eine angemessene Gesundheitsversorgung sowie wichtige Dienste erhalten bleiben. Namentlich kann folgenden Personenkategorien Priorität eingeräumt werden:

- a. Medizinal- und Pflegepersonal;
- b. Personen, die in wichtigen öffentlichen Diensten wie innere und äussere Sicherheit, Transport, Kommunikation sowie Versorgung mit Energie, Trinkwasser und Nahrungsmitteln tätig sind;
- c. Personen, für die eine Influenzaerkrankung ein erhöhtes Sterberisiko darstellt.

³ Im Übrigen richtet sich die Zuteilung nach anerkannten medizinischen und ethischen Kriterien. Wirtschaftliche Bedürfnisse sind zu berücksichtigen.

Art. 13 Übernahme der Kosten von Kauf und Verteilung des Impfstoffes

¹ Der Bund übernimmt während einer Pandemiebedrohung oder Pandemie die Kosten für den Kauf des Impfstoffs, wenn nur so die Versorgung und gerechte Verteilung sichergestellt werden können.

² Die Kantone tragen die Kosten für die Verteilung dieses Impfstoffes, namentlich für die Organisation und den Betrieb von Impfzentren.

4. Abschnitt:**Massnahmen nach einer Pandemiebedrohung oder Pandemie****Art. 14** Auskunft

Das Schweizerische Heilmittelinstitut gibt dem Bundesamt auf Anfrage Auskunft über unerwünschte Wirkungen und Vorkommnisse, die auf Impfungen gegen Influenza zurückzuführen sind oder zurückgeführt werden könnten.

Art. 15 Beurteilung von Impffolgen

Das Bundesamt stellt nach Anhörung der Kantone Empfehlungen auf für die medizinische Beurteilung von Folgen aus Impfungen gegen Influenza bei einer Pandemiebedrohung oder Pandemie.

Art. 16 Ende der Massnahmen

Mit der Bekanntgabe des Endes der Pandemiebedrohung oder Pandemie legt der Bundesrat fest, welche angeordneten Massnahmen zu welchem Zeitpunkt dahinfallen oder aufzuheben sind.

Art. 17 Berichterstattung

Nach der Pandemiebedrohung oder Pandemie erstellt das Departement in Zusammenarbeit mit den Kantonen zuhanden des Bundesrats einen Bericht über die Zweckmässigkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der getroffenen Massnahmen.

5. Abschnitt: Inkrafttreten**Art. 18**

Diese Verordnung tritt am 1. Juni 2005 in Kraft.

27. April 2005

Im Namen des Schweizerischen Bundesrates

Der Bundespräsident: Samuel Schmid

Die Bundeskanzlerin: Annemarie Huber-Hotz

Zentrum für Medizinische Ethik

Medizinethische Materialien

Die unterstrichenen Hefte sind derzeit leider vergriffen, können im Sonderfall aber als Kopie oder e-file geliefert werden.

- Heft 138: Zühlendorf, Michael T.; Kuhlmann, Jochen: Klinische und ethische Aspekte der Pharmakogenetik. August 2002.
- Heft 139: Frey, Christofer; Dabrock, Peter: Tun und Unterlassen beim klinischen Entscheidungskonfliktfall. Perspektiven einer (nicht nur) theologischen Identitätsethik. August 2002.
- Heft 140: Meyer, Frank P.: Placeboanwendung – die ethischen Perspektiven. März 2003.
- Heft 141: Putz, Wolfgang; Geißendörfer, Sylke; May, Arnd: Therapieentscheidung am Lebensende - Ein "Fall" für das Vormundschaftsgericht? 2. Auflage August 2003.
- Heft 142: Neumann, Herbert A.; Hellwig, Andreas: Ethische und praktische Überlegungen zur Einführung der Diagnosis Related Groups für die Finanzierung der Krankenhäuser. Januar 2003.
- Heft 143: Hartmann, Fritz: Der Beitrag erfahrungsgesicherter Therapie (EBM) zu einer ärztlichen Indikationen-Lehre. August 2003.
- Heft 144: Strätling, Meinolfus; Sedemund-Adib, Beate; Bax, Sönke; Scharf, Volker Edwin; Fieber, Ulrich; Schmucker, Peter: Entscheidungen am Lebensende in Deutschland. Zivilrechtliche Rahmenbedingungen, disziplinübergreifende Operationalisierung und transparente Umsetzung. August 2003.
- Heft 145: Hartmann, Fritz: Kranke als Gehilfen ihrer Ärzte. 2. Auflage Dezember 2003.
- Heft 146: Sass, Hans-Martin: Angewandte Ethik in der Pharmaforschung. Januar 2004.
- Heft 147: Joung, Phillan: Ethische Probleme der selektiven Abtreibung: Die Diskussion in Südkorea. Januar 2004.
- Heft 148: May, Arnd T; Brandenburg, Birgitta: Einstellungen medizinischer Laien zu Behandlungsverfügungen. Januar 2004.
- Heft 149: Hartmann, Fritz: Sterbens-Kunde als ärztliche Menschen-Kunde. Was heißt: In Würde sterben und Sterben-Lassen? Januar 2004.
- Heft 150: Reiter-Theil, Stella: Ethische Probleme der Beihilfe zum Suizid. Die Situation in der Schweiz im Lichte internationaler Perspektiven. Februar 2004.
- Heft 151: Sass, Hans-Martin: Ambiguities in Biopolitics of Stem Cell Resarch for Therapy. März 2004.
- Heft 152: Ilkilic, Ilhan: Gesundheitsverständnis und Gesundheitsmündigkeit in islamischen Traditionen. 3. Auflage März 2005.
- Heft 153: Omonzejele, Peter F.: African Concepts of Health, Disease and Treatment [A Future for Traditional Medicines and Spiritual Healings? A Postscript on Peter F Omonzejele by Hans-Martin Sass]. April 2004.
- Heft 154: Lohmann, Ulrich: Die neuere standesethische und medizinrechtliche Entwicklung in Deutschland – Wandel des Menschenbildes? Mai 2004.
- Heft 155: Friebel, Henning; Krause, Dieter; Lohmann, Georg und Meyer, Frank P.: Verantwortungsethik. Interessenkonflikte um das Medikament - Wo steht das Medikament? Juni 2004.
- Heft 156: Kreß, Hartmut: Sterbehilfe - Geltung und Reichweite des Selbstbestimmungsrechts in ethischer und rechtspolitischer Sicht. 1. Auflage September 2004, 3. Auflage März 2005.

- Heft 157: Fröhlich, Günter und Rogler, Gerhard: Das Regensburger Modell zur Ausbildung in klinischer Ethik. Dezember 2004.
- Heft 158: Ilklic, Ilhan; Ince, Irfan und Pourgholam-Ernst, Azra: E-Health in muslimischen Kulturen. Dezember 2004.
- Heft 159: Lenk, Christian; Jakovljevic, Anna-Karina: Ethik und optimierende Eingriffe am Menschen. 2.Auflage Februar 2005.
- Heft 160: Ilklic, Ilhan: Begegnung und Umgang mit muslimischen Patienten. Eine Handreichung für die Gesundheitsberufe. 1. Auflage Juli 2003 (Tübingen), 4. Auflage Januar 2005
- Heft 161: Hartmann, Fritz: Vom "Diktat der Menschenverachtung" 1946 zur "Medizin ohne Menschlichkeit" 1960. Zur frühen Wirkungsgeschichte des Nürnberger Ärzteprozesses. Februar 2005
- Heft 162: Strätling, Meinolfus u.a.: Die gesetzliche Regelung der Patientenverfügung in Deutschland. 1. Auflage Juni 2005.
- Heft 163: Sass, Hans-Martin: Abwägung zum Cloning menschlicher Zellen. Januar 2006.
- Heft 164: Vollmann, Jochen: Klinische Ethikkomitees und klinische Ethikberatung im Krankenhaus. Ein Praxisleitfaden über Strukturen, Aufgaben, Modellen und Implementierungsschritte. Januar 2006.
- Heft 165: Sass, Hans- Martin: Medizinische Ethik bei Notstand, Krieg und Terror. Verantwortungskulturen bei Triage, Endemien und Terror. Februar 2006.
- Heft 166: Sass, Hans-Martin: Gesundheitskulturen im Internet. E-Health: Möglichkeiten, Leistungen und Risiken, Februar 2006
- Heft 167: May, Arnd T.; Kohnen, Tanja: Körpermodifikation durch Piercing: Normalität, Subkultur oder Modetrend? Mai 2006
- Heft 168: Anderweit, Sabine; Ilklic, Ilhan; Meier-Allmendinger, Diana; Sass, Hans-Martin; Cheng-tek Tai, Michael: Checklisten in der klinisch-ethischen Konsultation. Mai 2006
- Heft 169: Kielstein, Rita; Kutzer, Klaus; May, Arnd; Sass, Hans-Martin: Die Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis. April 2006
- Heft 170: Brenscheidt, Juliane; May, Arnd T.; May, Burkard; Kohnen, Tanja; Roovers, Anna; Sass, Hans-Martin: Zentrum für Medizinische Ethik Bochum 1986 – 2006.
- Heft 171: Dabrock, Peter; Schröder, Peter: Public Health Gen-Ethik. 1. Auflage August 2006.
- Heft 172: Berg, Michael: Lebensbeendende Behandlungsbegrenzung bei Wachkomapatienten – „passiver Suizid“ im Spannungsfeld von pflegerischem Berufsethos und Selbstbestimmungsrecht des Patienten am Beispiel des „Kiefersfeldener-Falles“ 1. Auflage Oktober 2006.
- Heft 173: Hofheinz, Marco: Apokalyptik im biomedizinethischen Diskurs. Eine theologische Analyse der aktuellen Debatte. Mai 2007
- Heft 174: Sass, Hans-Martin: Lassen sich Reziprozitätsmodelle bei der Gewebe und Organtransplantation ethisch begründen und praktisch realisieren? Juli 2007.
- Heft 175: Hans-Martin Sass: Fritz Jahrs bioethischer Imperativ. 80 Jahre Bioethik in Deutschland von 1927 bis 2007. Juli 2007. 2. Auflage August 2007.
- Heft 176: Lohmann, Ulrich: Informed Consent und Ersatzmöglichkeiten bei Einwilligungsunfähigkeit in Deutschland – Ein Überblick. August 2007.
- Heft 177: Neitzke, Gerald: Ethische Konflikte im Klinikalltag – Ergebnisse einer empirischen Studie. August 2007.
- Heft 178: Huster, Stefan: „Hier finden wir zwar nichts, aber wir sehen wenigstens etwas“. Zum Verhältnis von Gesundheitsversorgung und *Public Health*. April 2008.

Bestellschein

An das
Zentrum für Medizinische Ethik
Ruhr-Universität Bochum
Gebäude GA 3/53

44780 Bochum

Tel: (0234) 32 22749
FAX: (0234) 3214 598
Email: Med.Ethics@ruhr-uni-bochum.de
Homepage: <http://www.medizinethik-bochum.de>

Bankverbindung: Konto Nr. 133 189 035, BLZ 430 500 01 Sparkasse Bochum

Name oder Institut:

Adresse:

() Hiermit abonniere(n) wir/ich die Reihe MEDIZINETHISCHE MATERIALIEN zum Sonderpreis von €4,00 pro Stück ab Heft Nr. _____. Dieser Preis schließt die Portokosten mit ein.

() Hiermit bestelle(n) wir/ich die folgenden Einzelhefte der Reihe MEDIZINETHISCHE MATERIALIEN zum Preis von €6,00 (bei Abnahme von 10 und mehr Exemplaren €4,00 pro Stück).

Hefte Nummer: _____

Zusammenfassung

Hans-Martin Sass diskutiert ethische Aspekte medizinischen Handelns bei Notstand, Katastrophen, Situationen von Triage, Infektionsendemie, Bioterror und biologischem Krieg. Er wendet die klassische ‚Bellum Justum‘ Theorie des ‚gerechten Krieges‘ auf Situationen von Endemie und Bioterror an und fragt nach den zu rechtfertigenden Grenzen im Übergang von ethischen Regeln für den Normalfall und den Notfall im Schutz von Menschenleben und Menschenrechten. Er plädiert für eine faire und sehr weitreichende Information und Beratung der Bürger, einen aufgeklärten Bürgerdiskurs über Verantwortungsethik im Notstand, eine Integration von Katastrophenmedizin in die medizinische und pflegerische Aus- und Fortbildung und einen höheren Stand des Vorbereitetseins auf Katastrophen im öffentlichen Gesundheitsdienst und seiner Ethik.

Abstract

Hans-Martin Sass discusses ethical aspects of medical responsibility in states of emergency, catastrophes, and situations of triage, endemics of infectious diseases, bioterror and biowar. Using classical concepts of ‘just war’ theory, he provides arguments for differentiating between normal or ordinary rules for normal situations and special or extraordinary rules for extraordinary situations in protecting human lives and human rights. He calls for fair and very detailed information and advice to citizens, public debate on ethics of responsibility in emergencies, integration of emergency medicine into education and continuing education of physicians and nurses, and for a higher priority of emergency preparedness in public health and public health ethics.