Bundesamt
für Bevölkerungsschutz
und Katastrophenhilfe

Ethische Reflexion im Bevölkerungsschutz

Leitfaden für eine ethisch reflektierte Entscheidungsfindung im Sanitäts- und Betreuungsdienst

Forschung im Bevölkerungsschutz

Sonderband 2023

BBK. Gemeinsam handeln. Sicher leben.

Forschung im Bevölkerungsschutz

Sonderband 2023

Bundesamt
für Bevölkerungsschutz
und Katastrophenhilfe

Ethische Reflexion im Bevölkerungsschutz

Leitfaden für eine ethisch reflektierte Entscheidungsfindung im Sanitäts- und Betreuungsdienst

Sonderband im Rahmen der Schriftenreihe Forschung im Bevölkerungsschutz

Autoren und Autorinnen: Friedrich Gabel, Mara Mühleck, Katharina Krause, Dr. Johannes Schad, Matthias Rekowski

Projektleitung durch Prof. Dr. Regina Ammicht Quinn, Prof. Dr. Dr. Urban Wiesing, Prof. Dr. Hans-Jörg Ehni

BBK. Gemeinsam handeln. Sicher leben.

Herausgeber der Schriftenreihe
Bundesamt für Bevölkerungsschutz
und Katastrophenhilfe
Postfach 18 67, 53008 Bonn
Tel. +49 (0)228 99 550-0
Fax +49 (0)228 99 550-1620
www.bbk.bund.de

Verantwortlich für den Inhalt
Friedrich Gabel
Eberhard Karls Universität Tübingen
Geschwister-Scholl-Platz
72074 Tübingen
EKAMED@uni-tuebingen.de

Layout und Satz
A Vitamin Kreativagentur GmbH,
12203 Berlin

Druck
Druck- und Verlagshaus Zarbock GmbH & Co. KG
60386 Frankfurt am Main

Bildnachweis
Titelbild: freepik

© 2023 Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe
ISBN: 978-3-949117-17-6

Der vorliegende Band stellt die Meinung der Autorinnen und Autoren dar und gibt nicht grundsätzlich die Meinung des Herausgebers der Reihe wieder.

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist nur in den Grenzen des geltenden Urheberrechtsgesetzes erlaubt. Zitate sind bei vollständigem Quellenverweis jedoch ausdrücklich erwünscht. Dieses Werk darf ausschließlich kostenlos abgegeben werden. Weitere Exemplare dieses Buches oder anderer Publikationen des Bundesamtes für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe können Sie gerne beim Herausgeber der Reihe kostenfrei anfordern.

Inhalt

Tabellenverzeichnis **5**

Abbildungsverzeichnis **7**

Abkürzungsverzeichnis **11**

Geleitwort **15**

1. Hinführung und Geltungsbereich **19**

2. Ethik als Perspektive im Einsatz **27**

3. Ethische Prinzipien für den Sanitäts- und den Betreuungsdienst **39**

3.1 Die vier ethischen Prinzipien nach Beauchamp/Childress 42

3.2 Das Prinzip der humanitären Hilfe: Menschlichkeit 48

4. Ethisch reflektierte Entscheidungen treffen **51**

5. Reflexionshilfen für spezifische moralische Herausforderungen **59**

5.1 Abwägen von Hilfeleistung und Eigenschutz 62
5.1.1 Androhung physischer oder psychischer Gewalt 65
5.1.2 Zwang von Einsatzkräften zu menschenrechtswidrigem Verhalten 66

5.2 Abwägen von Hilfeleistung und Gefährdung 68
5.2.1 Einsatz von Zwang 71

5.3 Abwägen von „Individual- und Gesellschaftsinteressen“ 73

5.4 Verteilen begrenzter Ressourcen 77
5.4.1 Sichtung und Priorisierung im Sanitätsdienst 87
5.4.2 Sichtung und Priorisierung in der psychosozialen Begleitung 91
5.4.3 Verteilung begrenzter Ressourcen zwischen Mensch und Tier 94

6. Weitere Themen einer Ethik im Bevölkerungsschutz 99

6.1 Informiertes Einverständnis, mutmaßlicher Patientenwille und Einwilligungsfähigkeit 101

6.2 Berücksichtigung besonders vulnerabler Personen 105

6.3 Individual- und Katastrophenmedizin 108

6.4 Neutralität und die Genfer Konventionen 111

6.5 Moral distress und moralische Verletzungen 114

6.6 Umgang mit Fehlern von Einsatzkräften 117

6.7 Mitverschulden und Fehlverhalten von Betroffenen 120

6.8 Sterben, Tod und Leichnam 123

Literaturverzeichnis 127

Anhang 137
Dokumentationsbogen Ethische Entscheidungsfindung 138
Taschenkarte „Ethisch reflektierte Entscheidungsfindung“ 143
Taschenkarte „Reflexionshilfen für moralische Probleme“ 145
Bisherige Publikationen 147

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Glossar (in Anlehnung an Knoepffler 2010: 19 und Knochel et al. 2020) 37

Tabelle 2 Sieben Schritte der ethischen Entscheidungsfindung (eigene Darstellung) 56

Tabelle 3 Aspekte zur Abwägung von Eigengefährdung und Hilfsleistung (eigene Darstellung) 63

Tabelle 4 Aspekte zur Abwägung von Hilfsleistung und Gefährdung (eigene Darstellung) 69

Tabelle 5 Aspekte zur Abwägung von Individual- und Gesellschaftsinteressen (eigene Darstellung) 74

Tabelle 6 BLAU-Schema zum Umgang mit Verteilungsfragen (eigene Darstellung) 78

Tabelle 7 Vier Priorisierungskriterien (nach Emanuel et al. 2020: 2052) 85

Tabelle 8 4 A's zum Umgang mit moral distress (übersetzt aus Epstein und Delgado 2010) 115

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Sammelpunkt (Quelle: flickr, Walljet)	20
Abbildung 2	Perspektive auf Einsatzhandeln (Quellen: flickr, Andreas Trojak; PNG-Wing)	28
Abbildung 3	Unterschiede und Schnittmengen zwischen sozio-technischen Perspektiven und ethischer Perspektive (eigene Darstellung: Friederike Manegold)	33
Abbildung 4	Unterschiede und Schnittmengen zwischen psychosozialer Perspektive und ethischer Perspektive (eigene Darstellung: Friederike Manegold)	35
Abbildung 5	Unterschiede und Schnittmengen zwischen rechtlicher Perspektive und ethischer Perspektive (eigene Darstellung: Friederike Manegold)	36
Abbildung 6	Ethische Prinzipien als Teil der Entscheidungsfindung (Quelle: freepik)	40
Abbildung 7	Ethische Entscheidungsfindung als Prozess (Quelle: freepik)	52
Abbildung 8	Kreislauf ethischer Entscheidungsfindung in Anlehnung an die FWDV100 (eigene Darstellung: Friederike Manegold)	54
Abbildung 9	Reflexionskritieren als Orientierungshilfe in schwierigen Situationen (Quelle: freepik)	60
Abbildung 10	CBRN-Gefahrenabwehr (Quelle: flickr, Kai Schwerdt)	64

Abbildung 11 Gefährliche Bergrettung (Quelle: pexels, Roman Apaza) 68

Abbildung 12 Bibliothek aufgrund von Corona geschlossen (Quelle: flickr, herr.g) 75

Abbildung 13 Verteilung von Wasser (Quelle: pixabay, Michael Schwarzenberger) 83

Abbildung 14 Sichtung und Priorisierung (eigene Darstellung: Friedrich Gabel) 90

Abbildung 15 Aktenschrank mit wichtigen Dokumenten (Quelle: freepik) 100

Abbildung 16 Patientenwille bei nicht ansprechbaren Personen (Quelle: freepik, wavebreakmedia_micro) 102

Abbildung 17 Aushandlung besonderer Schutzbedürftigkeit (Quelle: freepik) 106

Abbildung 18 Notkrankenhaus (Quelle: pexels, CDC) 109

Abbildung 19 Weiße Flagge (Quelle: freepik) 112

Abbildung 20 Person zweifelt am Einsatzhandeln (Quelle: freepik) 116

Abbildung 21 Fehler bei einer Patientenversorgung (Quelle: freepik) 118

Abbildung 22 Betreten wegen Lebensgefahr verboten (Quelle: flickr, Tony Webster) 120

Abbildung 23 Unfallfahrzeug (Quelle: freepik, ASphotofamily) 123

Abkürzungsverzeichnis

ASB	Arbeiter-Samariter-Bund e.V.
ABCDE Schema	Strategie zur Untersuchung kritisch Kranker oder Verletzter
BABZ	Bundesakademie für Bevölkerungsschutz und Zivile Verteidigung
BBK	Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BLAU-Schema	Schema zur Verteilung knapper Ressourcen
BMI	Bundesministeriums des Inneren und für Heimat
BOS	Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben
bspw. / z. B.	beispielsweise / zum Beispiel
bzw.	beziehungsweise
d. h.	das heißt
DIFKM	Deutsches Institut für Katastrophenmedizin
DLRG	Deutsche Lebens-Rettungs-Gesellschaft e.V.
DRK	Deutsches Rotes Kreuz e.V.
EKAMED	Ethik in der Katastrophenmedizin (Leitfadenprojekt)
etc.	et cetera (und so weiter)
FwDV 100	Feuerwehrdienstvorschrift 100
ggf.	gegebenenfalls
IEGM	Institut für Ethik und Geschichte der Medizin
IZEW	Internationalen Zentrum für Ethik in den Wissenschaften

JUH	Johanniter-Unfall-Hilfe e.V.
MANV	Massenanfall von Verletzten
MHD	Malteser-Hilfsdienst e.V.
o.g.	oben genannte
PSNV	Psychosoziale Notfallversorgung
PSNV-B	Psychosoziale Notfallversorgung von Betroffenen
PSNV-E	Psychosoziale Notfallversorgung von Einsatzkräften
PSU	Psychosoziale Unterstützung
START	Sichtungsalgorithmus (auch Save, mStart, jumpStart)
StGB	Strafgesetzbuch
THW	Technisches Hilfswerk
TierSchG	Tierschutzgesetz
u.a.	unter anderem
u.U.	unter Umständen

Geleitwort

Die Covid-19 Pandemie, das Hochwasser im Ahrtal, der Krieg in der Ukraine sowie die zunehmende Sichtbarkeit und Dramatik der Klimakrise haben in den letzten Jahren eindrücklich gezeigt, wie schnell Katastrophen oder kriegerische Auseinandersetzungen auch deutsche Einsatzkräfte betreffen können und wie die Gleichzeitigkeit von Krisen sicher geglaubte Krisenbewältigungsstrukturen zunehmend in Frage stellt. Damit Einsatzkräfte jetzt und in Zukunft mit diesen Lagen und den mit ihnen einhergehenden Herausforderungen angemessen umgehen können, ist eine optimale und ganzheitliche Ausbildung, Vorbereitung und Ausstattung dieser von zentraler Bedeutung. Dies umfasst etwa die Schulung und Beübung fachdienstspezifischer Handlungsweisen und Algorithmen sowie die Bereitstellung moderner Ausrüstung und für den Einsatz angepasster Nachschlagewerke oder Taschenkarten.

Gerade die gegenwärtigen Lagen machen jedoch deutlich, dass in der Einsatzbewältigung immer auch Wertvorstellungen und -überzeugungen vertreten oder auch verhandelt werden. Diskussionen über die Priorisierung von hilfebedürftigen Personen, die Verteilung von Impfstoffen, die akute Rettung von Flutopfern oder die Verteilung knapper Ressourcen zeigen dies eindrücklich. Wenngleich in diesen Situationen eine umfassende fachdienstlichen Ausbildung und Ausrüstung von zentraler Bedeutung ist, sind es auch schwerwiegende wertebezogene Abwägungsentscheidungen, die Einsatzkräfte herausfordern. Nicht immer ist klar, wie das gemeinsame Ziel einer Verhinderung und Linderung von Leiden am besten zu erreichen ist. So stehen Einsatzkräfte stehen etwa vor der Frage, was es bedeutet, Ressourcen gerecht unter den Betroffenen zu verteilen.

Eine Ausbildung von Einsatzkräften im Umgang mit derartigen moralischen Herausforderungen steht bisher noch weitgehend aus, ebenso wie eine passende Ausrüstung mit entsprechenden Nachschlagewerken oder

Taschenkarten. Der vorliegende Leitfaden leistet einen ersten Schritt, um dieser Situation zu begegnen und insbesondere Führungskräften des Sanitäts- und Betreuungsdienstes bei der ethischen Entscheidungsfindung zu unterstützen. Im Sinne des Titelbildes geht es dabei nicht darum, Einsatzkräften zu sagen, was gut und richtig ist, sondern darum, ihnen einen Plan an die Hand zu geben, der dabei hilft, Handlungsoptionen zu erkennen, sie lagebezogen zu bewerten und begründete Entscheidungen zu treffen. Da Wertvorstellungen in jedem Einsatzhandeln vorhanden sind, aktuell jedoch selten explizit gemacht werden, soll der Leitfaden dabei helfen, diese Wertvorstellungen in ihrem Handeln bewusst zu machen und sich im Sinne des Titelbildes, Schritt für Schritt an eine explizite ethische Entscheidungsfindung „heranzutasten".

Der Leitfaden ist Teil der 2016 überarbeiteten Konzeption Zivile Verteidigung des Bundesministeriums des Inneren und für Heimat (BMI). Er wurde im Rahmen des vom Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) geförderten Forschungsprojektes „Ethik in der Katastrophenmedizin" (EKAMED) vom Internationalen Zentrum für Ethik in den Wissenschaften (IZEW) und dem Institut für Ethik und Geschichte der Medizin der Universität Tübingen (IEGM) entwickelt. Dies geschah in enger Zusammenarbeit mit dem Deutschen Institut für Katastrophenmedizin (DIFKM) und in Austausch mit dem Deutschen Roten Kreuz e.V. (DRK), Malteser-Hilfsdienst e.V. (MHD), Johanniter-Unfall-Hilfe e.V. (JUH), Arbeiter-Samariter-Bund e.V. (ASB) und der Deutschen Lebens-Rettungs-Gesellschaft e.V. (DLRG). Insgesamt haben über 100 Einsatzkräfte aus Hilfsorganisationen, Krankenhäusern, Feuerwehren, der Fachcommunity des Bevölkerungsschutzes sowie Medizinstudierende an der Erstellung und Weiterentwicklung des Leitfadens mitgewirkt. Für das reichhaltige Feedback und die anregenden Diskussionen gilt ihnen unser Dank.

Der Leitfaden ist einer von insgesamt vier Bausteinen. Neben ihm gibt es noch ein Ausbildungskonzept, eine Implementierungsstrategie und ein Kommunikationskonzept. Das Ausbildungskonzept dient dazu, den Leitfaden in einer Schulung innerhalb der Hilfsorganisationen zu beüben. Der Aufbau von Leitfaden und Ausbildungskonzept sind stark aufeinander abgestimmt. Die Implementierungsstrategie schlägt vor, wie der Leitfaden

über das Ausbildungskonzept in Hilfsorganisationen und in der Lehre der Bundesakademie für Bevölkerungsschutz und Zivile Verteidigung (BABZ) verankert werden kann. Die Kommunikationsstrategie zeigt auf, wie das BBK den Leitfaden und das Ausbildungskonzept mittels Implementierungsstrategie zur BABZ und in die Hilfsorganisationen hinein kommunizieren kann. Auf das Ausbildungskonzept, die Implementierungsstrategie und das Kommunikationskonzept wird in diesem Leitfaden nicht näher eingegangen.

Das EKAMED Team

Hinführung und Geltungsbereich

1

Katastrophen- und Zivilschutz sind jene Teile des Sicherheitshandelns in Deutschland, welche sich mit der Prävention, Vorsorge, Bewältigung und Erholung von Extremsituationen regionaler, bundesland- oder gar bundesweiter Ausdehnung beschäftigen. Beide sind Teile des Bevölkerungsschutzes. Hier stehen die Einsatzkräfte vor besonderen Herausforderungen, welche sich zum einen nur in begrenztem Maße beüben lassen und für die es zum anderen kaum allgemeingültige Lösungen gibt. Für diese Situation wurde ein Leitfaden entwickelt, um Einsatzkräfte in ihren vielfältigen Herausforderungen zu unterstützen.

Abbildung 1: Sammelpunkt (Quelle: flickr, Walljet)

Dies gilt auch für moralische Herausforderungen im Einsatz (s. Kapitel II). Auch in Bevölkerungsschutzlagen (also des friedensmäßigen Katastrophenschutzes sowie des Schutzes der Zivilbevölkerung im Kriegsfall) werden Prinzipien und Strategien für ein ethisch reflektiertes Handeln benötigt. Der gute Wille von Einsatzkräften, Hilfe leisten zu wollen, ist ein geeigneter Anknüpfungspunkt. Er allein ist aber nicht hinreichend, um ethisch reflektiertes Handeln im Bevölkerungsschutz sicherzustellen (Civaner et al. 2017).

Bisher gibt es in der Ausbildung von Einsatzkräften kein bzw. nur unzureichendes Training für den Umgang mit moralischen Herausforderungen. Das Treffen ethisch reflektierter Entscheidungen wird meist über „learning by doing“ praktiziert und erprobt. Dabei folgt es häufig keiner einheitlichen oder explizierten Herangehensweise und ist somit intransparent, schwer erlernbar und schwer kommunizierbar. Die im Rahmen dieses Leitfadens vorgestellten Themen und Hilfsmittel sollen bereits jetzt stattfindende ethische Reflexionen explizit machen und einen strukturierten Prozess zur ethischen Entscheidungsfindung vorstellen.

Standardisierte Vorgehensweisen bieten Orientierung im Einsatz – sie dienen einer einheitlichen und zügigen Entscheidungsfindung und Abwicklung. Beispiele hierfür sind das ABCDE-Schema oder Regeln der (Vor-) Sichtung und Priorisierung.

In standardisierte Vorgehensweisen sind bereits Wertvorstellungen eingeschrieben. Z. B. die Wertvorstellung, in einem Massenanfall von Verletzten (MANV) so viele Menschen wie möglich zu retten oder mittels (Vor-)Sichtungskategorien diejenigen zu identifizieren, die am dringendsten Hilfe benötigen. Die zugrundeliegenden Wertvorstellungen bleiben meist im Verborgenen. In extremen Situationen kann es zu Entscheidungen kommen, in denen das Explizieren von Wertvorstellungen jedoch hilfreich für eine Entscheidungsfindung und für eine gute (oder zumindest weniger schlechte) Entscheidung sein kann.

Der vorliegende Leitfaden für eine ethisch reflektierte Entscheidungsfindung leistet einen Beitrag zu wertorientierten Entscheidungen im Bevölkerungsschutz. Sinn, Ziel und Zweck des Leitfadens ist es, für ethische Dimen-

sionen des eigenen Handelns zu sensibilisieren sowie Orientierung durch wertorientierte Reflexionshilfen zu geben.

Für wen ist der Leitfaden?

Der Leitfaden wurde für den Sanitäts- und Betreuungsdienst konzipiert. Selbstverständlich lassen sich die Inhalte des Leitfadens auch für das Handeln im Rettungsdienst, der Einsatzkräfte anderer Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben (BOS) wie der Feuerwehr, der Polizei oder des Technischen Hilfswerks (THW) nutzbar machen. Dieser Leitfaden soll explizit Anlass und Ausgangspunkt für eine Auseinandersetzung mit Ethik auch innerhalb dieser Organisationen sein.

Der Leitfaden wurde für Einsatzkräfte des Sanitäts- und Betreuungsdiensts jedweder Hierarchieebene erstellt. Er ist bewusst nicht nur an Führungskräfte adressiert. Führungskräfte sind diejenigen, die Entscheidungen treffen müssen. Nichtsdestotrotz sollte möglichst jede Einsatzkraft mit dem Thema „ethische Entscheidungsfindung“ vertraut sein. Ethik ist nicht etwas, was nur eine bestimmte Personengruppe betrifft, angeht oder gar von ihr festgesetzt werden kann. Es ist wichtig, dass auch Einsatzkräfte ohne Führungsverantwortung mit Ethik in Berührung kommen: Zum einen, weil sie so getroffene Entscheidungen besser nachvollziehen, besser verarbeiten und hoffentlich leichter umsetzen können. Zum anderen können Einsatzkräfte, bspw. als Ersteintreffende, vor schwerwiegenden Entscheidungen stehen. Entsprechend sollten alle Einsatzkräfte dazu befähigt werden, Ethik zu praktizieren.

Was wird im Folgenden unter „Leitfaden“ verstanden?

Der Begriff „Leitfaden“ erweckt unterschiedliche Assoziationen. Wie sich in den Vorversionen zeigte, verstehen viele Einsatzkräfte unter einem Leitfaden eine Art Check-Liste oder Algorithmen, die im Einsatz befolgt und abgearbeitet werden können. Diesem Leitfaden liegt jedoch ein anderes Verständnis zugrunde. Er gibt keine einfachen Antworten auf die Fragen: „Was soll ich wann tun?“ oder „Ist das erlaubt?“. Er gibt hingegen Antworten auf die Frage „Wie komme ich zu einer ethisch reflektierten Entscheidung?“. Dies befähigt Einsatzkräfte, kontextbezogen selbst zu entscheiden, was ge-

tan werden soll. Der Leitfaden dient also als Orientierungsinstrument und Werkzeug. Er zeigt, wie Einsatzkräfte zu ethisch reflektierten Entscheidungen kommen und welche Werte solche Entscheidungen prägen können.

Rechtliche Rahmenbedingungen sind nicht Teil des Leitfadens. Wenngleich sie eine ethische Reflexion beeinflussen, stellen sich in rechtlicher Hinsicht eigene Fragen, die einer eigenen Expertise bedürfen. Auch wenn die Frage, ob etwas rechtlich erlaubt oder verboten ist, für Einsatzkräfte von hoher Bedeutung ist, ist die rechtliche Lage nicht der Fokus dieses Leitfadens.

Wann wird der Leitfaden genutzt?

Ausgangspunkt für die Erstellung des Leitfadens ist die in der Konzeption Zivile Verteidigung formulierte Forderung nach einer Unterstützung von Einsatzkräften im Umgang mit moralischen Herausforderungen. Daher liegt sein Fokus auf dem Zivilschutzfall. Um jedoch in extremen Lagen adäquat und geübt reagieren zu können, ist es dringend notwendig, den Leitfaden bereits in kleineren Lagen anzuwenden. So können Einsatzkräfte vor Eintreten potenziell überfordernder Ereignisse Fähigkeiten zur ethischen Reflexion und Entscheidung aufbauen und sich mit ethischer Entscheidungsfindung vertraut machen. Das dient letztlich nicht nur der Entscheidungsfindung im Zivilschutzfall, sondern jedweder Entscheidung in jedwedem Einsatz.

Wie wird der Leitfaden genutzt?

An der Länge des Leitfadens wird bereits erkennbar, dass er nicht dazu gedacht ist, im Einsatz gezückt und in Akutsituationen durch- oder abgearbeitet zu werden. Der Leitfaden sollte vor Einsätzen gelesen und insbesondere beübt werden. Er kann auch nach Einsätzen dazu dienen, schwierige Entscheidungen nochmals nachzubearbeiten und sich auf ähnliche Situationen in der Zukunft vorzubereiten. Die daraus ausgekoppelten Schaubilder und Schemata, die in der Taschenkarte zu finden sind, können kurz vor oder im Einsatz als Gedankenstütze für bereits im Vorfeld Verinnerlichtes dienen.

Wie ist der Leitfaden aufgebaut?

Der vorliegende Leitfaden ist in sechs Kapitel gegliedert. Kapitel I ist die Hinführung. Hierin wird erläutert, wie der Leitfaden zustande kam, für wen er primär gedacht ist, was hier unter Leitfaden verstanden wird, wann und wie er angewandt werden kann und wie er sich als ein Baustein von vieren in das Gesamtkonzept eingliedert. Die Hinführung endet mit der Definition des Geltungsbereichs.

Kapitel II erläutert die Perspektive Ethik. Während des Projekts und der Zusammenarbeit mit Einsatzkräften hat sich immer wieder gezeigt, dass die Perspektive Ethik erklärungsbedürftig ist. Oft vermischt sie sich mit einer rechtlichen Perspektive „Ist das rechtlich erlaubt?“ oder mit einer psychosozialen Perspektive „Wie gehe ich mit dem Geschehenen um?“. Um als Einsatzkraft die verschiedenen Perspektiven auseinander halten zu können, wurde ein Kapitel zur Perspektivenunterscheidung vorangestellt.

Kapitel III stellt ethische Prinzipien vor, die bei der ethischen Reflexion hilfreich sind: Respekt vor der Autonomie, Nicht-Schaden, Fürsorge, Gerechtigkeit und Menschlichkeit. Diese Prinzipien geben Orientierung für die Fragen: „Was soll ich tun?“ und „Wie soll ich etwas tun?“.

Kapitel IV bildet das Herzstück des Leitfadens, es befasst sich mit ethischer Entscheidungsfindung. In diesem Kapitel wird aufgezeigt, wie Einsatzkräfte zu einer ethischen Entscheidung gelangen können. Dazu wurde ein prinzipienorientierter Ansatz gewählt. Prinzipienorientiert bedeutet, dass Entscheidungen anhand von ethischen Prinzipien oder Werten getroffen werden. Dabei werden Handlungsmöglichkeiten danach bemessen, wie gut diese die o. g. ethischen Prinzipien umsetzen. Das Vorgehen der ethischen Entscheidungsfindung umfasst sieben Schritte. Wer das hier vorgestellte Vorgehen gut verinnerlicht und multiperspektivisch beübt hat, kann es dann auf jegliche Situationen anwenden.

Kapitel V und VI widmen sich Themen, die (nicht nur, aber auch) in Katastrophen- oder Zivilschutzlagen ethisch bedeutsam sein können. Kapitel V liefert Reflexionshilfen für den Umgang mit spezifischen moralischen

Herausforderungen. Kapitel VI stellt dabei weitere Themen einer Ethik im Bevölkerungsschutz vor. Beide Kapitel sprechen keine Empfehlungen aus, sondern wollen eine Grundlage schaffen, damit Einsatzkräfte einsatzbezogen selbst zu ethisch reflektierten Entscheidungen gelangen können. Die Auswahl der Themen orientiert sich an Diskursen der Medizinethik, der internationalen Literatur zu moralischen Herausforderungen im Einsatz und Themen, die seitens der in die Erstellung eingebundenen Einsatzkräfte angesprochen wurden. Wichtig zu betonen ist, dass diese Themen nicht nur oder nicht erst in großen Lagen relevant werden. Ganz im Gegenteil: Sie sind es in jedem Einsatz. In Katastrophen oder im Zivilschutz treten sie jedoch in zugespitzter Weise auf. Umso wichtiger ist es, sie bereits in kleineren Lagen wahrzunehmen und den Umgang mit ihnen zu beüben.

Dem Leitfaden ist eine Taschenkarte mit den wichtigsten Schaubildern und Schemata angehängt. Diese dienen lediglich als Erinnerung an das, was bereits vorbereitend erlernt, beübt und verinnerlicht wurde. Ebenfalls hängt ein Dokumentationsbogen für ethische Entscheidungen an. Hier können Entscheidungsfindungsprozesse festgehalten werden. Das kann zur Absicherung (bspw. gegen Vorwürfe der Willkür, als Rechtfertigung gegenüber Vorgesetzten oder im Falle einer Klage), aber auch zur Nachbesprechung kritischer Entscheidungen hilfreich sein.

Geltungsbereich

Der Leitfaden richtet sich an alle Einsatzkräfte des Sanitäts- und Betreuungsdiensts, jedweder Hierarchieebene. Da es bei Ethik um Beurteilen und Entscheiden geht und jede Einsatzkraft in eine Lage geraten kann, in der sie Entscheidungen treffen muss, sollten alle Einsatzkräfte den Leitfaden lesen bzw. in Ethik geschult werden. Der Leitfaden unterstützt das Nachvollziehen wertorientierter Entscheidungen. Der Leitfaden eignet sich für alle Lagen. Moralische Herausforderungen sind zumeist nicht lagespezifisch, können aber von Lage zu Lage in ihrer Drastik variieren. Der Leitfaden hat keine bindende Kraft. Er versteht sich nicht als Rechtsleitfaden, sondern als Hilfestellung bei der ethischen Entscheidungsfindung. Der Leitfaden ändert nichts an der Entscheidungsverantwortung der entscheidenden Person. Er berechtigt weder dazu, „moralische Führung“ zu übernehmen, noch spricht er Führungskräften ihre Führungsverantwortung bezüglich moralischer Entscheidungen ab.

Ethik als Perspektive im Einsatz

2

Ziel des folgenden Kapitels ist es, die Bedeutung von Ethik im sanitäts- und betreuungsdienstlichen Handeln vorzustellen. Ethik beschäftigt sich mit der Legitimität von Handlungen und der Sammlung und Abwägung von wertbezogenen Argumenten für und gegen diese Handlungsoptionen. Ethik ist das Herzstück dieses Leitfadens. Im Folgenden wird dargestellt, was es bedeutet, aus einer ethischen Perspektive auf Einsatzgeschehen zu schauen, welche Probleme dabei in den Blick geraten und wie mit diesen umgegangen werden kann. Auch wird dargestellt, wie sich die Perspektive Ethik von anderen Perspektiven auf das Einsatzhandeln unterscheidet und

Abbildung 2: Perspektive auf Einsatzhandeln (Quellen: flickr, Andreas Trojak; PNG-Wing)

welche Schnittmengen Ethik mit anderen Perspektiven hat. Damit verbunden werden für den Leitfaden zentrale Begriffe und Konzepte vorgestellt.

Was sind Moral und Ethik und wie unterscheiden sie sich?

Ethik und Moral beschäftigen sich mit der Frage „Was soll ich tun?". Sie werden im alltäglichen Sprachgebrauch oft synonym verwendet. In den Wissenschaften wird jedoch häufig zwischen Ethik und Moral unterschieden.

Zumeist werden unter Moral „moralische Überzeugungen, Regeln, Normen, Wertmaßstäbe und Haltungen" (Wiesing 2012: 23) verstanden. Nicht nur Personen, sondern auch Gruppen, Organisationen oder ganze Gesellschaften haben moralische Überzeugungen.

Unter Ethik hingegen wird die strukturierte Reflexion von Moral verstanden. Sie versucht „zu begründen, warum etwas als moralisch richtig oder falsch zu gelten hat" (ebd.: 23).

Was sind moralische Herausforderungen, moralische Dilemmata und moralischer Stress?

Moralische Überzeugungen geben uns Orientierung, wie wir gut handeln können. Was „gut" ist, unterscheidet sich mitunter je nach moralischer Überzeugung. Situationen, in denen wir trotz unserer moralischen Überzeugungen nicht wissen, was eine gute Handlung ist, stellen uns vor moralische Herausforderungen.

Moralische Herausforderungen sind Unklarheiten darüber, wie im Sinne der eigenen individuellen oder Organisationswerte zu handeln ist. Dies kann der Fall sein, weil vorhandene moralische Wertvorstellungen oder Pflichten miteinander im Konflikt stehen. Ein Wertkonflikt bestünde bspw. zwischen Hilfeleistung und Eigenschutz, wenn eine Hilfeleistung mit Eigengefährdung für die Einsatzkraft einhergeht. Konfligierende Pflichten könnten sich etwa aus der Rollenverantwortung als Einsatzkraft und als privater Person mit bspw. familiärer Verantwortung ergeben. Dies kann auch der Fall sein, wenn eine Situation neue Herausforderungen aufwirft,

für die moralische Orientierung fehlt. Moralische Herausforderungen nehmen wir vor allem dann wahr, wenn sie uns in ein Dilemma stürzen.

Ein moralisches Dilemma ist eine Situation, in der zwei Entscheidungsoptionen möglich sind, aber beide gleich schlecht sind. Beide Entscheidungen gehen mit einem Schaden einher. In ethischen Dilemmata kann es sein, dass ein moralisches Prinzip nur auf Kosten eines anderen moralischen Prinzips umgesetzt werden kann. Die emotionale Belastung für Einsatzkräfte kann dadurch sehr hoch sein. Ist eine von beiden Entscheidungsoptionen besser, ist es kein klassisches Dilemma mehr.

Die Konfrontation mit moralischen Herausforderungen und ihre Bewältigung kann moralischen Stress erzeugen. Wie andere Arten von Stress auch, ist er eine psychische Reaktion auf eine Situation der Anspannung. Er lässt sich unterscheiden in einen initialen Stress als Reaktion auf die direkte Situation und einen reaktiven moralischen Stress, welcher aus dem Erleben eines unzufriedenstellenden Handelns folgt (s. Kapitel VI.5).

Was ist ethische Reflexion und was sind wertbezogene Argumente?

Die ethische Reflexion ist eine Methode, mit moralischen Herausforderungen umzugehen. Ziel der ethischen Reflexion ist es, die Rechtfertigungskraft von Argumenten und die Legitimität von Handlungsmöglichkeiten zu untersuchen. Daraus können ethisch reflektierte und begründete Empfehlungen entstehen, wie gehandelt werden soll.

Im Sinne konkreter Vorgehensweisen unterscheidet die wissenschaftliche Disziplin Ethik bei der Auseinandersetzung mit moralischen Herausforderungen zwischen deskriptiver Ethik und normativer Ethik. Deskriptive Ethik beschreibt bestehende moralische Überzeugungen. Normative Ethik begründet moralische Urteile und Einstellungen. Sie entwickelt auch „Kriterien der moralischen Beurteilung“ und strebt „eine systematische Kritik und Begründung moralischer Positionen an“ (Wiesing 2012: 25). Die Kombination beider ermöglicht eine strukturierte Analyse und Diskussion moralischer Wertvorstellungen. Hierbei kommt der Auseinandersetzung mit verschiedenen Standpunkten und Argumenten eine zentrale Rolle zu.

Die Einbindung verschiedener Perspektiven und Expertisen in den ethischen Reflexionsprozess ist daher notwendig.

Im Zentrum der ethischen Reflexion steht die Formulierung wertbezogener Argumente zur Frage, „warum etwas als moralisch richtig oder falsch zu gelten hat“ (ebd.: 23). Wertbezogene Argumente sind begründende Aussagen darüber, warum eine bestimmte Handlung wünschenswert ist.

Bei der Formulierung wertbezogener Argumente erhebt Ethik einen Geltungsanspruch über die eigenen Moralvorstellungen hinaus: Das bedeutet, Argumente zu finden, die auch andere Menschen akzeptieren könnten. Die Suche nach verschiedenen Argumenten ist wichtiger Teil, wichtiges Ziel von Ethik. Als Ergebnis gibt es oftmals mehrere gleich stark begründbare Handlungsweisen. Diese können sich u. U. auch widersprechen.

Beispiel für konkurrierende Argumentationen

In seiner Arbeit über „Die Idee der Gerechtigkeit“ beschreibt der Philosoph Amarthya Sen, dass sich selbst bei einem Konzept wie Gerechtigkeit ganz verschiedene Argumente formulieren lassen, was „gerechtes Handeln“ bedeutet (Sen 2013: 39–41). Er beschreibt dafür eine Situation, in der eine Flöte unter drei Kindern (Clara, Anne, Bob) verteilt werden soll: Clara hat die Flöte hergestellt. Es wäre gerecht, ihr die Flöte zu geben, weil sie als Einzige Leistung investiert hat. Anne kann die Flöte spielen. Ihr die Flöte zu geben, wäre gerecht, weil sie sie als Einzige nutzen kann. Bob hat kein anderes Spielzeug. Dass er die Flöte bekommt, ist gerecht, weil er den höchsten Bedarf hat. Alle drei Handlungsweisen lassen sich mit wertbezogenen Argumenten stützen.

Ethische Reflexionen können durchgehend, d. h. vor, während und nach Entscheidungen angestellt werden. Zugleich ist es ratsam, mögliche moralische Herausforderungen bereits vor dem Auftreten ethisch zu reflektieren. So können Handlungsmöglichkeiten oder gar Empfehlungen in Ruhe diskutiert und formuliert werden.

Was bedeutet es, aus einer ethischen Perspektive auf Einsatzhandeln zu schauen?

Die Einsatzbewältigung geht mit einer Vielzahl an Herausforderungen einher. Diese Herausforderungen sind unterschiedlicher Natur und werden je nach eingenommener Perspektive sichtbar. Neben sozio-technischen Perspektiven, die in den Blick nehmen, welche Maßnahme geeignet ist, um ein bestimmtes Ziel zu erreichen und der rechtlichen Perspektive, die die Legalität von Handlungen betrachtet, lässt sich Einsatzhandeln auch aus ethischer Perspektive anschauen.

Eine ethische Perspektive betrachtet moralische Überzeugungen, die das Handeln im Einsatz prägen. Zudem sucht sie nach moralischen Herausforderungen, denen Einsatzkräfte etwa im Sanitäts- und Betreuungsdienst gegenüberstehen. Solche moralischen Herausforderungen können zum Beispiel sein: „Wie sollten begrenzte Ressourcen wie medizinische Hilfeleistung oder auch Trinkwasser unter Betroffenen verteilt werden?“ oder „Welche Eigengefährdung von Einsatzkräften lässt sich bei einer Hilfeleistung rechtfertigen?“. Wenngleich es für viele Situationen bereits unterschiedlich explizite, erlernte und formalisierte Empfehlungen gibt, kann in Einsätzen unklar werden, welche Kriterien und Wertvorstellungen beim eigenen Handeln Vorrang haben sollten. Die ethische Perspektive verweist auf ethische Methoden zum Umgang mit moralischen Herausforderungen.

Wie verhält sich die ethische Perspektive zu anderen Perspektiven?

Die ethische Perspektive beeinflusst und ist beeinflusst von anderen Perspektiven. Dazu zählen sozio-technische Perspektiven (wie etwa die psychosoziale oder die medizinische Perspektive) und die rechtliche Perspektive.

Sozio-technische Perspektiven beschreiben, welche Maßnahmen geeignet sind, um einen bestimmten Zweck zu erreichen. Z. B. welches Schmerzmedikament für die vorliegende Art von Schmerzen geeignet ist. Ein Beispiel für den Betreuungsdienst wäre die Frage, welche Unterbringung für eine bestimmte Gruppe unverletzt Betroffener geeignet ist.

Im Gegensatz zur ethischen Perspektive geht es in der sozio-technischen Perspektive um die Passung von einsatztaktischer Maßnahme und angestrebtem Zweck. Dabei beruft man sich auf die nachweisbare Wirksamkeit der Maßnahme. Sozio-technische Herausforderungen ergeben sich etwa, wenn unklar ist, welche Maßnahme einen Zweck besser erfüllt als eine andere.

Die sozio-technische und die ethische Perspektive weisen auch Überschneidungen auf. Zum einen enthalten auch Einsatzziele Wertvorstellungen. Zum anderen geht die Auswahl von Maßnahmen mit ethischen Reflexionen einher. Bezogen auf die o. g. Beispiele: Wenn ein Zelt ab einer bestimmten Windstärke nicht mehr aufgebaut werden soll oder ein Medikament ab einem bestimmten Blutdruck nicht mehr verabreicht werden darf, verweist das auf den zugrundeliegenden Wert „Nicht-Schaden".

Abbildung 3: Unterschiede und Schnittmengen zwischen sozio-technischen Perspektiven und ethischer Perspektive (eigene Darstellung: Friederike Manegold)

Die psychosoziale Perspektive[1] ist in gewisser Weise eine sozio-technische Perspektive, ähnlich wie die medizinische Perspektive. Die psychosoziale Perspektive betrachtet die mentale Verfassung. Sie fällt in den Zuständig-

1 Die psychosoziale Perspektive wird hier gesondert aufgeführt, weil sich im Gespräch mit Einsatzkräften zeigte, dass es zwischen psychosozialer Perspektive und ethischer Perspektive vermehrt zu Verwechslungen kommt.

keitsbereich der Kräfte der psychosozialen Notfallversorgung (PSNV) oder der psychosozialen Unterstützung (PSU). Dabei umfasst sie die „Gesamtstruktur und die Maßnahmen der Prävention sowie der kurz-, mittel- und langfristigen Versorgung im Kontext von belastenden Notfällen bzw. Einsatzsituationen“ (BBK 2012: 20). PSNV-E meint die individuelle Vorbereitung auf oder Nachsorge von belastenden Ereignissen bei Einsatzkräften, PSNV-B die Betreuung betroffener Personen im Einsatz.

Im Gegensatz zur ethischen Perspektive hat PSNV/PSU die mentale Gesundheit (Einzelner) im Blick. Die ethische Perspektive fokussiert auf reflektierte (wertorientierte) Entscheidungen, die auch über die eigene Position hinaus nachvollziehbar sind. Psychosoziale Herausforderungen sind Überforderungen durch belastende Ereignisse, bei denen unklar ist, wie man mit ihnen umgehen kann.

Psychosoziale Herausforderungen und moralische Herausforderungen haben aber auch Schnittmengen. Beide haben etwas mit Gefühlen zu tun. Moralische Herausforderungen nehmen wir vor allem über Gefühle wahr. Wird etwas als belastend empfunden, können PSNV/PSU helfen, Ereignisse zu verarbeiten und das Gefühlsleben zu stabilisieren. Belastende Gefühle können aber auch ein Indiz für eine moralische Herausforderung im Einsatz sein, nämlich dann, wenn etwas als belastend erlebt wird, weil ein Handeln als falsch empfunden wird. Mit Hilfe von Ethik kann diese Herausforderung auf die zugrundeliegenden Wertvorstellungen hin untersucht werden. Eine gute Begründung kann schwere Entscheidungen erleichtern bzw. nachvollziehbarer machen und dadurch psychisch entlasten.

Abbildung 4: Unterschiede und Schnittmengen zwischen psychosozialer Perspektive und ethischer Perspektive (eigene Darstellung: Friederike Manegold)

Die rechtliche Perspektive befasst sich mit der Legalität von Handlungen, das heißt damit, ob eine Handlung gesetzeskonform ist. Recht umfasst „verbindliche, ordnungsgemäße und grundsätzlich sanktionierbare Normen" (Knoepffler 2010: 19). In Gesetzen sind „Wert- und Normkompromisse" (ebd.) festgehalten.

Im Gegensatz zum Recht befasst sich die (normative) Ethik mit der Legitimität von Handlungen, d.h. welche Normen und Werte gelten sollen. Während Menschen, die rechtliche Normen nicht einhalten, bestraft werden können, trifft das auf moralische Normen nicht zu. Moralische Normen, die nicht rechtlich festgeschrieben sind, werden lediglich sozial sanktioniert. Rechtliche Herausforderungen sind Fragen bei der Bewertung von Handlungen vor dem Hintergrund der aktuellen Rechtslage.

Moral, Ethik und Recht weisen auch Überschneidungen auf. Ethische Überlegungen prägen Gesetzgebungen. Rechtliche Grundsätze wiederum beeinflussen unser Moralverständnis. Wenn ein Gesetz erlassen wird, wird vorher überlegt, welche Handlung als moralisch legitim oder illegitim gilt. So gelangen Moral und Ethik in Gesetze. Umgekehrt: Wenn wir im Begriff sind, eine heikle Handlung zu vollziehen, überlegen wir u.U., ob sie gesetzlich zulässig ist oder nicht. Dies kann auch einen Einfluss darauf haben, ob wir eine Handlung als moralisch richtig oder falsch *empfinden*. Das Empfinden allein sagt jedoch nichts darüber aus, ob eine Handlung moralisch richtig oder falsch ist. Es bedarf der ethischen Reflexion.

Abbildung 5: Unterschiede und Schnittmengen zwischen rechtlicher Perspektive und ethischer Perspektive (eigene Darstellung: Friederike Manegold)

Tabelle 1: Glossar (in Anlehnung an Knoepffler 2010: 19 und Knochel et al. 2020)

Konzept	Beschreibung	Beispiel von Verteilungsfragen
Moral	Konventionen, Normen, Ideale, Werte, die als Handlungsorientierung dienen. Moralvorstellungen können individuell, organisational oder gesellschaftlich sein. Geteilte Wertvorstellungen ermöglichen Zusammenhalt und (Erwartungs-) Sicherheit.	Gerechtigkeit ist im Rahmen meiner Moralvorstellungen ein zentraler Wert bei der Verteilung.
Ethik	Wertorientierte Beurteilung der Legitimität von Handlungsoptionen sowie Herstellen wertorientierter Handlungsfähigkeit. Als wissenschaftliche Disziplin umfasst sie Methoden der Beschreibung (deskriptive Ethik) und Beurteilung (normative Ethik) moralischer Wertvorstellungen.	Analyse von existierenden Kriterien und Argumenten, was gerechte Verteilung bedeutet. Bewertung der Argumente auf ihre Rechtfertigungskraft.
Moralische Herausforderung	Unklarheit darüber, wie vor dem Hintergrund der eigenen, organisationalen oder gesellschaftlichen Wertvorstellungen richtig gehandelt werden kann. Moralische Herausforderungen treten auf bei fehlender moralischer, wertbezogener Handlungsorientierung.	Was kann ich als Anhaltspunkt nehmen, um begrenzte Ressourcen gerecht zu verteilen?
Moralisches Dilemma	Situation, in der zwei Entscheidungsoptionen möglich sind, aber beide gleich schlecht sind. Beide Entscheidungen gehen mit einem Schaden einher.	Sollten alle zu wenig bekommen oder einige gar nichts?
Moralischer Stress	Psychische Reaktion auf moralische Unsicherheit. Lässt sich unterscheiden in den initialen Stress auf die direkte Situation und den reaktiven moralischen Stress, welcher aus dem Erleben eines unzufriedenstellenden Handelns folgt.	Gefühl der Überforderung, weil nicht klar ist, welches Kriterium Gerechtigkeit am besten ermöglicht.
Ethische Reflexion	Methode, um mit moralischen Herausforderungen umzugehen. Ziel der ethischen Reflexion ist es, die Rechtfertigungskraft von Argumenten und die Legitimität von Handlungsmöglichkeiten zu untersuchen. Daraus können ethisch reflektierte und begründete Handlungsempfehlungen entstehen. Oftmals gibt es mehr als eine gut begründbare Handlungsoption.	Zusammenstellung wertbezogener Argumente zur Ressourcenverteilung und in Hinblick auf mögliche Handlungsoptionen. Z. B.: Es ist legitim, Kinder zu priorisieren, weil sie besonders vulnerabel sind und damit eines besonderen Schutzes bedürfen.

Konzept	Beschreibung	Beispiel von Verteilungsfragen
Wertbezogene Argumente	Begründende Aussagen darüber, warum eine bestimmte Handlung wünschenswert ist. Bei der Formulierung wertbezogener Argumente erhebt Ethik einen Geltungsanspruch über die eigenen Moralvorstellungen hinaus.	Z. B.: Es ist legitim, Kinder zu priorisieren, weil sie besonders vulnerabel sind und damit eines besonderen Schutzes bedürfen.
Ethische Perspektive auf Einsatzhandeln	Betrachtet moralische Überzeugungen, die das Handeln im Einsatz prägen. Sucht nach moralischen Herausforderungen, denen etwa Einsatzkräfte gegenüberstehen. Verweist auf ethische Methoden zur Bewältigung moralischer Herausforderungen.	Betrachtung von Wertvorstellungen zur Verteilung begrenzter Ressourcen und moralischer Herausforderungen, die mit Verteilungen einhergehen.
Sozio-technische Perspektive auf Einsatzhandeln	Betrachtet, welche Maßnahme geeignet ist, um einen bestimmten Zweck zu erreichen. Sie zielt auf die Passung von einsatztaktischer Maßnahme und angestrebtem Zweck. Dabei beruft man sich auf die nachweisbare Wirksamkeit.	Betrachtung der einsatztaktischen Anforderungen zur Bewältigung der Verteilungssituation.
Sozio-technische Herausforderung	Unklarheit darüber, mit welcher Maßnahme ein angestrebter Zweck am besten erreicht werden kann.	Wie lässt sich die gerechte Verteilung logistisch umsetzen?
Psychosoziale Perspektive auf Einsatzhandeln	Betrachtet sowohl die mentale Verfassung der Einsatzkräfte als auch der Betroffenen. Sie umfasst sowohl Präventionsmaßnahmen als auch die Versorgung in belastenden Einsatzsituationen. PSNV-E meint die individuelle Vorbereitung auf oder Nachsorge von belastenden Ereignissen bei Einsatzkräften, PSNV-B die Betreuung betroffener Personen im Einsatz.	Betrachtung der Gefühle, die die Verteilung begrenzter Ressourcen bei Einsatzkräften und Betroffenen hervorruft.
Psychosoziale Herausforderung	Überforderungen durch belastende Ereignisse, bei denen unklar ist, wie man mit ihnen umgehen kann.	Was kann getan werden, damit Einsatzkräfte besser damit umgehen können, dass nicht allen gleichermaßen gut geholfen werden kann?

Ethische Prinzipien für den Sanitäts- und den Betreuungsdienst

3

Ziel des folgenden Kapitels ist es, ethische Prinzipien vorzustellen, die bei der ethischen Reflexion hilfreich sind. Die ethisch relevanten Prinzipien für das Handeln im Sanitäts- und Betreuungsdienst lassen sich nach zwei Fragen ordnen: Unter der Frage „Was soll ich tun?“ wird an die vier ethischen Prinzipien von Thomas L. Beauchamp und James F. Childress angeknüpft, die im Gesundheitswesen weit verbreitet sind (s.a. Frey und Schmalzried 2013). Diese sind **Respekt vor der Autonomie, Nicht-Schaden, Fürsorge** und **Gerechtigkeit**. Daneben stellt sich die Frage „Wie soll ich etwas tun?“. Sie verweist auf die Haltung, aus der heraus Einsatzkräfte handeln sollten.

Abbildung 6: Ethische Prinzipien als Teil der Entscheidungsfindung (Quelle: freepik)

Hier ist das Prinzip der **Menschlichkeit** zentral, das in Hilfsberufen und der humanitären Hilfe grundlegend ist. Alle fünf Prinzipien gelten in gleichem Maße für den Sanitäts- und für den Betreuungsdienst. Ihre jeweilige konkrete Ausgestaltung kann sich aufgrund der unterschiedlichen Aufgabenbereiche beider Gruppen jedoch etwas unterscheiden.

3.1 Die vier ethischen Prinzipien nach Beauchamp/Childress

Die Medizinethiker Thomas L. Beauchamp und James F. Childress haben vier ethische Werte bzw. Prinzipien identifiziert, anhand derer wir ethisch reflektierte Entscheidungen treffen können. Sie lauten: Respekt vor der Autonomie, Nicht-Schaden, Fürsorge und Gerechtigkeit (Beauchamp und Childress 2013). Die Reihenfolge spiegelt keine Gewichtung der Prinzipien wider. Das heißt, dass Autonomie nicht etwa höher zu werten ist als bspw. das Fürsorgeprinzip. Die Prinzipien sind zunächst gleichwertig.

Diese vier Prinzipien geben Orientierung für die Frage „Was soll ich tun?". Nach ihnen zu handeln bedeutet, Entscheidungsmöglichkeiten daraufhin zu prüfen, wie sie dem jeweiligen Prinzip dienen oder ihm entgegenstehen. Lässt sich auf diesem Wege keine Entscheidungsmöglichkeit favorisieren, müssen die Prinzipien untereinander gewichtet werden. So kann es sein, dass eine Entscheidungsoption bspw. dem Autonomieprinzip dient, eine andere eher dem Fürsorgeprinzip. Dann muss entschieden und begründet werden, welches Prinzip priorisiert wird.

Die ethischen Prinzipien gelten auch in Krisen. Sowohl ihre Ausgestaltung als auch die jeweilige Gewichtung können sich durch den Krisenkontext in Richtung eines stärker gemeinwohlorientierten Verständnisses verändern. Die Prinzipien an sich ändern sich jedoch nicht.

Die Prinzipien decken sich in hohem Maße mit den Grundsätzen des Betreuungsdienstes[2] und sind daher auch für diesen anwendbar und orientierungsgebend.

---

2 Der Gleichheitsgrundsatz, nach dem alle die gleiche Hilfeleistung bekommen und keiner bevorzugt wird. Der Grundsatz „Hilfe gemäß dem Maß der Not", welcher sicherstellen soll, dass diejenigen, deren Not am größten ist, zuerst die entsprechende Unterstützung angeboten bekommen. Der Grundsatz „Hilfe zur Selbsthilfe", welcher darauf zielt, Betroffene nicht zu entmündigen, sondern ihre Selbsthilfefähigkeiten zu aktivieren (DRK LV Baden 2011: 34).

Respekt vor der Autonomie

Allgemein: Jeder Mensch hat das Recht, selbst zu entscheiden, was mit ihm und seinem Körper geschehen soll (Beauchamp und Childress 2013: 101–149). Betroffene, ob verletzt oder unverletzt, sind in ihrer Expertise für ihr Leben ernst zu nehmen (Iserson 2006: 522). Menschen haben auch das Recht, sich „irrational" zu entscheiden. Sie dürfen eine Behandlung oder einen Transport ins Krankenhaus ablehnen, auch wenn das bedeutet, dass sie schwere Schäden davontragen oder ohne Behandlung gar sterben. Wichtig ist hierbei, dass die Personen die möglichen Konsequenzen ihrer Handlung auch wirklich verstanden haben. Dafür bedarf es einer individuellen Aufklärung über Hilfeleistungen und Maßnahmen. Das informierte Einverständnis (s. Kapitel VI.1) gilt nicht nur bei medizinischen und pflegerischen Versorgungsleistungen, sondern auch bei sozialer und psychosozialer Begleitung. Alle erfordern, auch in Krisen, ein Einverständnis (Karadag und Hakan 2012: 3).

Respekt vor der Autonomie im Sanitätsdienst: Weil Menschen das Recht haben, selbst zu entscheiden, ist es wichtig herauszufinden, was eine verletzte Person möchte. Manchmal wollen Verletzte etwas, das durch das ärztliche oder sanitätsdienstliche Personal nicht geleistet werden kann. Sei es, weil die Behandlung nicht finanziert wird, weil es zu wenige Medikamente gibt oder weil die gewünschte Behandlung keinen Erfolg verspricht. In diesen Fällen kann das Personal den Willen nicht umsetzen. Trotzdem sollen sie den Betroffenen mit einer respektvollen Haltung entgegentreten und so handeln, wie es dem Patientenwillen am nächsten kommt.

Respekt vor der Autonomie im Betreuungsdienst: Im Betreuungsdienst ist es wichtig herauszufinden, was eine Person benötigt, um zur eigenständigen Bewältigung der Situation fähig zu sein. Angebote des Betreuungsdienstes sollten die Wünsche der Betroffenen berücksichtigen. Ob Betroffene die Angebote wahrnehmen, bleibt ihnen überlassen. Dem Ablehnen eines Angebots sollte nicht mit Entmündigung begegnet werden. Vielmehr ist auch im Betreuungsdienst eine Aufklärung über die möglichen Folgen notwendig. Betroffene sollten dabei nicht bloß als Opfer, sondern als aktive Beteiligte an der Bewältigung verstanden werden (Powell et al. 2006: 63; Alexander 2015: 19).

Nicht-Schaden

Allgemein: Das Nicht-Schaden-Prinzip besagt im Wesentlichen, dass eine Behandlung oder Versorgung einer verletzt oder unverletzt betroffenen Person nicht schaden darf (Beauchamp und Childress 2013: 151–201). Dabei gilt all das als Schaden, was die physische, aber auch die psychische Unversehrtheit eines Menschen berührt. Eine Behandlung oder Versorgung gegen den erklärten Willen gilt zunächst ebenfalls als Schaden. Deswegen ist es wichtig, dass zum einen der Nutzen des Eingriffs größer ist als der Schaden und zum anderen die zu behandelnde oder versorgende Person mit dem Eingriff einverstanden ist.

Nicht-Schaden im Sanitätsdienst: Nicht-Schaden im Sanitätsdienst bezieht sich insbesondere auf die medizinische Behandlung oder eine medizinische Versorgung, die der zu versorgenden Person nicht schaden darf. Beispiel: Muss einer Person etwa eine Thorax-Drainage gelegt werden oder wird eine Entlastungspunktion durchgeführt, wird ihr zunächst ein Schaden zugefügt. Auch eine Spritze in den Oberarm ist ein Schaden. Ebenso gilt eine medizinische Überversorgung als Schaden.

Verbessert sich durch den zugefügten Schaden aber die gesundheitliche Gesamtsituation, bspw. weil durch die Behandlung die Folgen einer schweren Krankheit oder eines Unfalls überlebt werden, ist der Schaden jedoch legitimierbar. Hierfür ist sowohl entscheidend, dass der Nutzen den Schaden überwiegt, als auch, dass die betroffene Person mit der Behandlung einverstanden ist.

Nicht-Schaden im Betreuungsdienst: Auch im Betreuungsdienst spielt Nicht-Schaden eine Rolle. Allgemein gesprochen ist jeder Entzug von Lebensgrundlagen als Schaden zu werten. Beispiel: Eine Person konsumiert Drogen in der Notunterkunft. Wenngleich sich die Person damit schadet, ist dies noch kein Grund einzugreifen. Dies ist ihre Entscheidung. Sie in ihrer Entscheidungsfreiheit einzuschränken und ihr die Drogen abzunehmen, gilt zunächst als Schaden.

Ist diese Person jedoch im Begriff Auto zu fahren und damit Dritte zu gefährden, ist es legitimierbar ihr die Autoschlüssel bzw. die Drogen abzunehmen und sie damit in ihrer Entscheidungsfreiheit einzuschränken. Hierfür ist entscheidend, dass der Nutzen den Schaden überwiegt (Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung n.a.)

Fürsorge

Allgemein: Das Fürsorge-Prinzip heißt oft auch Hilfeleistungsprinzip. Hierbei geht es darum, dass das, was getan wird, der verletzt oder unverletzt betroffenen Person hilft (Beauchamp und Childress 2013: 202–248). Hilfreich ist etwas dann, wenn es im grundsätzlichen Interesse der Person ist. Die Hilfe, die einer Person gegeben wird, umfasst körperliche, emotionale, soziale sowie spirituelle Aspekte und sollte der Gesundheit, dem Wohlbefinden und der Sicherheit der Person dienen.

Wenn mehrere Handlungsoptionen zur Verfügung stehen, muss diejenige gewählt werden, die der Person am meisten hilft. Auch bei Maßnahmen, die zunächst eher schädlich erscheinen (wie z. B. eine Zwangsmaßnahme), muss der Hilfegedanke immer im Vordergrund stehen. Vernachlässigung oder medizinische Unterversorgung korrumpieren das Fürsorge-Prinzip.

„Um zu"-Formulierungen können helfen, den Nutzen (die Hilfeleistung) zu verdeutlichen. Damit wird die Angemessenheit der Maßnahme dargelegt. Das Unternehmen von präventiven Maßnahmen befördert das Fürsorge-Prinzip. Das Unterlassen schädigt es.

Fürsorge im Sanitätsdienst: Zur Illustration solcher „um zu"-Formulierungen für den Bereich des Sanitätsdienstes lassen sich zwei Beispiele nennen: Wir beenden eine lebensverlängernde Maßnahme (nicht), *um* den Patientenwillen umzusetzen. Oder: Wir verabreichen eine Bluttransfusion gegen den Willen der Eltern, *um* das Überleben des Kindes zu sichern.

Fürsorge im Betreuungsdienst: Für den Betreuungsdienst kann analog gesagt werden: Wir beenden eine Versorgungsleistung, wie etwa die Unterbringung in einer Notunterkunft (nicht), *um* den Willen der betroffenen

Person umzusetzen. Wir führen eine Evakuierung gegen den Willen einer Person durch, *um* ihr Überleben *zu* sichern.

Gerechtigkeit

Allgemein: Das Gerechtigkeitsprinzip soll gewährleisten, dass Ressourcen gerecht verteilt und Interessen gerecht berücksichtigt werden. Was als gerecht verstanden wird, kann dabei sehr verschieden sein. Da eine Bestimmung von Gerechtigkeit schwierig ist, kann es mitunter einfacher sein, Ungerechtigkeiten zu identifizieren.

Ungerechtigkeiten gehen oft mit Diskriminierungen einher. Jedoch ist nicht jede Ungleichbehandlung eine Diskriminierung. Eine Ungleichbehandlung wird erst dann zur Diskriminierung, wenn sie illegitim ist. Es kann legitim sein, Ressourcen ungleich zu verteilen, etwa, um für alle Betroffenen ein gleiches Maß an Versorgung zu gewährleisten. Ungleichbehandlungen müssen gut begründet sein. Dies kann, abhängig von der Lage, von einer proaktiven Transparenz bis hin zu einer reaktiven Rechtfertigungspflicht über Verteilungskriterien reichen.

Diskriminierungen können auch unsichtbar stattfinden. Bspw. wenn Denkmuster auf rassistischen, sexistischen oder anderen Vorurteilen beruhen und unhinterfragt als Entscheidungsgrundlage genutzt werden. Unsichtbare Diskriminierungen können aber auch entstehen, wenn Personengruppen unabsichtlich aus Verteilungsprozessen ausgeschlossen werden oder keine Möglichkeit haben, sich einzubringen.

Nach Beauchamp und Childress umfasst das Gerechtigkeitsprinzip zweierlei: Einerseits, dass eine Entscheidung einer betroffenen Person gegenüber gerecht ist. Andererseits, dass die Entscheidung im Verhältnis zu anderen Personen, den Umständen und den gegebenen Ressourcen gerecht ist (Beauchamp und Childress 2013: 249–301).

Gerechtigkeit im Sanitätsdienst und Betreuungsdienst: Im Bevölkerungsschutz ist es oft so, dass viele Menschen etwas brauchen, es aber nur wenig Ressourcen gibt. Ressourcen können materielle Güter, Personal, Zeit und

Aufmerksamkeit sein. In der Ethik gibt es vier Prinzipien, anhand derer Entscheidungen bei Verteilungsproblemen orientiert werden können. Diese sind 1) Nutzenmaximierung, 2) Gleichbehandlung, 3) Leistung für das Gemeinwohl, 4) Bedarf (vgl. Kapitel 5.4.3).

3.2 Das Prinzip der humanitären Hilfe: Menschlichkeit

In den internationalen Humanitären Prinzipien (Auswärtiges Amt 2020; Europäische Union 2008) und der „Humanitarian Charter“ (Sphere Association 2018) sind Prinzipien der humanitären Hilfe festgehalten. Dort kommt dem Prinzip der Menschlichkeit eine zentrale Rolle zu. Es verweist auf die Haltung, mit der Einsatzkräfte agieren sollen und die Frage „Wie soll ich etwas tun?“.

Menschlichkeit

Menschlichkeit als Haltung beschreibt die Art und Weise, wie menschliches Leid verhindert und gelindert werden soll. Menschlichkeit umfasst die Achtung der Würde sowie die Einhaltung und den Schutz der Menschenrechte aller Betroffenen. Ebenso geht es um eine Kommunikation auf Augenhöhe mit den Betroffenen. Dies meint, Menschen, egal in welchen Lebenssituationen, respektvoll und wertschätzend zu begegnen und sie in ihren Hilfebedürfnissen anzuerkennen. Es bedeutet auch, ihr Wissen über die eigene Lebenssituation und den lokalen Kontext bei der Ausgestaltung von Maßnahmen zur Linderung von Leid zu berücksichtigen. Menschlichkeit umfasst die Gewährleistung minimaler Standards für ein Leben in Würde. Diese umfassen (ebd.):

- die Befriedigung physiologischer Grundbedürfnisse nach Ernährung, Bekleidung, Witterungsschutz, Hygiene und Schlaf
- die Erfüllung von Sicherheitsbedürfnissen vor physischen und psychischen sowie direkten (durch das Ereignis) und indirekten (durch Abweisung oder Abschiebung) Gefahren
- die Bereitstellung von Informationen
- die Bereitstellung gesundheitlicher Versorgung
- die Ermöglichung sozialer Bedürfnisse nach Kontakt, Nähe und psychosozialem Beistand
- die Pflicht zur Nichtbehinderung lebensrettender Maßnahmen

Zudem sollten in der Gewährleistung minimaler Standards explizit auch die individuellen Vorstellungen eines guten Lebens der Betroffenen berücksichtigt werden. In komplexen Einsatzlagen kann eine Einschränkung der minimalen Standards (trotz Erwägung aller Alternativen) unvermeidbar sein. Trotzdem sollten die minimalen Standards nicht vollends aufgegeben werden, sondern eine der Situation angemessene Umsetzung angestrebt werden.

Ethisch reflektierte Entscheidungen treffen

4

Ziel des Kapitels ist die Vorstellung einer Methode zur ethisch reflektierten Entscheidungsfindung. Diese soll Einsatzkräfte dazu befähigen, durch ethische Reflexion gut begründete Entscheidungen zu fällen. In diesem Sinne wird zunächst dargestellt, wie Ethik in Entscheidungsfindungsprozesse hineinspielt. Anschließend werden sieben Schritte zur ethischen Entscheidungsfindung vorgestellt.

Ethisch reflektierte Entscheidungen treffen wir immer, wenn wir uns überlegen, welche der Entscheidungsmöglichkeiten gut sind (hilfreich, nützlich,

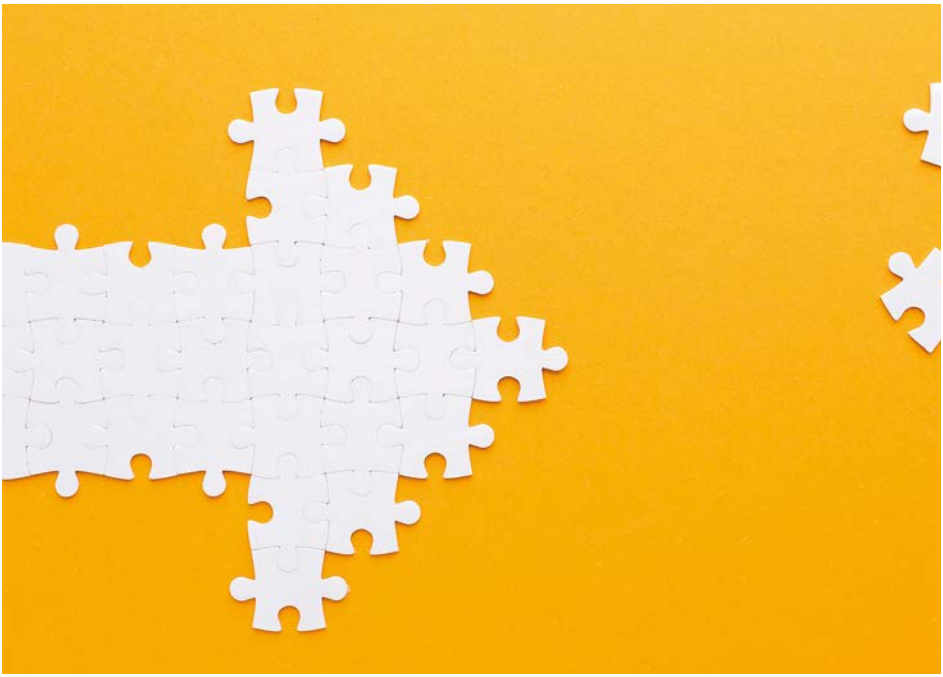

Abbildung 7: Ethische Entscheidungsfindung als Prozess (Quelle: freepik)

gerecht etc.). Ethik ist nichts, was zu Entscheidungen im Einsatz gesondert hinzukommt, denn Vorstellungen vom Guten sind immer schon in Entscheidungsprozessen enthalten. Diese bleiben jedoch oft implizit. Häufig fehlt uns im Alltag das Bewusstsein dafür, an welchen Maßstäben, Konventionen und Werten wir unsere Entscheidungen orientieren.

Vier Aspekte sind für die ethisch reflektierte Entscheidungsfindung von Bedeutung: Erstens, dass wir uns darüber bewusst sind, wann wir eine Entscheidung treffen. Denn viele Entscheidungen fallen implizit und sozusagen nebenher. Zweitens müssen wir klären, worüber wir eine Entscheidung treffen. Denn einsatzbezogene Herausforderungen enthalten oft mehrere Entscheidungsnotwendigkeiten. Drittens müssen wir beschließen, woran wir die Entscheidung orientieren. Hierbei gilt es herauszufinden, was „das Gute“ ist, das mit der Entscheidung umgesetzt werden soll. Schließlich muss viertens die Entscheidung explizit begründet werden.

Um eine gute Entscheidung zu treffen, ist es hilfreich, Schritt für Schritt vorzugehen. Fragen können dabei helfen (Fraser et al. 2014; Clarinval und Biller-Andorno 2014; Heinemann 2005). Der Ablauf einer ethisch reflektierten Entscheidungsfindung findet analog zu den Schritten der einsatztaktischen Entscheidungsfindung, wie sie in der Feuerwehrdienstvorschrift 100 (FwDV 100 Stand: März 1999) zu finden ist, statt. Auch die ethisch reflektierte Entscheidungsfindung besteht aus Lagefeststellung, Planung mit Beurteilung und Entschluss sowie der Befehlsgebung. Um aus getroffenen Entscheidungen lernen zu können, enthält der Prozess zudem eine Evaluation der Entscheidung. Dieser Prozess kann entsprechend auch als Kreislauf verstanden werden.

Die einzelnen Schritte sowie die vorgeschlagenen Fragestellungen stellen eine Beispielstruktur und eine exemplarische Hilfestellung dar, um moralische Probleme zu bearbeiten. Sie kann an den jeweiligen Kontext angepasst werden. Zudem ist es im Prozess mitunter sinnvoll, einzelne Arbeitsschritte zu wiederholen, anzupassen oder zuzuspitzen.

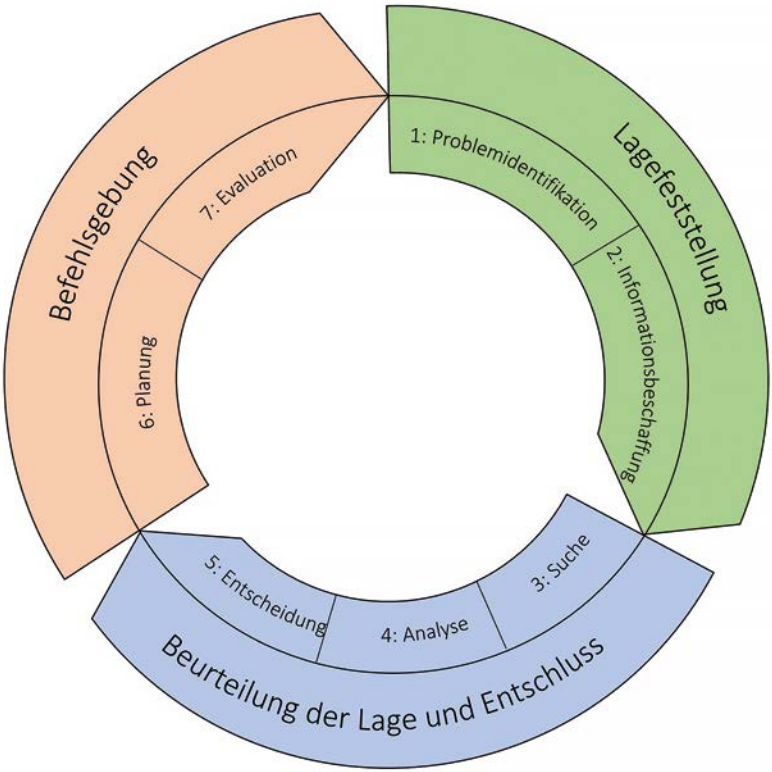

Abbildung 8: Kreislauf ethischer Entscheidungsfindung in Anlehnung an die FWDV100 (eigene Darstellung: Friederike Manegold)

Das Vorgehen dient dazu, selbstständig zu ethisch reflektierten und gut zu begründeten Entscheidungen zu kommen. Die Entscheidungsgewalt und -verantwortung liegt bei den Personen mit Entscheidungsbefugnis (s. Kapitel I). Dies sind in der Regel Führungskräfte.

Entscheidungen müssen kommuniziert werden. Dabei sollen ein geeignetes Medium und eine geeignete Sprache gewählt werden. Es soll sichergestellt werden, dass diejenigen, die eine Information benötigen, diese auch erhalten. Das umfasst das eigene Team, die involvierten Behörden und die Bevölkerung.

Um in allen Lagen adäquat und geübt reagieren zu können, ist es dringend notwendig, die ethische Entscheidungsfindung bereits in kleineren Lagen zu beüben. Die sieben Schritte können zur Vorbereitung und Planung vom Umgang mit bestimmten Herausforderungen genutzt werden und auch schnelle akute Entscheidungen ermöglichen. Sie können aber auch helfen, Entscheidungen nachträglich nachzubereiten.

In einer Krise können dramatische Entscheidungen zunehmen. Auch die Art der Entscheidung, die Reichweite und die Art der Konsequenzen können sich verändern. Es ist im Krisenkontext eher die Regel denn die Ausnahme, dass Entscheidungen unter Unsicherheit getroffen werden müssen. Das Vorgehen zur ethischen Entscheidungsfindung kann trotzdem auch für Krisen angewandt werden. Wichtig ist, dass als Entscheidungsgrundlage immer die aktuelle Informationslage gilt – unter Berücksichtigung der aktuell voraussehbaren Ereignisse (Birnbacher 2013: 183). Begebenheiten und Informationsstände können sich ändern. Entscheidungen müssen dann angepasst werden. Entschieden wird nach bestem Wissen und Gewissen.

Durch sich ändernde Informationsstände können sich Entscheidungen im Nachhinein als ungünstig erweisen. Im Moment der Entscheidung und unter den gegebenen Informationen waren sie jedoch gut und richtig. Der Kontrast, dass etwas, das zunächst richtig erscheint, sich später als falsch erweist, kann im Nachhinein zu belastenden Gefühlen oder in der Situation selbst zu Scheu oder Angst vor Entscheidungen führen. Eine gute Dokumentation der bekannten Informationen kann im Nachhinein helfen, die getroffene Entscheidung einzuordnen und u. U. Ziele neu zu justieren.

Wichtig zu wissen ist, dass einem Menschen moralisch nur das abverlangt werden kann, wozu er prinzipiell in der Lage ist. Wenn eine Einsatzkraft etwas nicht kann, kann es (moralisch) auch nicht von ihr verlangt werden. In der Ethik nennt man das „Sollen impliziert Können“. Ob eine Einsatzkraft etwas nicht kann, weil sie die Fähigkeit dazu nicht hat oder weil äußere Umstände es ihr nicht erlauben, ist dabei nachrangig. Z. B. kann von einer Nichtschwimmerin nicht verlangt werden, eine ertrinkende Person aus tiefem Wasser zu retten. Das (Schwimmen) Können ist also Voraussetzung für das (Retten) Sollen. Ebenso kann von einem ersthelfenden Laien nicht

erwartet werden, dass er einen anaphylaktischen Schock erkennt. An eine fachkundige Person hingegen kann man eine solche Sollens-Erwartung haben. Das „Sollen impliziert Können"-Prinzip kann moralisch entlastend sein. In Situationen, in denen wir nicht mehr wissen können als das, was im Moment bekannt oder absehbar ist, kann uns nicht abverlangt werden, nach einem nicht vorhandenen Informationsstand (der sich erst im Nachhinein herausstellt) zu handeln oder gehandelt zu haben. Das „Sollen impliziert Können"-Prinzip gilt immer, nicht nur in Krisen.

Tabelle 2: Sieben Schritte der ethischen Entscheidungsfindung (eigene Darstellung)

Schritt 1: Identifikation des moralischen Problems

Grundlage jeder ethischen Entscheidungsfindung ist zu erkennen, welcher Konflikt besteht. Als Erstes sollten dafür die vorgefundene Situation, die betroffenen Menschen, Gruppen oder Gebiete sowie die zur Verfügung stehenden Ressourcen beschrieben werden. Nun sollte zweitens überlegt werden, worin das Problem besteht: Welcher Handlungsbedarf besteht? Welche Entscheidung muss gefällt werden? Davon ausgehend sollte drittens bestimmt werden, welches moralische Problem vorliegt (in Abgrenzung zu sozio-technischen, psychosozialen und rechtlichen Problemen). Hierbei kann es helfen, sich Interessen- bzw. Wertkonflikte oder konfligierende Pflichten zu vergegenwärtigen (s. Kapitel II). Zeigen sich mehrere moralische Probleme, sollten diese möglichst getrennt anhand der sieben Schritte bearbeitet werden.

Leitfragen:
- Was ist das moralische Problem? Welche Entscheidung muss getroffen werden?
- Wer ist vom Problem betroffen?
- Wer ist für die Entscheidung relevant?
- Welche Sichtweisen auf das Problem gibt es?
- Welcher Konflikt liegt der Entscheidung zugrunde?
- Auf welche konkrete Frage wird im Folgenden eine Antwort gesucht?

Schritt 2: Beschaffung von Informationen

Basierend auf den Situations- und Problembeschreibungen sollten alle wichtigen Informationen gesammelt werden, die für die ethische Entscheidungsfindung zu berücksichtigen sind.

Leitfragen:
- Welche medizinischen, pflegerischen oder (psycho-)sozialen Informationen liegen vor?
- Was ist über Spiritualität, Lebenseinstellung, kulturelle Konventionen der Person oder der Gruppe bekannt?
- Was ist der (mutmaßliche) Wille, was sind die Wünsche der Person oder Gruppe?
- Welche Hilfsmittel zur Lösung des Problems gibt es bereits (Leitfaden, Gesetze etc.)?
- Wie und wo können weitere Informationen beschafft werden?
- Welche Machtverhältnisse und Abhängigkeiten bestehen in den vorhandenen Beziehungen?
- Welche Ressourcen stehen zur Verfügung?
- Welche Gefährdungen und Sicherheiten liegen vor?

Schritt 3: Suche nach Handlungsmöglichkeiten

Zur weiteren Bearbeitung sollten verschiedene Handlungsmöglichkeiten gesammelt werden. In diesem Schritt gibt es kein Richtig oder Falsch. Er dient dazu, auch Handlungsmöglichkeiten zu entdecken, die unkonventionell sind. Sinnvoll kann es sein, mindestens drei Optionen zu erdenken. Meistens gibt es nicht nur ein Entweder-Oder.

Leitfragen:
- Welche Handlungsmöglichkeiten gibt es?
- Wer ist von den Handlungsmöglichkeiten betroffen?

Schritt 4: Ethische Analyse von Handlungsmöglichkeiten

Sind Handlungsoptionen formuliert, findet im nächsten Schritt eine Bewertung der Handlungsmöglichkeiten statt. Dazu werden Argumente für und gegen die Handlungsmöglichkeiten erwogen und an den ethischen Prinzipien gemessen (s. Kapitel III: Respekt vor Autonomie, Hilfeleistung, Nicht-Schaden und Gerechtigkeit). Z. B. was spricht mit Blick auf Gerechtigkeit für oder gegen eine Handlungsoption? Dabei sollten die Perspektiven von Beteiligten und Betroffenen berücksichtigt werden. Die Argumente sollten expliziert und wenn möglich dokumentiert werden.

Leitfragen:
- Welche Pro- und Kontra-Argumente lassen sich für die jeweiligen Handlungsoptionen anhand der ethischen Prinzipien finden?
- Wie sollten die ethischen Prinzipien mit Blick auf die zu treffende Entscheidung gewichtet werden?
- Welche weiteren Kriterien oder Werte sind für die Entscheidungsfindung relevant (kulturelle Konventionen, Spiritualität etc.)?
- Spielen (Eigen-)Gefährdungen für die Entscheidung eine Rolle?
- Welche Handlungsmöglichkeit ist wie umsetzbar?

Schritt 5: Treffen einer ethisch reflektierten Entscheidung

Auf Grundlage der Bewertung wird von der verantwortlichen oder entscheidungstragenden Person (bestenfalls mit Unterstützung des Teams) diejenige Handlungsoption gewählt, die argumentativ überzeugend und der Situation angemessen ist. Die Entscheidung wird begründet und die zugrundeliegenden Argumente und Werte werden dokumentiert. Zudem sollte dargelegt werden, welche Argumente gegen die gewählte Option genannt wurden und ob es einen Konsens gab oder Kompromisse. Die Entscheidung sollte aus der Haltung der Menschlichkeit heraus getroffen werden.

Leitfragen:
- Welche Handlungsmöglichkeit ist gut begründet und der Situation angemessen?
- Welche Argumente werden hierfür geltend gemacht (mittels Gewichtung der Pro/Kontra-Argumente und der ethischen Prinzipien)?
- Wie können Vorbehalte im Team gegenüber der Entscheidung adressiert werden?
- Welche Grenzen weist die getroffene Entscheidung auf?

Schritt 6: Planung der Umsetzung der Entscheidung

Zur Umsetzung der Entscheidung werden die nächsten Schritte geplant. Zuständigkeiten werden geklärt, Informationen an entsprechende Stellen weitergeleitet und dokumentiert.

Leitfragen:
- Welche nächsten Schritte sind für die Umsetzung der Entscheidung zu planen?
- Kann u. U. eine schrittweise Umsetzung der Entscheidung vorgenommen werden (bspw. wenn verschiedene Möglichkeiten bestehen, mit der am wenigsten eskalativen Möglichkeit zu beginnen)?
- Wer ist wofür zuständig? Welche Personen sollten eingebunden werden? Wie werden diese informiert?
- Wie kann die Umsetzung der Entscheidung beobachtet werden, sodass ggf. auftretende (un-)erwünschte Nebeneffekte entdeckt werden?
- Welche Rückmeldemöglichkeiten gibt es, um auf sich ändernde Bedingungen oder unvorhergesehene Probleme reagieren zu können?

Schritt 7: Evaluation der Entscheidung

Um aus Erfahrungen lernen zu können, ist es wichtig, dass die getroffenen Entscheidungen evaluiert werden. Das kann für Einsatzkräfte noch einmal eine Möglichkeit sein, sich über die herausfordernde Situation auszutauschen. Die Evaluation einer Entscheidung kann jederzeit (auch im Einsatz) und immer wieder stattfinden. Sie dient nicht nur dem nachträglichen Lernen, sondern auch dazu, Maßnahmen oder Ziele ggf. anzupassen.

Leitfragen:
- Welche Kommunikationsregeln gelten für ein Feedback?
- Welche positiven und negativen Folgen hatte die getroffene Entscheidung?
- Welche Anpassungen müssen vorgenommen werden?
- Was sind die Lessons Learned für künftige ähnliche Situationen, Lagen, Fälle?

Reflexionshilfen für spezifische moralische Herausforderungen

5

In diesem Kapitel werden spezifische moralische Problemstellungen vorgestellt, denen sich Einsatzkräfte im Bevölkerungsschutz gegenübersehen können. Hierfür werden Reflexionshilfen präsentiert, die bei der Bearbeitung helfen können. Die einzelnen Unterkapitel sind in ihrem Aufbau an den in Kapitel IV vorgestellten sieben Schritten zur ethischen Entscheidungsfindung orientiert. So wird jeweils das moralische Problem herausgearbeitet, Hilfestellungen für die Unterscheidung von Handlungsmöglichkeiten gegeben, Argumente vorgestellt sowie Aspekte benannt, die bei der Umsetzung zu berücksichtigen sind.

Abbildung 9: Reflexionskritieren als Orientierungshilfe in schwierigen Situationen (Quelle: freepik)

Das Kapitel spricht keine allgemeingültigen Empfehlungen aus, weil dies ohne die Berücksichtigung konkreter Kontexte zu unspezifisch bleibt. Vielmehr soll eine Grundlage geschaffen werden, damit Einsatzkräfte einsatzbezogen selbst zu ethisch reflektierten Entscheidungen gelangen können. Ebenso können die Reflexionshilfen Organisationen darin unterstützen, sich spezifischen Problemstellungen zuzuwenden und Empfehlungen zu erarbeiten.

5.1 Abwägen von Hilfeleistung und Eigenschutz

Hilfeleistung ist nicht immer gefahrlos möglich. So kann es Situationen geben, wo Hilfeleistung nur unter Gefährdung der Einsatzkräfte möglich ist. Dieses Spannungsfeld ist nicht spezifisch für den Kontext des Bevölkerungsschutzes; nicht einmal für den der professionalisierten Rettung. Fragen des Eigenschutzes stellen sich in Situationen der Hilfe für Verletzte oder gefährdete Personen durch Laien. Sie verschärfen sich jedoch in Situationen, wie dem Zivilschutzkontext, in denen es zu Kampfhandlungen und der Gefahr möglicher Angriffe auf Einsatzkräfte kommt.

Das moralische Problem besteht darin, dass in einer Situation Hilfeleistung und Eigenschutz nur auf Kosten des jeweils anderen umgesetzt werden kann. So geht die erforderliche Hilfeleistung gegenüber einer betroffenen Person mit Risiken für Einsatzkräfte einher (akute Verletzungen, Beeinträchtigungen oder gar der Tod). Der erforderliche Eigenschutz ist dann nur unter Einschränkung oder u. U. Unterlassung der Hilfeleistung zu gewährleisten. Es stellt sich auch die Frage nach Grenzen des Eigenschutzes.

Das Spannungsfeld zwischen Eigenschutz und Hilfeleistung sollte nicht als eine Gegenüberstellung von Egoismus und Selbstlosigkeit verstanden werden. Vielmehr sind Angemessenheit und Zumutbarkeit zentrale Konzepte für die Bewältigung derartiger Herausforderungen (Karadag und Hakan 2012: 6–7).

Grundlegend für diese Bestimmung ist, dass ein Helfen-*Sollen* immer ein Helfen-Können voraussetzt. In der Ethik spricht man von „Sollen impliziert Können“. In diesem Sinne sind für eine Abwägung zwischen Eigengefährdung und Hilfeleistung mindestens sieben Aspekte wichtig. Die Tabelle beschreibt sie (Reid 2005; Karadag und Hakan 2012; Rosoff 2015; Ruderman et

al. 2006). Um die Abwägung vorzubereiten, sollten zunächst Informationen zu allen Aspekten gesammelt werden.

Bei der Abwägung sollte Gefährdung in einem breiten Sinne verstanden werden (Civaner et al. 2017: 8). Auch der Erhalt der (physischen und psychischen) Einsatzfähigkeit sollte als Aspekt des Eigenschutzes berücksichtigt werden. Posttraumatische Belastungsstörungen, Burn-out oder auch Selbstüberschätzung stellen eine Gefährdung dar, die mit einer möglichen Hilfeleistung abgewogen werden müssen.

Tabelle 3: Aspekte zur Abwägung von Eigengefährdung und Hilfsleistung (eigene Darstellung)

	Aspekte	Beschreibung	Beispiel
situative Aspekte	**(Eigen-)Gefährdung**	Möglicher Schaden für eine helfende Person.	Ein einsturzgefährdetes Haus. Die Bedrohung durch eine gewalttätige Person.
	Hilfebedarf	Grad der Not und die Dringlichkeit.	Wiederherstellung der Herzkreislauffunktion. Unterstützungsbedarf.
	Hilfeleistung	Notwendige Handlung, um Hilfe zu leisten.	Durchführung einer Reanimation. Absetzen eines Notrufs.
individuelle Aspekte	**Ausbildung**	Wissen über den Umgang mit Gefahren und der erforderten Hilfeleistung.	Wissen über Gefahren in CBRN-Lagen. Wissen über Durchführung einer Dekontamination.
	Erfahrung	Praktische Erfahrung im Umgang mit Gefahren und der nötigen Hilfeleistung.	Einsatzerfahrung in CBRN-Lagen und Einsatzerfahrung in der Durchführung von Dekontamination.
	Ausrüstung	Verfügbares Material zum Schutz vor Gefahren und zur Hilfeleistung.	Schutzanzug und Atemschutz. Dekontaminationsequipment.
kontextueller Aspekt	**Kontext**	Struktureller Rahmen für die Hilfeleistung und den Umgang mit Risiken.	Möglichkeiten zur Rettung der Hilfeleistenden, PSNV, Absicherungen im Fall von Schäden.

Anhand dieser Aspekte kann nun bestimmt werden, was zumutbar und angemessen ist. Dies sollte sich auch an existierenden Einsatzstandards orientieren. Hilfreiche Fragen sind dabei:

- **Gefährdung:** Welche Art der Gefährdung liegt für die hilfeleistenden Personen vor?
- **Hilfebedarf:** Welche Hilfe wird benötigt? Mit welcher Dringlichkeit wird sie benötigt?
- **Hilfeleistung:** Welche verschiedenen Möglichkeiten gibt es, diesen Bedarf zu decken?
- **Ausbildung:** Wer hat die Ausbildung dazu, die Hilfeleistung umzusetzen?
- **Erfahrung:** Wer hat praktische Erfahrungen, um die Hilfeleistung umzusetzen?
- **Ausrüstung:** Welche Schutzmöglichkeiten sind vorhanden? Welches Material steht zur Hilfeleistung zur Verfügung?
- **Kontext:** Welche Rückfallebenen stehen für die Hilfeleistenden zur Verfügung?

Abbildung 10: CBRN-Gefahrenabwehr (Quelle: flickr, Kai Schwerdt)

Vor diesem Hintergrund lassen sich abstrakt zwei Handlungsmöglichkeiten unterscheiden: Hilfeleistung trotz Gefährdung, keine Hilfeleistung aufgrund unzumutbarer oder unangemessener Gefährdung.

Im Falle der ersten Option gilt es in strittigen Fällen Einfluss auf die Zumutbarkeit zu nehmen, etwa durch Bereitstellung von Schutzkleidung oder Nachsorgeangeboten. Im Falle der zweiten Option ist zu berücksichtigen, dass eine Nicht-Durchführung notwendig zu einem Transfer von Risiko führt. Risiken werden auf andere Personen verschoben, nicht aufgehoben (Reid 2005: 351–352). Entweder tragen die Betroffenen s.o. das Risiko und den Schaden oder die hilfeleistenden Personen. Eine solche Verschiebung eines Risikos kann sinnvoll sein, wenn etwa professionelle Einsatzkräfte statt Laien die Personenrettung übernehmen. Eine Verschiebung des Risikos kann problematisch sein, wenn Fachkräfte mit einer spezifischen Qualifikation nicht bereit sind, das Risiko auf sich zu nehmen und entsprechend zu handeln (etwa bei der Verweigerung der Versorgung von Infizierten).

Im Kontext der Rettung wird hierzulande der Grundsatz vertreten: „Hilfe ist bedingt, Eigenschutz nicht“ (ERC 2020). Das bedeutet, dass Eigenschutz vorgeht und Hilfeleistung dann legitim ist, wenn die Risiken für die Einsatzkräfte angemessen sind. Was angemessen ist, ist eine einsatzbezogene Entscheidung.

5.1.1 Androhung physischer oder psychischer Gewalt

Eine Sondersituation mit Blick auf das Abwägen zwischen Eigenschutz und Hilfeleistung ist die Androhung oder Anwendung physischer oder psychischer Gewalt gegenüber Einsatzkräften. Dies reicht von Beleidigungen bis hin zu körperlichen Angriffen.

Das moralische Problem beim Umgang mit (der Androhung) physischer oder psychischer Gewalt besteht ebenfalls in der Notwendigkeit einer Hilfeleistung und der Gefährdung für die Helfenden. Im Unterschied zu o.g. Situation geht die Gefährdung hier jedoch nicht von einer ungerichteten Umwelt, sondern gezielt von anderen Personen aus.

Allgemein wird eine Verhinderung derartiger Situationen angestrebt. Eine aktive Behinderung von Einsatzkräften oder die Androhung oder Anwendung von Gewalt ihnen gegenüber ist nach deutschem Recht (§ 114 Absatz 3 StGB) und Völkerrecht (Genfer Konventionen und Zusatzprotokolle) strafbar.

Wird dies missachtet und Einsatzkräfte finden sich dennoch in Situationen aktiver Androhung oder Anwendung von Gewalt wieder, ist eine Abwägung zwischen möglichen Schäden und der Notwendigkeit zu helfen, sinnvoll.

Auch hier ist die Ansicht verbreitet, dass Eigenschutz vor Hilfeleistung geht, da niemand von einem anderen Menschen verlangen kann, sich in (Lebens-)Gefahr zu begeben. Zugleich bedeutet dies nicht, dass jeder (physische, psychische oder ressourcenbezogene) Schaden ein hinreichender Grund ist, Hilfeleistung zu unterlassen.

Bei einer Abwägung zwischen Eigenschutz und Hilfeleistung kommt situativen Aspekten eine entscheidende Rolle bei der Bewertung zu. Wird eine einzelne Einsatzkraft von einer Gruppe bedroht, ist die Lage mitunter anders zu bewerten, als wenn eine einzelne Person ein Team von Helfenden bedroht. Ähnlich verhält es sich mit Blick auf den Hilfebedarf. Wird eine akute lebensrettende Maßnahme behindert, ist dies anders zu bewerten als bei aufschiebbaren Behandlungen. Des Weiteren ist der Kontext, also die Verfügbarkeit von Unterstützungs- und Nachsorgemöglichkeiten von Bedeutung (bspw. psychologische Begleitung, Übernahme von Krankenhauskosten, Strafverfolgung von Personen, die die Hilfeleistung behindern).

Eine unterschiedliche Bewertung von physischer und psychischer Gewalt (-androhung) ist pauschal nicht sinnvoll. Hier ist die jeweilige Situation zu berücksichtigen. Die Androhung von Gewalt ist ebenfalls Gewalt.

5.1.2 Zwang von Einsatzkräften zu menschenrechtswidrigem Verhalten

Schließlich können sich Situationen ergeben, in denen Einsatzkräfte durch Androhung oder Anwendung von physischer oder psychischer Gewalt dazu genötigt werden sollen, an menschenrechtswidrigem Handeln (z. B. Folter) mitzuwirken.

Das moralische Problem besteht hier zwischen Eigenschutz und der erzwungenen eigenhändigen Schädigung Dritter. Letzteres widerspricht nicht nur den individuellen, organisationalen und gesellschaftlichen Moralvorstellungen, sondern den Menschenrechten.

Auch diese Situationen sind mit Verweis auf die Menschenwürde und Menschenrechte zu verhindern. Auch hier gilt, dass die Instrumentalisierung von zivilen humanitären Einsatzkräften in kriegerischen Auseinandersetzungen dem Völkerrecht widerspricht (Genfer Konventionen und Zusatzprotokolle).

Finden diese Situationen dennoch statt, stehen zwei Argumentationen in Konflikt. Auf der einen Seite argumentiert das Genfer Gelöbnis[3], dem sich ärztliches Personal verpflichtet, dass medizinisches Wissen „selbst unter Bedrohung [...] nicht zur Verletzung von Menschenrechten oder bürgerlichen Freiheiten“ angewendet werden darf (Bundesärztekammer 2021, offizielle deutsche Übersetzung der Deklaration von Genf). Auf der anderen Seite lässt sich argumentieren, dass von Menschen nicht gefordert werden kann, ihr Leben für andere zu opfern. Bereits die Androhung von Folter ist Folter. Wird einer Person also mit Folter gedroht, ist sie selbst Opfer von Folter.

Im Umgang mit diesem Dilemma erklärt der Weltärztebund, dass ärztliches Personal „den zuständigen Behörden jeden ungerechtfertigten Eingriff in die Versorgung ihrer Patienten melden [sollte], insbesondere bei einer Verweigerung grundlegender Menschenrechte.“ (WMA 2005: 54) Dies umfasst auch die Anzeige der eigenen Instrumentalisierung.

3 Nicht zu verwechseln ist das Genfer Gelöbnis mit der Genfer Konvention. Das Genfer Gelöbnis ist rechtlich nicht bindend.

5.2 Abwägen von Hilfeleistung und Gefährdung

Neben Situationen, in denen Hilfeleistung für die Einsatzkräfte nicht gefahrlos möglich ist, ist in vielen Situationen eine Hilfeleistung mit Risiken oder sogar Schäden für die zu versorgende(n) Person(en) verbunden. Derartige Situationen sind etwa die Abwägung verschiedener Bergungsoptionen oder die Abwägung von Therapieoptionen.

Das moralische Problem besteht darin, dass Hilfeleistungs- und Nicht-Schadensprinzip in Konflikt geraten. So geht von einer notwendigen Hilfeleistung ein (potenzieller) Schaden für die zu versorgende Person aus.

Abbildung 11: Gefährliche Bergrettung (Quelle: pexels, Roman Apaza)

Auch bei der Abwägung von Hilfeleistung und Gefährdung kommt den Konzepten der Angemessenheit und Zumutbarkeit eine zentrale Rolle zu. Es gilt abzuwägen, inwieweit der zu erwartende Nutzen den durch die Hilfeleistung (voraussichtlich) verursachten Schaden überwiegt. Im Gegensatz zu den im vorherigen Kapitel genannten Situationen sind hier für die Beurteilung der Angemessenheit jedoch andere Aspekte zu berücksichtigen. Die Tabelle beschreibt sie. Um die Abwägung vorzubereiten, sollten zunächst Informationen zu all diesen Aspekten gesammelt werden.

Tabelle 4: Aspekte zur Abwägung von Hilfsleistung und Gefährdung (eigene Darstellung)

	Aspekte	Beschreibung	Beispiel
situative Aspekte	**Gefährdung ohne Versorgung**	Zu erwartender Schaden für die zu versorgende(n) Person(en), wenn keine Versorgung stattfindet.	Verbluten bei offener Fraktur. Risiko zu schwerem Verlauf, Beeinträchtigungen oder Tod der Person(en).
	Hilfebedarf	Grad der Not und die Dringlichkeit.	Stillen der Blutung. Impfung zur Risikominimierung für einen schweren Verlauf.
individuelle Aspekte	**Hilfeleistung**	Notwendige Versorgungsleistung.	Bergung aus Trümmern. Gabe eines Medikaments. Durchführung einer OP.
	Risiken der Hilfeleistung	Möglicher Schaden für betroffene Person(en) durch oder bei der Hilfeleistung sowie deren Wahrscheinlichkeit.	Verletzungsrisiken bei der Bergung. Nebenwirkungen von Therapien. Komplikationen bei einer OP.
	Potenziale der Hilfeleistung	Mögliche positive Wirkung der Hilfeleistung und deren Erfolgsaussicht.	Rettung der verschütteten Person(en). Heilung der Krankheit. Vermeidung von schwerem Verlauf.
kontextueller Aspekt	**Kontext**	Struktureller Rahmen für die Hilfeleistung und den Umgang mit Risiken.	In der gegebenen Situation gibt es (keine) Alternativen mit geringeren Risiken und Hilfepotenzialen. Es gibt (keine) Nachsorgeangebote für die Milderung negativer Folgen.
individueller Aspekt	**Patientenwille**	Wille der betroffenen Person.	Die betroffene Person willigt nach informierter Aufklärung (nicht) in die Hilfeleistung ein. Maßnahme gegen den Willen oder Gewähren des Willens.

Im Rahmen der Betrachtung sollte Gefährdung so verstanden werden, dass hier auch die psychische Gesundheit der betroffenen Person(en) mitgedacht wird. Bei der Abwägung ist zu berücksichtigen, dass Situationen, Daten- und Informationslagen je nach Perspektive der beurteilenden Person(en) mitunter unterschiedlich bewertet werden könnten. Die Entscheidungsfindung im Team ist vor diesem Hintergrund grundsätzlich zu begrüßen. Wenngleich eine gemeinsam getragene Entscheidung wünschenswert ist, liegt sie letztlich bei der entscheidungsverantwortlichen Person.

Mit Blick auf den Kontext sollten Nachsorgeoptionen mitberücksichtigt werden, die eventuelle Schäden mildern oder ganz beseitigen können. Schließlich kommt dem Patientenwillen eine zentrale Rolle zu. Eine angemessene Willensbildung erfordert ein informiertes Einverständnis, welche eine Aufklärung über die durchzuführende Hilfeleistung, ihre Potentiale und Risiken voraussetzt. Dies gilt in Krisen ebenso wie im Alltag und sollte nach Möglichkeit schriftlich festgehalten werden (s. Kapitel VI.1).

Anhand dieser Aspekte kann nun bestimmt werden, was zumutbar und angemessen ist. Dies sollte sich auch an existierenden Einsatzstandards orientieren. Hilfreiche Fragen sind dabei:

- **Gefährdung ohne Versorgung:** Welche Art der Gefährdung droht der betroffenen Person, wenn keine Hilfeleistung stattfindet?
- **Hilfebedarf:** Welche Hilfe wird benötigt? Mit welcher Dringlichkeit wird sie benötigt?
- **Hilfeleistung:** Welche verschiedenen Möglichkeiten gibt es, diesen Bedarf zu decken?
- **Risiken der Hilfeleistung:** Welche Risiken gehen mit der Hilfeleistung einher und wie wahrscheinlich sind sie?
- **Potentiale der Hilfeleistung:** Welche Erfolgsaussicht bietet die Hilfeleistung für die betroffene Person und wie wahrscheinlich sind diese?
- **Kontext:** Gibt es in der aktuellen Situation Alternativen zur o.g. Hilfeleistung? Wie sind diese im Sinne dieser Aspekte zu beschreiben?
- **Patientenwille:** Gibt die Person ihr informiertes Einverständnis? Ist eine Maßnahme gegen den Patientenwillen geboten?

Vor diesem Hintergrund lassen sich abstrakt zwei Handlungsmöglichkeiten unterscheiden: Eine Hilfeleistung wird trotz Gefährdung durchgeführt, weil die angestrebte Hilfe den möglichen Schaden überwiegt. Es wird keine oder eine andere Hilfeleistung durchgeführt, da die Risiken für die zu versorgende(n) Person(en) den möglichen Nutzen übersteigen.

Im Fall der zweiten Option ist zu berücksichtigen, dass die Nichtdurchführung einer bestimmten Maßnahme nicht damit gleichzusetzen ist, dass gar keine Hilfe geleistet wird. Im Gegenteil, in diesen Situationen muss über alternative Versorgungsmöglichkeiten nachgedacht werden, die im Rahmen der gegebenen Situation die bestmögliche Hilfeleistung darstellen. Falls aus medizinischer Sicht eine kurative Therapie nicht möglich ist, ist eine supportive oder palliative Versorgung zu gewährleisten.

5.2.1 Einsatz von Zwang

Unter besonderen Umständen kann es möglich werden, dass Menschen gegen ihren Willen versorgt werden und damit Zwang angewandt wird. Zwang kann physisch (Einsatz freiheitsbeschränkender Maßnahmen) oder psychisch (Situationen emotionaler Erpressung) angewendet werden. Beide Arten sind ohne schwerwiegende Gründe – wie etwa der Abwendung einer substanziellen Eigen- oder Fremdgefährdung – abzulehnen und nicht gerechtfertigt.

Das moralische Problem besteht darin, dass eine Versorgung oder die Abwendung von Gefahr nur gegen den geäußerten Willen einer Person durchgeführt werden kann. Bei der Versorgung besteht der Konflikt zwischen der Autonomie einer Person und dem Hilfeleistungsprinzip. Bei der Abwendung von Gefahren für Dritte besteht der Konflikt zwischen Autonomie und Gerechtigkeitsprinzip.

Grundlage zur Bewältigung derartiger Konflikte ist die Beurteilung der Angemessenheit einer durchzuführenden Zwangsmaßnahme. Hierbei kommt der Einwilligungsfähigkeit der zu versorgenden Person eine zentrale Bedeutung zu. Zudem ist die Art und Schwere der Eigen- oder Fremdgefähr-

dung zentral. Schließlich haben die Art und die Eingriffstiefe der Zwangsmaßnahme einen Einfluss auf die Bestimmung der Angemessenheit.

Zwang gilt es, wann immer möglich, zu vermeiden; auch in Krisen. Es sollte keine kategorische Entscheidung darüber gefällt werden, dass Zwang in bestimmten Situationen oder bei bestimmten Personengruppen (bspw. demenziell veränderten Menschen) generell legitim ist und durchgeführt wird. Die Entscheidung, eine Zwangsmaßnahme durchzuführen, sollte auch in Krisen so lange wie möglich individuell getroffen werden. Im Kontakt mit Betroffenen sollte eine anerkennende Kommunikation gesucht werden.

5.3 Abwägen von „Individual- und Gesellschaftsinteressen“

Sowohl im Alltag als auch in Krisen gibt es Situationen, in denen die Interessen von Individuen mit gesellschaftlichen Interessen im Konflikt stehen. Individualinteressen sollten nicht nur als das Interesse einer einzigen Person verstanden werden, sondern können weiter gefasst auch Personengruppen meinen. Für gesellschaftliche Interessen gilt, dass diese nicht einfach gegeben sind, sondern ausgehandelt und bestimmt werden. Die Unterscheidung von Individual- und Gesellschaftsinteressen ist funktional und soll nicht suggerieren, dass Individuen oder Personengruppen nicht zur Gesellschaft gehören.

Das moralische Problem bei der Abwägung von Individual- und Gesellschaftsinteressen besteht darin, dass Maßnahmen, die im Individualinteresse wären, nur unter Einschränkungen oder Beeinträchtigungen von Gesellschaftsinteressen erreicht werden können oder dass Gesellschaftsinteressen nur unter Beeinträchtigung von Individualinteressen umgesetzt werden können. Hierbei handelt es sich um ein Gerechtigkeitsproblem, bei dem zu begründen ist, warum welche Interessen (nicht) berücksichtigt werden.

Bei der Abwägung von Individual- und Gesellschaftsinteressen geht es um die begründete Einschränkung oder Beeinträchtigung von Interessen. Es gilt abzuwägen, inwieweit Individual- oder Gesellschaftsinteressen hinreichend legitim sind, um eine Einschränkung der jeweils anderen Interessen zu rechtfertigen. Auch hier sind verschiedene Aspekte zu berücksichtigen. Die Tabelle beschreibt sie. Um die Abwägung vorzubereiten, sollten zunächst Informationen zu all diesen Aspekten gesammelt werden.

Tabelle 5: Aspekte zur Abwägung von Individual- und Gesellschaftsinteressen (eigene Darstellung)

	Aspekte	Beschreibung	Beispiel
situative Aspekte	**Individuelle Gefährdung**	Gefährdungslage der betroffene(n) Person(en).	Bestimmte Person(en) ist/sind durch eine Virusinfektion besonders gefährdet.
	Gesellschaftsgefährdung	Gefährdungslage der betroffenen Gesellschaft.	Gesellschaft in Gänze ist durch die Virusinfektion nicht besonders gefährdet.
individuelle Aspekte	**Handlung im Individualinteresse**	Für Individualinteresse notwendige Handlung.	Schutz vulnerabler Personen durch Einschränkung der Freiheiten aller.
	Potential der Individualhandlung	Gewünschte Folgen für das Individuum bei Individualhandlung.	Schutz besonders vulnerabler Personen.
	Risiken der Individualhandlung	Absehbare negative Folgen für die Gesellschaft bei Handlung im Individualinteresse.	Inkaufnahme der Einschränkung von Freiheiten zugunsten besonders vulnerabler Personen.
	Handlung im Gesellschaftsinteresse	Für Gesellschaftsinteresse notwendige Handlung.	Nicht-Einschränkung der Freiheiten der Bevölkerung.
	Potential der Gesellschaftshandlung	Gewünschte Folgen für die Gesellschaft bei Gesellschaftshandlung.	Erhaltung und Schutz der Freiheiten der Bevölkerung.
	Risiken der Gesellschaftshandlung	Absehbare negative Folgen für Individuen bei Handlung im Gesellschaftsinteresse.	Inkaufnahme einer Gefährdung besonders vulnerabler Personen zugunsten der Erhaltung von Freiheiten.
	Evidenz	Wissenschaftliche Daten für Aussagen über Chancen und Risiken.	Es liegen (keine) Vorerfahrungen oder Studien vor.
kontextueller Aspekt	**Kontext**	Struktureller Rahmen für die Umsetzung von Interessen und den Umgang mit Risiken.	Vorhandensein alternativer Schutzmöglichkeiten für besonders vulnerable Personen oder von Freiheiten.

Auch wenn eine Mehrheit an Personen ein Interesse vertritt, ist das kein hinreichender Grund für den Vorzug dieses Interesses, denn dies birgt die Gefahr einer Benachteiligung oder Diskriminierung von Minderheiten. Das Handeln im Interesse von zehn Personen ist nicht wichtiger als das Handeln im Interesse einer Person. Dies gilt ebenso im Kontext von Krisen.

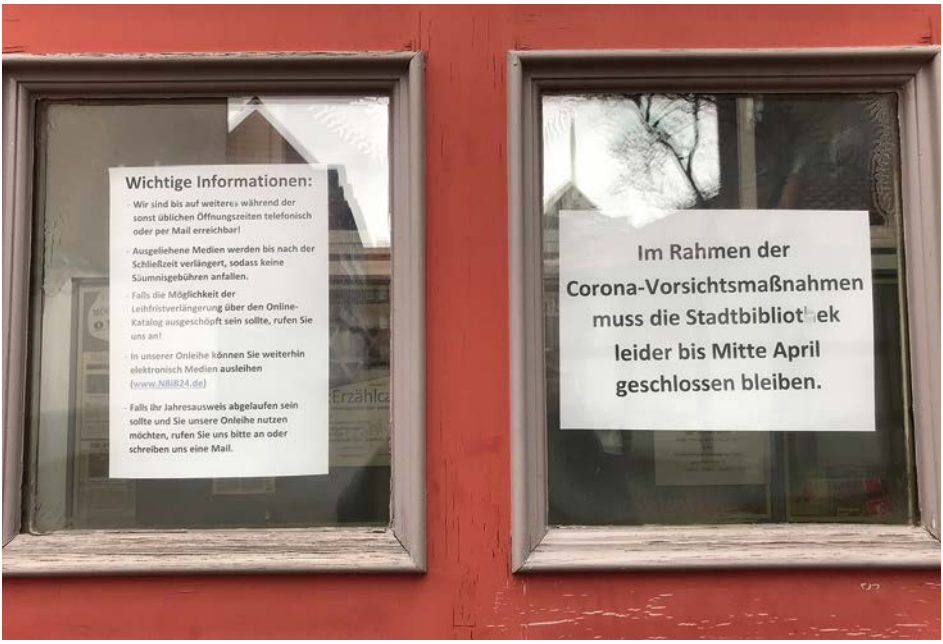

Abbildung 12: Bibliothek aufgrund von Corona geschlossen (Quelle: flickr, herr.g)

Anhand dieser Aspekte kann nun bestimmt werden, was zumutbar und angemessen ist. Dies sollte sich auch an existierenden Einsatzstandards orientieren. Hilfreiche Fragen sind dabei:

- **Individuelle Gefährdung:** Welcher Gefährdung steht eine betroffene Person(engruppe) in der aktuellen Situation gegenüber?
- **Gesellschaftsgefährdung:** Welcher Gefährdung steht eine Gesellschaft in der aktuellen Situation gegenüber?
- **Handlung im Individualinteresse:** Welche Handlung ist im Interesse der betroffenen Person(engruppe)?
- **Potential der Individualhandlung:** Welches positive Potential hat die Handlungsweise für die Person(engruppe)?
- **Risiken der Individualhandlung:** Welche Risiken gehen mit der Handlungsweise der Person(engruppe) zugunsten der Gesellschaft einher?
- **Handlung im Gesellschaftsinteresse:** Welche Handlung ist im Interesse der Gesellschaft?

- **Potenzial der Gesellschaftshandlung:** Welches positive Potenzial hat die Handlungsweise für die Gesellschaft?
- **Risiken der Gesellschaftshandlung:** Welche Risiken gehen mit der Handlungsweise der Gesellschaft für die Person(engruppe) einher?
- **Evidenz:** Auf welcher wissenschaftlichen Basis stehen die genannten Potentiale und Risiken?
- **Kontext:** Gibt es in der aktuellen Situation Alternativen zu den jeweiligen Handlungsweisen? Wie sind diese im Sinne dieser Aspekte zu beschreiben?

Vor diesem Hintergrund lassen sich abstrakt zwei Handlungsmöglichkeiten unterscheiden: Die Umsetzung des Individualinteresses ist legitim und wird im gesellschaftlichen Handeln berücksichtigt. Das Individualinteresse lässt sich aufgrund eines höhergewichtigen Gesellschaftsinteresses nicht direkt berücksichtigen.

Die Nicht-Berücksichtigung eines Individualinteresses kann zwei Gründe haben. Einerseits kann es sein, dass das Individualinteresse nicht legitim ist. So etwa die eigene Bereicherung auf Kosten anderer. Andererseits kann es sein, dass das Individualinteresse zwar legitim ist, aber nicht berücksichtigt werden kann, weil die damit einhergehenden Einschränkungen für andere zu groß wären. Gerade in diesen Situationen sollte versucht werden, durch anderweitige Handlungsweisen zumindest Teilen des Individualinteresses Rechnung zu tragen.

Die Nicht-Berücksichtigung eines Gesellschaftsinteresses kann zwei Gründe haben. Einerseits kann es sein, dass das Gesellschaftsinteresse nicht legitim ist, weil z. B. dadurch bestimmte Personengruppen diskriminiert werden. Andererseits kann es sein, dass das Gesellschaftsinteresse zwar legitim ist, aber nicht berücksichtigt werden kann, weil dies z. B. zu viele Ressourcen binden würde. Gerade in diesen Situationen sollte versucht werden, durch anderweitige Handlungsweisen zumindest Teilen des Gesellschaftsinteresses Rechnung zu tragen.

5.4 Verteilen begrenzter Ressourcen

Insbesondere in Flächenlagen, Katastrophen oder Zivilschutzlagen kann es vorkommen, dass die verfügbaren Ressourcen (z. B. Zeit, Personal, Aufmerksamkeit, Finanzen, Sachgegenstände, Behandlungen, Strukturen usw.) nicht ausreichen, um alle Hilfebedarfe vollumfänglich zu decken. Da alle Personen jedoch zunächst einmal einen gleichen Anspruch auf Hilfeleistung und Linderung ihres Leids haben, ist zu überlegen, wie die begrenzten Ressourcen möglichst gerecht verteilt werden können.

Das moralische Problem bei der Verteilung begrenzter Ressourcen besteht in dem (zunächst einmal) gleichen Anspruch auf Hilfe aller betroffenen Personen und den dafür nicht in ausreichendem Maße zur Verfügung stehenden Ressourcen. Beim Umgang mit derartigen Situationen kommt dem Wert der Gerechtigkeit große Bedeutung zu. Gerechtigkeit kann definiert werden als „gleiche Behandlung Gleicher". Es ist aber zu klären, wer „Gleiche" sind und nach welchen Kriterien (Un-)Gleichheit bestimmt wird. Außerdem muss bestimmt werden, was Gleichbehandlung genau ist. Bekommen alle: (a) den absolut gleichen Anteil, (b) einen relativ gleichen Anteil unter Berücksichtigung externer Kriterien (z. B. Bedarf, Leistung, usw.), (c) so viel bzw. wenig, dass für alle ein vergleichbares Resultat erreicht wird. Je nach Gerechtigkeitsverständnis gibt es verschiedene Argumentationen.

Die Frage nach einer gerechten Verteilung von Ressourcen in Bezug auf das Gesundheitssystem lässt sich auf drei Ebenen stellen (Marckmann und Dodt 2016): die Verteilung von Ressourcen, die innerhalb des Gesundheitssystems für Bevölkerungsschutz bereitgestellt werden, die Verteilung von Ressourcen innerhalb einzelner Organisationen und schließlich die Verteilung zwischen Hilfebedürftigen.

Da ein Ressourcenmangel immer in irgendeiner Art mit Einschränkungen der Verteilung einhergeht und damit Menschen bewusst (manchmal unbewusst) ungleich behandelt werden, kommt der Vorbeugung solcher Zuspitzungen große Bedeutung zu.

Ist ein Mangel nicht vermeidbar, dann ist ein strukturiertes Vorgehen zur gerechten Verteilung von Ressourcen hilfreich. Dieses sollte neben den Rahmenbedingungen, das Verhältnis von Bedarfen und Ressourcen darlegen und darauf aufbauend zur Wahl einer der Situation angemessenen Verteilungsstrategie befähigen. Hierfür werden vier Schritte vorgeschlagen, die im Folgenden als „BLAU-Schema“ bezeichnet werden. Die einzelnen Schritte werden nun erläutert.

Tabelle 6: BLAU-Schema zum Umgang mit Verteilungsfragen (eigene Darstellung)

	Schritte zum Umgang mit Verteilungsfragen
1	**Bestimmung der Rahmenbedingungen für die Verteilung** • Bestimmung der für die Verteilungsentscheidung zuständigen Personen • Bestimmung des zeitlichen Rahmens für die Entscheidung und ihre Überprüfungszyklen
2	**Lagefeststellung des Verhältnisses von Bedarfen und Ressourcen** • Bestimmung der zu berücksichtigenden Personen, Tiere, Sachgegenstände und Strukturen • Bestimmung der nach Ausschöpfung aller Möglichkeiten verfügbaren Ressourcen • Bestimmung der Bedürfnisse und Hilfebedarfe, die berücksichtigt werden sollen
3	**Auswahl der Handlungsweise** • Ressourcen sind ausreichend vorhanden: • Sicherstellung einer Verteilung auf alle zu berücksichtigenden Personen, Tiere, Sachgegenstände und Strukturen • Ressourcen sind nicht ausreichend vorhanden: - Option 1: gleiche Behandlung aller Betroffenen · Senkung der Qualität verteilter Ressourcen (Minderung) · Senkung der Quantität verteilter Ressourcen (Rationierung) - Option 2: ungleiche Behandlung der Betroffenen · Beschränkung der zu berücksichtigenden Wesen (Priorisierung)
4	**Umsetzung der Verteilung** • Kontrolle der diskriminierungsfreien Umsetzung

Schritt 1: Bestimmung der Rahmenbedingungen für die Verteilung

Bevor bestimmt wird, wie mit einer Verteilungssituation umzugehen ist, sollten zunächst die Rahmenbedingungen dieser Situation thematisiert und geklärt werden. Dies umfasst zum einen die Bestimmung der Person(en), die für die folgenden Schritte zuständig sind und darüber entscheiden, welche Kriterien für diese Entscheidung gewählt werden. Diese Personen sollten eine angemessene Ausbildung, Stellung und Informationen haben, um diese Entscheidungen fällen zu können. Zum anderen ist der zeitliche Rahmen für die Verteilungsentscheidung sowie ihrer Überprüfungszyklen zu bestimmen. So sollte regelmäßig überprüft werden, ob die Maßnahmen der Lage und Verfügbarkeit von Ressourcen noch angemessen sind. Damit lassen sich Einschränkungen auf das nötige Maß begrenzen.

Schritt 2: Lagefeststellung des Verhältnisses von Bedarfen und Ressourcen

Der zweite Schritt ist die Feststellung des Verhältnisses zwischen Bedarfen und verfügbaren Ressourcen. Dies umfasst drei Fragen: Welche Personen, Tiere, Sachgegenstände oder Strukturen sind zu berücksichtigen? Welche Ressourcen stehen zur Verfügung? Welche Bedürfnisse und Hilfebedarfe sind zu berücksichtigen?

Wer zu berücksichtigen ist, mag gerade in kleineren, kurzen und regional klar begrenzten Einsätzen relativ einfach zu beantworten sein. Weitet sich jedoch das betroffene Gebiet, vergrößert sich der Schaden oder verlängert sich die Dauer eines Einsatzes, so hat man es schnell mit einer enormen Komplexität zu tun. Neben den direkt betroffenen Personen (im Schadensgebiet oder der Notunterkunft) muss bei längeren Einsätzen auch die Versorgung der Einsatzkräfte mitgedacht werden. Weiterhin sind womöglich Personen indirekt betroffen. So z. B. pflegebedürftige Menschen, die in einem Schadensgebiet leben, nicht akut betroffen sind, aber unter dem Ausfall von Unterstützungsstrukturen leiden. Ebenso kann der Wegfall einer Apotheke oder eines Supermarktes im Schadensgebiet dazu führen, dass auch Personen, Tiere, Sachgegenstände oder Strukturen im näheren Umkreis mit zunehmender Dauer und dem Aufbrauchen ihrer Ressourcen in Notlagen geraten. Ähnliches gilt für Personen, die den Opfern einer

Notlage Hilfe leisten und dadurch mittelfristig selbst einer externen Hilfe bedürfen. Auch Tiere können in einer Lage plötzlich zu berücksichtigen sein (s. Kapitel V.4.3). So können Evakuierungs- oder Fluchtlagen dazu führen, dass Menschen ihre Assistenz- oder Haustiere mit zu Notunterkünften bringen. Bei knapper Wasserversorgung oder großer Hitze oder Kälte können aber auch Nutztiere als potenziell zu Berücksichtigende in den Blick geraten. Insbesondere mit Blick auf Ressourcen wie Wasser oder Strom können schließlich (Infra-)Strukturen wie Krankenhäuser bei einer Verteilung von Ressourcen zu berücksichtigen sein.

Neben der Bestimmung der zu berücksichtigenden Menschen, Tiere, Sachgegenstände und Strukturen ist die Bestimmung der vorhandenen Ressourcen (z. B. Zeit, Personal, Aufmerksamkeit, Finanzen, Sachgegenstände, Behandlungen, Strukturen usw.) Teil einer Analyse der gegebenen Situation. Nicht in allen Krisen fehlen kritische Ressourcen. Zudem können in alltäglichen Situationen Ressourcen begrenzt sein. Die Feststellung eines Ressourcenmangels ist eine Legitimation und Begründung für besonderes Handeln. Die Ausgestaltung dieses Handelns bedarf jedoch einer eigenen Rechtfertigung. Gerade Einsatz- und Führungskräfte mit wenig Einsatzerfahrung tendieren dazu, eine Situation als dramatischer zu beschreiben als sie ist. Grund hierfür ist unter anderem, dass die Ausbildung im Umgang mit Extremereignissen oft wenig auf Zwischenstufen eingeht und Einsatzkräfte den außergewöhnlichen Charakter eines Ereignisses mitunter vorschnell feststellen, ohne Alternativen zu prüfen (Sass 2006: 15–16). Zu bedenken ist außerdem: Ressourcen haben auch eine zeitliche Dimension. Dies betrifft nicht nur Medikamente, die zur Neige gehen oder verderben, sondern auch die Arbeitskraft von Helfenden, die nicht immer in gleichem Maße vorhanden ist. Daher sollte die Ressourcenlage regelmäßig überprüft und das Handeln daran angepasst werden.

Schließlich ist zu bestimmen, welche Bedürfnisse in einer Situation bestehen und welche Hilfebedarfe daraus abgeleitet werden können und bei der Verteilung von Ressourcen zu berücksichtigen sind. Hierbei geht es etwa darum, zu entscheiden, ob neben physiologischen Bedürfnissen (nach Ernährung, Bekleidung, Witterungsschutz, Hygiene, Schmerzfreiheit und Ruhe/Schlaf) auch Sicherheits-, Sozial-, Geltungs- und Selbstver-

wirklichungsbedürfnisse bei der Verteilung beachtet werden sollten. Alle Menschen haben diese Bedürfnisse, unabhängig von Alter, Geschlecht, dem Vorhandensein von Beeinträchtigungen, ihrer ethnischen oder kulturellen Abstammung oder ihren Wertüberzeugungen. Zugleich können die Kapazitäten, die Menschen haben, um ihre Bedürfnisse zu erfüllen, sehr unterschiedlich sein. Während an der einen Stelle ein spezifischer Gegenstand gebraucht wird, um die o. g. Bedürfnisse zu erfüllen (ein Dach über dem Kopf, ein höherer Toilettensitz, ein Medikament), fehlt an anderer Stelle u. U. das Wissen, um Hilfsmittel nutzbringend anzuwenden. Schließlich gibt es Menschen, die aufgrund ihrer akuten oder dauerhaften Lebenssituation auf Assistenz angewiesen sind. Zudem ist zu bedenken, dass sich Hilfebedarfe aufgrund der Dauer eines Einsatzes verändern können. Eine Beurteilung im Team kann dabei helfen, möglichst viele Personen, Perspektiven und Expertisen bei der Erhebung von Bedürfnissen und der Bestimmung von Hilfebedarfen mitzudenken.

„Besondere“ und „normale“ Hilfebedarfe

Die verbreitete Unterscheidung von „besonderen“ und „normalen“ Bedarfen ist ambivalent zu beurteilen. Auf der einen Seite wird dadurch ausgedrückt, dass Menschen unterschiedliche Kapazitäten haben. Auf der anderen Seite birgt diese Unterscheidung von „normalen“ und „besonderen“ Bedarfen die Gefahr, dass Menschen benachteiligt werden. Beispielhaft sind hier schlecht- oder nicht-sehende Menschen zu nennen. Die von ihnen benötigte Unterstützung in Krisen wird meist als zusätzlicher Aufwand beschrieben und den Hilfebedarfen sehender Menschen untergeordnet oder gar als optional verstanden. Demgegenüber lässt sich argumentieren, dass alle Menschen ein gleiches Recht auf Hilfeleistung haben und entsprechend Maßnahmen zur Versorgung aller zur Verfügung stehen müssen. Zudem lässt sich auch praktisch zeigen, dass viele scheinbar besondere Hilfebedarfe gar nicht so besonders sind: Vielfältige Kommunikationskanäle können bspw. bei Analphabetismus oder Fremdsprachigkeit hilfreich sein. Auch resultiert die betonte Besonderheit zumeist aus einer Nicht-Berücksichtigung dieser Bedarfe bei der Planung und Vorbereitung von Einsätzen. Werden keine Orientierungshilfen für schlecht und nicht-sehende Menschen vor dem

Einsatz entwickelt und mitgebracht, kann daraus im Einsatz ein besonderer Bedarf entstehen. Derartige Argumentationen lassen sich auch übertragen auf den Umgang mit Allergien und Unverträglichkeiten, auf den Umgang mit religiösen, kulturellen oder weltanschaulichen Bedürfnissen sowie auf die Bereitstellung von Assistenzen.

Eine Nicht-Berücksichtigung von Hilfebedarfen ist zu begründen. Hierbei geht es weniger darum, dass der Bevölkerungsschutz alle möglichen Hilfebedarfe kennen muss und für diese gewappnet ist. Vielmehr geht es darum, Normalitätsvorstellungen kritisch zu hinterfragen. Dies gilt insbesondere vor dem Einsatz und mit Blick auf die Berücksichtigung gesellschaftlicher Vielfalt in Planung und Vorbereitung. Um Bevormundung oder die Verstetigung von Abhängigkeitsverhältnissen zu vermeiden, ist eine Einbindung der Betroffenen oder ihres sozialen Umfeldes sinnvoll. Dies ist insbesondere für anspruchsvollere Hilfebedarfe wichtig, die nicht nur eine besondere Sensibilität, ein fundiertes Fachwissen, sondern auch besondere technische Mittel benötigen (z. B. bei Demenz, Dialyse oder Depression). Grundlage ist die Idee der verteilten Verantwortung für Notfallplanung und Bevölkerungsschutz (Trento und Allen 2014: 579).

Schritt 3: Auswahl der Handlungsweise

Im Anschluss an die Analyse von Hilfebedarfen und Ressourcen müssen das Verteilungsziel und die gewünschte Handlungsweise bestimmt werden. Hier lassen sich zwei Problemstellungen unterscheiden: die Verteilung bei ausreichend vorhandenen Ressourcen und die Verteilung bei nicht ausreichend vorhandenen Ressourcen.

Auch bei ausreichenden Ressourcen stellt sich die Frage, wie gerecht verteilt wird; auch wenn hier der Entscheidungsdruck ein anderer ist (Blum 2013: 1071–1072). Nicht nur sind Ressourcen selten so verfügbar, dass alle Bedürftigen gleichzeitig darauf Zugriff haben. Auch können sich große Unterschiede bezüglich der individuell nutzbaren Ressourcenmengen ergeben. Zudem können etwa Machthierarchien (un-)bewusst oder (un-)sichtbar dazu führen, dass nicht alle als relevant bestimmten Personen,

Tiere, Sachgegenstände oder Strukturen auch tatsächlich in gleicher Weise berücksichtigt werden. Eine ungerechtfertigte Benachteiligung oder gar eine Diskriminierung von Individuen oder Gruppen ist in jedem Fall zu vermeiden. In diesem Sinne ist es wichtig, dass auch bei ausreichender Verfügbarkeit von Ressourcen deren tatsächliche Verteilung hinterfragt wird.

Sind Ressourcen nicht ausreichend vorhanden, muss entschieden werden, wer in welchem Maße bei der Verteilung berücksichtigt wird. Es lassen sich drei Arten des Umgangs mit begrenzten Ressourcen unterscheiden: Minderung, Rationierung und Priorisierung.

Alle drei Möglichkeiten bieten Chancen, können aber auch zu Problemen führen. Die Übergänge zwischen diesen verschiedenen Umgangsweisen sind nicht immer scharf. Ebenso ist eine Überschneidung nicht ausgeschlossen und manchmal sogar sinnvoll.

Abbildung 13: Verteilung von Wasser (Quelle: pixabay, Michael Schwarzenberger)

Minderung der Versorgungsqualität

Bei der Minderung wird die Qualität der verteilten Ressourcen gesenkt. Ein Beispiel wäre die Nutzung von Lebensmitteln über das Mindesthaltbarkeitsdatum hinaus. Dieses Vorgehen verkörpert in gewisser Weise einen Gleichbehandlungsansatz, nach dem alle relevanten Personen den exakt gleichen Anteil bekommen. Aus dieser Gleichbehandlung können jedoch, je nach Ausgangssituation der betroffenen Personen, Tiere, Dinge oder Strukturen sehr unterschiedliche Situationen erwachsen. Für ein solches Vorgehen spricht, dass keine Personen von Unterstützung oder Maßnahmen ausgeschlossen werden. Gegen die Minderung spricht, dass sich die Situation verschlechtern kann. Eine eingeschränkte Versorgungsqualität kann bspw. zu einem Anstieg an Durchfallerkrankungen führen. Eine Minderung kann zudem unterschiedliche Auswirkungen für unterschiedliche Personen haben (etwa Kleinkinder oder dialysebedürftige Personen) (Daniels 2016: 112).

Rationierung der Versorgungsquantität

Eine zweite Option für den Umgang mit begrenzten Ressourcen ist die Rationierung. Anders als bei der Minderung wird hier nicht die Qualität, sondern die Menge – die Quantität – der Ressourcen verringert; sei es die Menge an Lebensmitteln, die Möglichkeit, sich zu waschen oder der Zugang zu Internet und Strom. Die Rationierung ist tief im Bevölkerungsschutz verankert und findet sich etwa in der Vergabe von Essensmarken oder der logistischen Planung von Notunterkünften. Wie auch die Minderung folgt die Rationierung zunächst einmal einem Gleichbehandlungsansatz, nach der alle relevanten Personen den exakt gleichen Anteil bekommen. Sie kämpft deshalb auch mit dem Problem, schlecht auf die Unterschiedlichkeit von Personen und Lebenssituationen reagieren zu können. Auch für die Rationierung spricht, dass alle relevanten Personen, Tiere, Sachgegenstände oder Strukturen in gleicher Weise[4] berücksichtigt werden. Hinzu kommt bei der Rationierung, dass die Qualität nicht eingeschränkt ist. Gegen eine Rationierung spricht, dass sie – wie auch die Minderung – u. U. schlecht mit der Unterschiedlichkeit von Menschen umgehen kann. Menschen essen oder trinken unterschiedlich viel, brauchen unterschiedlich

4 Oftmals wird dies mit einer Priorisierung kombiniert, die menschliche Bedürfnisse über die von Tieren, Sachgegenstände oder Strukturen stellt.

viel Schlaf, haben unterschiedliche Strombedarfe oder benötigen aufgrund chronischer Krankheiten oder Beeinträchtigungen mehr medizinische Güter (Daniels 2016: 106; Biddison et al. 2014: e150S).

Priorisierung von Hilfebedarfen

Bei der Priorisierung wird versucht, fehlende Ressourcen dadurch auszugleichen, dass die Menge der zu berücksichtigenden Personen, Tiere, Sachgegenstände oder Strukturen eingeschränkt wird. Die Priorisierung ist damit, anders als Minderung oder Rationierung, eine bewusste Ungleichbehandlung. Mit der Priorisierung werden die verschiedenen Hilfebedarfe der relevanten Personen, Tiere, Sachgegenstände oder Strukturen unterschieden. Sie erhalten unterschiedliche Anteile einer Ressource und/oder bekommen diese zu unterschiedlichen Zeitpunkten. Innerhalb von Priorisierungsgruppen wird gleich verteilt (s. Kapitel V.4.1). Um Priorisierungsgruppen zu unterscheiden, müssen Kriterien definiert werden. Die vier gängigsten Kriterien sind: Nutzenmaximierung, Gleichbehandlung, Nutzen/Leistung für das Gemeinwohl und Bedarf/Leiden (Emanuel et al. 2020: 2052).

Tabelle 7: Vier Priorisierungskriterien (nach Emanuel et al. 2020: 2052)

Vier Priorisierungskriterien	
Nutzen maximieren	Nutzen maximieren bedeutet, so viele Personen, Tiere, Sachgegenstände oder Strukturen wie möglich zu retten.
Gleichbehandlung	Alle Menschen gleich zu behandeln, bedeutet in der Regel, entweder ein Losverfahren anzuwenden oder nach der Regel „first come, first served“ (wer zuerst kommt, bekommt zuerst) zu handeln.
Nutzen/Leistung für das Gemeinwohl	Nach dem Nutzen bzw. der Leistung zu urteilen, bedeutet, diejenigen zu priorisieren, die entweder bereits viel geleistet haben, oder diejenigen zu priorisieren, die voraussichtlich viel leisten werden. Das könnte z. B. bedeuten, Einsatzkräfte zu bevorzugen, weil sie in anhaltenden Krisen anderen helfen können.
Bedarf/Leiden	Nach Bedarf bzw. dem Leiden zu priorisieren, bedeutet, diejenigen Menschen zu priorisieren, die am bedürftigsten oder in der größten Notlage sind.

Für Priorisierungen spricht, dass sie klar regeln, wer, wann, nach welchen Kriterien Anspruch auf Ressourcen hat. Zugleich ist die Güte einer Priorisierung immer von den ihr zugrunde liegenden Kriterien abhängig. Mit Priorisierungen ist zudem ein Ausweisungsproblem verbunden; Menschen müssen Kriterien erfüllen, um zu einer bestimmten Gruppe zu gehören. Gegen eine Priorisierung spricht, dass sie die Hilfebedarfe von bestimmten Personen, Tiere, Sachgegenstände oder Strukturen gezielt zurückstellt.

Schritt 4: Umsetzung der Verteilung

Ist bestimmt, welche Bedarfe zu berücksichtigen sind, welche Ressourcen dafür zur Verfügung stehen und wie verteilt werden soll, beginnt die eigentliche Verteilung. In dieser Phase geht es darum, dass die o.g. Überlegungen in die Praxis umgesetzt werden. Hierfür sind mindestens neun Kriterien wichtig (Marckmann und Dodt 2016: 189):

- ***Transparenz:*** öffentliche Zugänglichkeit der den Leistungsbegrenzungen zugrundeliegenden Verfahren und Kriterien
- ***Konsistenz:*** Alle Verteilungsentscheidungen folgen den gleichen Regeln und Kriterien
- ***Legitimität:*** Festlegung der Verteilungskriterien durch demokratisch legitimierte Institutionen
- ***Begründung:*** nachvollziehbare und relevante Rechtfertigung der Verteilungsentscheidung
- ***Evidenzbasierung:*** Darlegung des Nutzens und der erwarteten Kosten
- ***Partizipationsmöglichkeiten:*** angemessene Teilhabe der Betroffenen an der Entscheidungsfindung
- ***Minimierung von Interessenskonflikten:*** Reduzierung fehlleitender Anreizsysteme
- ***Widerspruchsmöglichkeiten:*** Möglichkeit des Widerspruchs für Personen, denen eine gewünschte Leistung vorenthalten wird
- ***Regulierung:*** Einhaltung der Bedingungen einer gerechten Verteilung durch freiwillige Selbstverpflichtung oder staatliche Setzungen

Im Kontext der praktischen Umsetzung sollte darauf geachtet werden, dass Barrieren aktiv gesucht und beseitigt werden. So sind die Umstände der Be-

troffenen zu berücksichtigen. Bspw. kann ein nicht-barrierefreier Zugang oder Fluchtweg, schlecht- oder nicht-gehenden Menschen die Nutzung von Ausgabestellen oder Sanitäranlagen unmöglich machen. Ebenso können konkurrierende Pflichten, wie die Pflege von Angehörigen, die Teilhabe an der Ressourcenverteilung erschweren. Neben der barrierearmen Umsetzung geht es im vierten Schritt um die (regelmäßige) Prüfung der Angemessenheit der gewählten Kriterien. Zudem kann ein sich änderndes Verhältnis von Bedarfen und verfügbaren Ressourcen eine Nachjustierung oder Beendigung von Minderungen, Rationierungen oder Priorisierungen notwendig machen.

5.4.1 Sichtung und Priorisierung im Sanitätsdienst

Eine besondere Situation bei der Verteilung knapper Ressourcen ist die Verteilung medizinischer Güter. Beispiele sind die Verteilung von Intensivversorgungskapazitäten, Impfstoffen, aber auch die Verteilung von medizinischer Aufmerksamkeit und Zeit durch Einsatzkräfte.

Das moralische Problem besteht hier darin, dass die vorhandenen (personellen, zeitlichen oder materiellen) Ressourcen akut nicht ausreichen, um die Hilfebedarfe aller verletzten Personen in gleichem Maße zu berücksichtigen. Hierbei besteht ein Gerechtigkeitskonflikt bzgl. der Verteilung von Ressourcen.

Findet keine Minderung oder Rationierung statt, ist die Verteilung knapper medizinischer Ressourcen assoziiert mit dem französischen Begriff „Triage“, welcher „sortieren“ bedeutet. Wenngleich Priorisierung und Triage oft synonym verwendet werden, ist dies unscharf. Besser ist es, Triage als Oberbegriff zu verstehen, welcher einsatztaktisch wie auch ethisch zwei Schritte umfasst (Kern 2010): die Sichtung und die Priorisierung.

Bei einer **Sichtung** verschafft man sich einen Überblick über alle Verletzten. Es geht darum zu bestimmen, welche Hilfebedarfe die betroffenen Personen haben (bspw. ist eine Person lebensbedrohlich verletzt oder nicht). Die Sichtung „sortiert“ nach medizinischer Indikation und Dringlichkeit.

Die meisten Sichtungsvorgehen unterscheiden vier Sichtungskategorien. Manche nummerieren die Sichtungskategorien, manche unterscheiden sie mittels Farben. Menschen, die sofort behandelt werden müssen, werden rot gesichtet. Menschen, die dringend, aber nicht sofort Hilfe benötigen, werden gelb gesichtet. Menschen, die verletzt sind, aber noch gehen und sich artikulieren können, werden grün gesichtet. Menschen, bei denen keine Atmung festgestellt wird, werden schwarz gesichtet (nach Sichtungskonzept „START"). Zudem kann eine blaue Sichtungskategorie (abwartende Behandlung) eingeführt werden. In diese werden alle Menschen eingruppiert, denen mit den aktuell vorhandenen Ressourcen nicht geholfen werden kann. Dies umfasst Menschen, die im Sterben liegen oder die nicht kurativ versorgt werden können; sie werden palliativ versorgt.

Aufgrund der für die Sichtung notwendigen Expertise und der besonderen Verantwortung, die mit dieser einhergeht, ist die Sichtung zumeist eine rein ärztliche Aufgabe. Es gibt aber auch Sichtungskonzepte, in denen eine Vorsichtung durch sanitätsdienstliches Personal durchgeführt werden darf (bspw. Sichtungsalgorithmen START & SAVE, mSTaR, jumpSTART, s.a. Fischer et al. 2016).

Ärztliches Personal als Ressource

In einer Krise kann es auch vorkommen, dass nur wenig ärztliches Fachpersonal anwesend ist, aber viele Verletzte versorgt werden müssen. Wenn alle Verletzten ärztlich gesichtet werden sollen, kann (solange gesichtet wird) nicht behandelt werden. Ähnliches gilt mit Blick auf die Todesfeststellung, die ebenfalls dem ärztlichen Personal obliegt. Auch sie bindet Personalressourcen möglicherweise zu einem Zeitpunkt, zu dem ärztliche Fachkräfte dringend zur Versorgung lebensbedrohlich verletzter Personen benötigt werden.

Deswegen gibt es für Krisen die Überlegung, dass sanitätsdienstliches Personal mit entsprechender Qualifikation eine Vorsichtung durchführen dürfen sollte. In der Vorsichtung geht es darum, die Ressource „ärztliches Personal" zu schonen.

Die Sichtung bildet die Grundlage für eine auf sie aufsetzende Priorisierung. Nichtsdestotrotz ist auch die Sichtung selbst ethisch relevant, da die Wahl der Sichtungsfaktoren (Welche Gesundheitsparameter werden erhoben?) einen Einfluss darauf hat, wie priorisiert werden kann. Werden Vorerkrankungen als Sichtungsfaktor erhoben, beeinflussen sie u. U. die Einordnung in eine Sichtungskategorie.

Bei der **Priorisierung** geht es darum, die vorhandenen und gesichteten Hilfebedarfe untereinander zu gewichten und eine Reihenfolge festzulegen, in der verletzte Personen behandelt oder versorgt werden. Ethisch umfasst dies zwei Fragen: „Was ist das Ziel der Priorisierung?“ und „Welche Priorisierungskriterien erreichen dieses Ziel am besten?“. Das Ziel der Priorisierung ist hierzulande zumeist die lebensrettende Versorgung einer möglichst großen Anzahl von Menschen.[5] Wer rot gesichtet wird, hat Vorrang vor Personen, die gelb oder grün gesichtet werden. Dem liegt die Wertvorstellung zugrunde, dass das Überleben wichtiger ist als die Vermeidung von Schäden oder Beeinträchtigungen. Das Priorisierungskriterium, mit dem dieses Ziel erreicht werden soll, ist die Dringlichkeit.

Daneben stellt sich jedoch auch innerhalb der Sichtungskategorien die Frage nach Priorisierungskriterien. So kommt es regelmäßig zu Situationen, in denen mehrere Personen der gleichen Sichtungskategorie zu versorgen sind, aber auch dafür nicht genügend Ressourcen zur Verfügung stehen. Um zu entscheiden, wer innerhalb der Kategorien zuerst zu versorgen ist, ist es nötig, neben der Dringlichkeit weitere Kriterien für die Priorisierung zu benennen, die sich den o. g. Kategorien zuordnen lassen: Nutzen maximieren, Gleichbehandlung, Leistung für das Gemeinwohl oder Bedarf (s. Kapitel V.4).

5 Gegen diese Argumentation spricht bspw. das Quantifizierungsverbot von Menschenleben, nachdem Menschenleben nicht gegeneinander aufgewogen werden dürfen (s. Kern 2010).
Im Kontext der militärischen Triage finden sich jedoch auch andere Priorisierungen, die bspw. leichtverletzte Kombattanten zuerst versorgen, damit diese schnellstmöglich wieder am Kampfeinsatz teilnehmen können (Have 2014: 15).

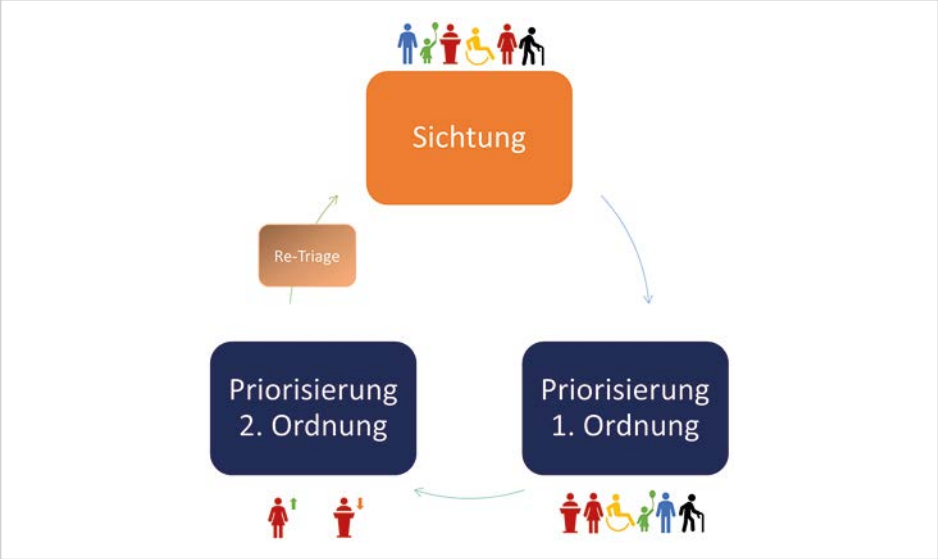

Abbildung 14: Sichtung und Priorisierung (eigene Darstellung: Friedrich Gabel)

Im Kontext der medizinischen Priorisierung sind drei Kriterien besonders verbreitet: (a) Die medizinische Bedürftigkeit und die Dringlichkeit einer Versorgung, (b) der zu erwartende medizinische Nutzen (gemessen an der verbesserten Lebenserwartung oder -qualität) und (c) das Kosten-Nutzen Verhältnis (Marckmann und Dodt 2016: 190). Im Kontext der Verteilung von Intensivbetten während der Corona-Pandemie wurde dieses Kosten-Nutzen-Verhältnis im Sinne der prognostizierten Überlebenswahrscheinlichkeit gefasst. Grund war, dass dieses Kriterium mit einem geringeren Risiko einhergeht, bestimmte Bevölkerungsgruppen zu diskriminieren (DIVI 2020).

Sind die dringendsten Verletzten versorgt, kann re-triagiert werden. Re-Triage (erneute Kategorisierung) bedeutet, alle verletzt Betroffenen, auch die bereits Versorgten, zu einem späteren Zeitpunkt nochmals zu sichten und gemäß Zustandsänderungen erneut zu kategorisieren und entsprechend zu versorgen. So können u. U. blau gesichtete Menschen in der Re-Triage rot gesichtet und behandelt werden (Domres et al. 2001). Ebenso kann es bei einer Veränderung der Situation geboten sein, die kurative

Versorgung einer Person in eine palliative Versorgung umzuändern, um eine andere Person mit gleicher Dringlichkeit, aber besserer Erfolgsaussicht versorgen zu können. Während ersteres Vorgehen ethisch unumstritten ist, wird letzteres (der Abbruch einer bereits begonnenen Therapie zugunsten einer anderen Person) in der ethischen Debatte kontrovers diskutiert (Deutscher Ethikrat 25.03.2021).

In einer Krise kann es sein, dass die Entscheidung, wer priorisiert wird, nicht mehr individuell getroffen wird, sondern kategorisch. Das bedeutet, dass alle Menschen, die ein bestimmtes Merkmal aufweisen, priorisiert werden. Dabei wird einer bestimmten Gruppe eine besondere Dringlichkeit oder ein besonderer Bedarf unterstellt. Z. B., dass alle Menschen über 70 Jahre anfälliger gegenüber einer Gefahr sind oder dass alle systemrelevanten Personen bspw. einer höheren Gefahr ausgesetzt sind oder eine besonders wichtige Funktion erfüllen. Hierbei ist es wichtig, die Kategorisierung in Gruppen nach nicht-medizinischen Kriterien (z. B. Alter, Systemrelevanz) so lange wie möglich zu vermeiden und so früh wie möglich zu beenden. Die Kategorisierung und das Vorgehen sollten begründet und dokumentiert werden. Der Fokus der Begründung sollte darauf liegen, wer Vorrang hat, nicht wer nachrangig ist.

Bei einer länger anhaltenden Lage entwickeln die medizinischen Fachgesellschaften Richtlinien, die sich auf die aktuelle Krise beziehen und die in dieser speziellen Situation zu Rate gezogen werden sollten. Je nach Krise erarbeiten politische Ministerien ebenfalls Regeln, die beachtet werden müssen.

5.4.2 Sichtung und Priorisierung in der psychosozialen Begleitung

Da auch Ressourcen des Betreuungsdienstes nicht in unbegrenzter Menge zur Verfügung stehen, stellt sich hier ebenso die Frage, wie knappe Ressourcen verteilt werden sollten. Beispiele sind die Verteilung von Lebensmitteln oder Unterstützungsleistungen, aber auch die Verteilung von betreuungsdienstlicher Aufmerksamkeit und Zeit. Letzteres betrifft insbesondere Einsatzkräfte der PSU oder PSNV.

Ähnlich dem Personal im Sanitätsdienst haben auch Fachkräfte der psychosozialen Begleitung ein besonderes professionsspezifisches Wissen, welches nur schwer zu ersetzen ist. So können unverletzt Betroffene zwar bei der Herstellung und Verteilung von Verpflegung oder der sozialen Begleitung anderer Betroffener oder etwa der Kinderbetreuung aushelfen. Eine Begleitung von Menschen in psychologischen Ausnahmesituationen erfordert jedoch weitergehende Kenntnisse und Fähigkeiten.

Auch wenn viele Folgen von Extremereignissen erst Tage, Wochen oder Monate später sichtbar werden und die Verarbeitung dieser Ereignisse mitunter weit über den Einsatz hinausgeht, wird bereits in der Akutphase der Grundstein für Verarbeitungsprozesse gelegt. Mehr noch: Die Betroffenheit oder der Verlust eines geliebten Menschen kann akut zu Schock, Resignation und Verzweiflung führen, die nicht nur für die Betroffenen selbst, sondern mitunter unter auch für Dritte mit Gefährdungen einhergehen kann (Helmerichs 2010). Psychosoziales Notfallmanagement hat hier das Ziel, akut Beistand und Hilfe anzubieten.

Das moralische Problem besteht – analog zur medizinischen Sichtung und Priorisierung – darin, dass die vorhandenen (personellen, zeitlichen oder materiellen) Ressourcen akut nicht ausreichen, um die Hilfebedarfe aller betroffenen Personen in gleichem Maße zu berücksichtigen. Hierbei besteht ein Gerechtigkeitskonflikt bzgl. der Verteilung von Ressourcen.

Wie oben ausgeführt gibt es drei Arten des Umgangs mit knappen Ressourcen: Die Minderung der Qualität, die Rationierung oder die Priorisierung (s. Kapitel V.4). Wird priorisiert, sollten zwei Schritte unterschieden werden: die Sichtung und die Priorisierung.

Die psychosoziale **Sichtung** zielt darauf, die Situation und Bedarfe Betroffener entlang vorher zu definierender Kriterien zu bestimmen und damit vergleichbar zu machen. Bei der Sichtung der psychosozialen Hilfebedürftigkeit muss zunächst geklärt werden, ob es „ausreicht“, Betroffene im Sinn der „normalen“ sozialen Betreuung ihrem sozialen Umfeld zu überlassen oder ob eine tiefergehende Begleitung notwendig ist. Hierfür gilt es Krite-

rien festzulegen, die eine standardisierte Kategorisierung aller Betroffenen ermöglicht. Welche Kriterien bei der Sichtung erhoben werden, hat einen Einfluss darauf, wie priorisiert werden kann. Werden Vorerkrankungen als Sichtungsfaktor erhoben, beeinflussen sie u. U. die Einordnung in eine Sichtungskategorie.

Personal für eine psychosoziale Sichtung

Auf allgemein struktureller Ebene ist die Frage zu klären, inwieweit analog zur ärztlichen Sichtung besonders (psychologisch) geschultes Personal für die Durchführung der Sichtung notwendig ist, oder ob das Personal der psychosozialen Notfallversorgung bzw. Unterstützung dafür angemessen ausgebildet ist. Für die psychosoziale (Vor-)Sichtung sind Kriterien und Standards zu definieren.

Diese Sichtung bildet die Grundlage für eine darauf aufbauende **Priorisierung**. Letztere nimmt entlang vorher zu definierender Kriterien eine Hierarchisierung der Bedarfe vor. Analog zur sanitätsdienstlichen Priorisierung sollten Betroffene mit psychosozialem Hilfebedarf in verschiedene Kategorien unterschieden werden. Ethisch umfasst dies auch hier zwei Fragen: „Was ist das Ziel der Priorisierung?“ und „Welche Priorisierungskriterien erreichen dieses Ziel am besten?“.

In Anlehnung an die medizinische Priorisierung könnte auch hier ethisch für die lebensrettende Versorgung einer möglichst großen Anzahl von Menschen argumentiert werden. Auch hier läge dann die Wertvorstellung zugrunde, dass das Überleben wichtiger ist als die Vermeidung von (psychischen) Schäden oder Beeinträchtigungen. Dies würde nahelegen, zunächst Betroffene zu versorgen, die für sich (Suizid) oder andere (Anwendung von Gewalt) eine akute lebensbedrohende Gefahr darstellen. Auch hier käme bei der Erreichung des Ziels dem Kriterium der Dringlichkeit zentrale Bedeutung zu.

Daran anschließend gilt es zu überlegen, ob die Versorgung Sterbender als psychosozialer Notfall verstanden werden sollte und wenn ja, ob die Versorgung Sterbender höher zu priorisieren ist als die Versorgung von Per-

sonen, die irreversible psychische Schäden davontragen könnten. Für eine Priorisierung von Sterbenden würde sprechen, dass dem Sterbeprozess als Teil des Lebens eine besondere Bedeutung zugeschrieben wird. Des Weiteren kann eine versäumte psychosoziale Begleitung im Sterbeprozess später nicht mehr nachgeholt werden. Dies verweist auf eine hohe Dringlichkeit. Ein besonderer Fall wäre die Versorgung blau kategorisierter Personen, denen eine kurative Versorgung zunächst vorenthalten bleibt. Dies birgt eine hohe psychische Last für sie und damit einen hohen Bedarf. In Situationen extrem knapper medizinischer Ressourcen besteht zudem die Gefahr einer Unterversorgung. Eine hohe psychosoziale Priorisierung könnte dies kompensieren. Für die Priorisierung von Personen, denen irreversible psychische Schäden drohen, spricht, dass ihnen ein längeres Leiden bevorstünde, wenn sie nicht akut versorgt werden. Fraglich ist, ob die Vermeidung von irreversiblen Schäden davon abhängt, ob eine Person akut oder zu einem späteren Zeitpunkt versorgt wird.

Aufgrund der Begrenztheit von Kräften der psychosozialen Notfallversorgung ist auch im Rahmen einer psychosozialen Priorisierung zu diskutieren, inwieweit eine Re-Triage (erneute Kategorisierung) geboten sein könnte.

Die hier präsentierten Überlegungen können nur ein erster Schritt sein, um ethisch begründete Priorisierungsstandards für psychosoziale Versorgungsleistungen zu entwickeln. Zugleich ist es wichtig, entsprechende Standards zu entwickeln, um auf Lagen mit großem psychosozialen Versorgungsbedarf angemessen vorbereitet zu sein. Dies sollte in engem Austausch mit den einschlägigen Fachverbänden geschehen.

5.4.3 Verteilung begrenzter Ressourcen zwischen Mensch und Tier[6]

Wenngleich Tiere aktuell in Betreuungsstellen nur bedingt zulässig oder gar untersagt sind und die Versorgung von Tieren offiziell auf Tierheime ausgelagert werden kann (Rheinfelder und Pesch 2016: 34), zeigen (inter-)

6 Gedankt wird Dr. Leonie Bossert für die wertvollen Hinweise mit Blick auf die Berücksichtigung von Tieren in Extremsituationen.

nationale Berichte, dass bei vergangenen Ereignissen immer wieder Tiere in die Notunterkünfte mitgebracht wurden (Velte 2020: 47). Mit der Versorgung von Tieren gehen jedoch eine Vielzahl verschiedener Problemstellungen einher. Dies umfasst insbesondere die Konkurrenz um Ressourcen.[7]

Das moralische Problem besteht hier darin, dass die Schutzverantwortung der Einsatzkräfte gegenüber den menschlichen Hilfebedürftigen im Konflikt steht mit der Schutzverantwortung der Hilfebedürftigen, die diese gegenüber ihren Tieren haben. Daran anschließend ist zu klären, inwieweit die Hilfe- und Schutzbedürftigkeit von betroffenen Menschen und der mitgebrachten Tiere als gleichwertig zu betrachten sind bzw. welche Kriterien eine Ungleichbehandlung rechtfertigen.

Wird davon ausgegangen, dass Tiere moralisch zu berücksichtigen sind, ist auch das Handeln ihnen gegenüber ethisch zu begründen. Ein grundsätzlicher Ausschluss von Tieren wäre nicht nur eine große Belastung für die Tiere selbst und die sie versorgenden Personen. Ein solcher Ausschluss konfligiert auch mit Wertvorstellungen. Mit dem Aufnehmen von Tieren haben Menschen eine Sorgeverantwortung übernommen. Dieser kommen sie mit deren Rettung oder Schutz nach. Ausgehend von dieser Verantwortungsübernahme ergeben sich gegenüber den Tieren Pflichten, die auch die Versorgung in Extremsituationen umfassen. Genauer zu bestimmen ist, welche Nichtschädigungs- oder Hilfspflichten den Tieren gegenüber existieren sollten.

Nichtschädigungspflichten verweisen darauf, dass Schädigungen zu vermeiden sind bzw. einer besonderen Rechtfertigung bedürfen (s. Kapitel V.2). Vor diesem Hintergrund sind bestimmte (Nicht-)Handlungen wie ein Verhungern- oder Verendenlassen direkt oder als absehbare Folge des eigenen Handelns (z. B. durch Zurücklassen im abgeschlossenen Haus) ethisch nur

7 Andere (vor allem logistische) Fragen ergeben sich mit Blick auf die Unterbringung wie Witterungsschutz (inkl. Wärme oder Kühlung), die Bereitstellung von Möglichkeiten zu defäkieren, den Schutz vor anderen Tieren oder die Sicherstellung, dass Tiere nicht ihrerseits zur Gefahr für andere Betroffene werden.

schwer zu rechtfertigen. Drohen solche Situationen, gilt es nach Umgangsweisen zu suchen, die den Schaden für die betroffenen Tiere so gering wie möglich halten.

Hilfspflichten verweisen darauf, dass domestizierte Tiere Ansprüche auf Hilfeleistung haben, denen Menschen gerecht werden müssen. Dazu gehört etwa die Pflicht zur Rettung. Hier geht es nicht darum, dass Tiere diese Ansprüche selbst artikulieren müssen. Bei der Umsetzung der Hilfspflichten gelten auch hier die im Kontext der oben vorgestellten Überlegungen zur Zumutbarkeit und Angemessenheit von Hilfeleistung (s. Kapitel V.2).

Bei der Bewältigung moralischer Herausforderungen kommt vor allem der jeweiligen Situation eine entscheidende Rolle zu. In Situationen mit eingeschränkter Versorgungsinfrastruktur haben Menschen im Rahmen ihrer Vorsorge(-verantwortung) auch dafür Sorge zu tragen, dass die tierischen Bedarfe mitgedacht werden (etwa nach Futtermitteln). Wird eine Evakuierung durchgeführt, könnte eine Wahrnehmung der Hilfsverantwortung darin liegen, die Tiere entsprechend in für sie ausgestattete Einrichtungen zu übergeben, die die Sorgeverantwortung übernehmen können (z. B. Tierheime) (Rheinfelder und Pesch 2016: 34).[8] In Fällen verletzter oder kranker Tiere, deren Rettung nicht möglich ist, sollte im Sinne eines würdigen Sterbens eine schmerzfreie Tötung durch Personen mit den dazu notwendigen Kenntnissen und Fähigkeiten gewährleistet sein (rechtlich ist dies in § 4 Absatz 1 Satz 3 TierSchG geregelt).

Im Falle eines Ressourcenkonflikts zwischen der Versorgung von Menschen und Tieren können die Empfehlungen zur Verteilung begrenzter Ressourcen (s. Kapitel V.4) Hilfe leisten. Diese können dabei helfen, verschiedene Hilfeleistungs- und Nichtschadensansprüche gegeneinander abzuwägen sowie mögliche Alternativen gegeneinander abzuwägen. Für alle diese Fälle gilt, dass eine situationsbezogene Entscheidung bevorzugt werden sollte.

---

8 Da laut § 3 Satz 1 Nummer 3 TierSchG ein Aussetzen oder Zurücklassen von Tieren im Sinne einer Entledigung von Halter- oder Betreuerpflichten rechtlich verboten ist, sollte im Falle, dass eine Unterbringung in Tierheimen o.ä. nicht möglich ist, eine Unterbringung oder Versorgung in der Betreuungsstelle angestrebt werden. Zudem ist ein Aussetzen oder Zurücklassen auch ethisch fragwürdig, weil es den o. g. ethischen Pflichten widerspricht.

Sonderfall: Assistenztiere

Für die Berücksichtigung von Assistenztieren im Fall von Extremsituationen ergibt sich ein weiterer Aspekt, welcher bei der Bestimmung von Hilfspflichten zu berücksichtigen ist. Generell gilt für sie, dass sie durch ihre Ausbildung Menschen in ihrer gesellschaftlichen Teilhabe unterstützen. D.h. Assistenztiere sind nicht nur für sich moralisch relevant, sondern auch wegen ihrer Bedeutung für die Menschen, die sie unterstützen. Rechtlich zeigt sich dies etwa in ihrer Anerkennung als medizinisches Hilfsmittel nach § 33 SGB V.
Nichtschadenspflichten gelten für Assistenztiere und andere Tiere in gleicher Weise. Sie beziehen sich auf das Tierwohl, nicht auf ihren relationalen Wert für die Menschen, denen sie helfen.

Auch diese Überlegungen können nur ein erster Schritt sein, ethische Konfliktfälle im Zusammenhang mit der Versorgung von Tieren genauer zu beleuchten. Hier bedarf es weiterer Arbeiten.

Weitere Themen einer Ethik im Bevölkerungsschutz

6

In diesem Kapitel werden weitere Themen einer Ethik im Bevölkerungsschutz dargelegt. Die Themen werden zunächst vorgestellt, anschließend wird auf ihre ethische Bedeutung im Kontext von Krisen eingegangen.

Abbildung 15: Aktenschrank mit wichtigen Dokumenten (Quelle: freepik)

6.1 Informiertes Einverständnis, mutmaßlicher Patientenwille und Einwilligungsfähigkeit

Für die sanitätsdienstliche und insbesondere die ärztliche Versorgung sind aus ethischer Perspektive das informierte Einverständnis, die Einwilligungsfähigkeit und der (mutmaßliche) Patientenwille von zentraler Bedeutung.

Informiertes Einverständnis: Damit eine Person in einen medizinischen Eingriff einwilligen kann, muss sie vorher über den Eingriff, seine Risiken und seinen Nutzen aufgeklärt werden (§ 630e BGB). „Die Aufklärung muss [...] durch eine Person erfolgen, die über die zur Durchführung der Maßnahme notwendige Ausbildung verfügt“ (§ 630e Absatz 2 Satz 1 BGB). So werden medizinische Aufklärungsgespräche von ärztlichem Personal geführt. Auch bei sanitätsdienstlichen Eingriffen muss aufgeklärt und die Einwilligung der betroffenen Person eingeholt werden.

Wenn eine Person verstanden hat, worum es bei dem Eingriff geht, ist sie informiert. Willigt die zu versorgende Person in die Behandlung ein (§ 630d BGB), gibt sie ihr informiertes Einverständnis. Sie hat aber auch das Recht, eine Behandlung abzulehnen.

Informiertes Einverständnis bedeutet:

- Die Betroffenen wurden über den Eingriff, Risiken und Nutzen von einer ausreichend qualifizierten Person aufgeklärt.
- Die Betroffenen haben die Informationen verstanden.
- Die Betroffenen willigen in den Eingriff ein.

Ist eine Person einwilligungsunfähig, wird im mutmaßlichen Patientenwillen gehandelt.

Einwilligungsfähigkeit: Einwilligungsfähigkeit wird oft mit Geschäftsfähigkeit (§§ 104ff. BGB) verwechselt. Für die Einwilligung in medizinische Maßnahmen muss eine Person jedoch nicht geschäftsfähig sein. Es reicht, einwilligungsfähig zu sein. Voraussetzung für die Geschäftsfähigkeit ist u. a. die Volljährigkeit. Einwilligungsfähig können auch Minderjährige sein oder Menschen, denen die Geschäftsfähigkeit entzogen wurde. Voraussetzung für die Einwilligungsfähigkeit ist lediglich, dass zum Zeitpunkt der Einwilligung die Art, Bedeutung und Tragweite (Risiken) der ärztlichen Maßnahme von der zu behandelnden Person erfasst werden kann. Wichtig ist, die Einwilligungsfähigkeit von Menschen zu prüfen, unabhängig davon, ob sie zum einen einer Behandlung zustimmen oder eine Behandlung ablehnen und zum anderen unabhängig davon, ob sie geschäftsfähig oder geschäftsunfähig sind.

Einwilligungsfähigkeit bedeutet:

- Die Person versteht die Art, Bedeutung und Tragweite (Risiken) der ärztlichen Maßnahme.
- Die Einwilligungsfähigkeit der Person ist unabhängig von ihrer Zustimmung und Geschäftsfähigkeit.

Abbildung 16: Patientenwille bei nicht ansprechbaren Personen (Quelle: freepik, wavebreakmedia_micro)

(Mutmaßlicher) Patientenwille: Manchmal können Menschen ihr informiertes Einverständnis nicht geben, bspw. weil sie bewusstlos oder anderweitig einwilligungsunfähig sind.

Manche Menschen haben ihren Patientenwillen in einer schriftlichen Patientenverfügung dokumentiert. Andere Menschen haben ihre Angehörigen oder ihre Hausarztpraxis darüber informiert, wie sie über welche medizinische Entscheidung denken. Deswegen ist es wichtig, den Patientenwillen in der Patientenverfügung nachzulesen, oder Angehörige, Hausarztpraxen, Nahestehende etc. zu befragen.

Liegt keine schriftliche Patientenverfügung vor, oder ist die vorliegende Patientenverfügung nicht zutreffend für die aktuelle Situation, muss der (mutmaßliche) Patientenwille anderweitig, z. B. mündlich, eingeholt oder hergeleitet werden. Um dies tun zu können, ist es notwendig, sich vorzustellen (darüber zu mutmaßen), was die Person wählen würde, wenn sie denn dazu in der Lage wäre. Dies nennt man den mutmaßlichen Patientenwillen. Dabei „sind insbesondere frühere mündliche oder schriftliche Äußerungen, ethische oder religiöse Überzeugungen und sonstige persönliche Wertvorstellungen" zu berücksichtigen (§ 1.901a Absatz 2 Satz 3 BGB).

Bei manchen Menschen ist es schwierig, den mutmaßlichen Patientenwillen herauszufinden. Diesen Menschen muss trotzdem geholfen werden. Menschen zu helfen bedeutet, möglichst in ihrem Sinne zu handeln. Dies bedeutet auch, dass es um den mutmaßlichen Willen der betroffenen Person geht und nicht um den Willen der Angehörigen. Angehörige werden nicht nach ihrem eigenen Willen gefragt, sondern nach dem mutmaßlichen Willen der zu behandelnden Person.

Der (mutmaßliche) Patientenwille wird dann umgesetzt, wenn er medizinisch indiziert ist. Behandlungen, die keinerlei Aussicht auf Erfolg haben, dürfen weder angeboten noch durchgeführt werden.

Den (mutmaßlichen) Patientenwillen zu berücksichtigen bedeutet,

- herauszufinden, was die Person will oder gewollt hätte (Patientenverfügung, Angehörige, Hausarztpraxen etc. fragen).
- diesen Willen möglichst getreu umzusetzen, wenn er medizinisch indiziert ist.

Auch in Krisen sollte, wann und wie immer möglich, das informierte Einverständnis der Verletzten eingeholt, die Einwilligungsfähigkeit geprüft und der (mutmaßliche) Patientenwillen berücksichtigt werden.

6.2 Berücksichtigung besonders vulnerabler Personen

Die Vulnerabilität einer Person beschreibt ihre Verletzlichkeit gegenüber einer bestimmten Unsicherheit oder Gefahr. Vulnerabilität ist keine unveränderliche Eigenschaft bestimmter Personen oder Personengruppen. Verletzlichkeit ist davon abhängig, in welcher Situation sich Personen oder Personengruppen befinden. Diese Situation ist gekennzeichnet von einem Zusammenspiel aus der jeweiligen Gefahr mit individuellen Eigenschaften, gesellschaftlichen Strukturen und Wertvorstellungen sowie vorherigen Ereignissen (BBK 2019: 15–16). Individuelle Eigenschaften umfassen z. B. Alter, Geschlecht, körperliche und geistige Verfassung, finanzielle Ressourcen, soziales Umfeld, Wissen über den Umgang mit Gefahren. Gesellschaftliche Strukturen und Wertvorstellungen verweisen z. B. auf die Verfügbarkeit von Unterstützungs- und Hilfeleistungen oder auf den Umgang mit verschiedenen Bevölkerungsgruppen. Vorherige und gleichzeitige Ereignisse können ebenfalls die Verletzlichkeit erhöhen, z. B. wenn während einer Pandemie ein Krieg ausbricht. Welche Personen vulnerabel werden, kann sich situationsabhängig ändern.

Das Thema Umgang mit besonders vulnerablen Personen ist für eine Ethik im Bevölkerungsschutz in dreifacher Hinsicht von Bedeutung: Erstens, weil mit einer hohen Verletzlichkeit eine hohe Schutz- und Hilfebedürftigkeit einhergeht. Zweitens, weil mit der Zuschreibung einer Schutz- und Hilfebedürftigkeit das Risiko einer Fehlzuschreibung und Bevormundung einhergehen kann. Drittens, weil die Zuschreibung eines „besonderen Bedarfs“ Grundlage für eine Benachteiligung sein kann.

Der Umgang mit besonders vulnerablen Personen ist ethisch bedeutsam, denn **eine besondere Verletzlichkeit bedeutet eine besondere Schutz- und Hilfebedürftigkeit**. Befinden sich Personen oder Personengruppen in Situationen besonderer Verletzlichkeit, ist davon auszugehen, dass von allen Betroffenen die existierende Gefahr den vulnerablen Personen oder Perso-

Abbildung 17: Aushandlung besonderer Schutzbedürftigkeit (Quelle: freepik)

nengruppen, den größten Schaden zufügt. Folglich sind besondere Schutz- oder Hilfsmaßnahmen erforderlich, um diesen Schaden zu vermeiden. Im Kontext einer Priorisierung knapper Ressourcen kann dies einen Vorrang rechtfertigen (s. Kapitel V.4). Beurteilungskriterien sind entscheidend dafür, ob und in welcher Weise verschiedene Personen oder Personengruppen in ihrer Schutz- oder Hilfebedürftigkeit sichtbar werden.

Die Zuschreibung einer besonderen Schutz- und Hilfebedürftigkeit kann auch negative Folgen haben. Mit der **Zuschreibung besonderer Vulnerabilität kann das Risiko einer Fehlzuschreibung oder Bevormundung** einhergehen. Dies betrifft grundsätzlich alle Menschen, insbesondere aber Menschen mit psychischen Erkrankungen, Personen, denen die Freiheit entzogen wurde, chronisch Kranke, akut Verletzte, Menschen mit Sprachbarrieren, Menschen mit Beeinträchtigungen, alte Menschen, Kinder, Schwangere etc. Da Vulnerabilität jedoch immer in Bezug auf eine bestimmte Gefahr gedacht werden sollte, greift eine solche Beschreibung zu kurz. Eine nicht-gehende Person mag bei einer Gefahr, die Mobilität erfor-

dert, in dieser Hinsicht vulnerabel sein. Wird sie zugleich ausschließlich auf diese Eigenschaft reduziert und als handlungsunfähig beschrieben, besteht die Gefahr, sie zu viktimisieren. Wird Verletzlichkeit pauschal mit Unfähigkeit oder Hilflosigkeit gleichgesetzt, führt dies dazu, dass Personen oder Personengruppen in ihrer Expertise für ihr Leben nicht ernst genommen oder übergangen werden.

Mehr noch, die **Zuschreibung eines „besonderen Bedarfs" kann zu einer Benachteiligung bestimmter Gruppen führen**. Ebenso wie eine besondere Verletzlichkeit ein Kriterium für einen Vorrang sein kann, könnte der Ressourcenbedarf, der für den Schutz- und die Hilfeleistung nötig ist, als Kriterium für die Nachrangigkeit herangezogen werden. Dies geschieht insbesondere dann, wenn die besondere Verletzlichkeit nur kleine Teile der Gesellschaft betrifft und „Individualinteressen" und „Gesellschaftsinteressen" gegeneinander abgewogen werden müssen (s. Kapitel V.3). Wenngleich derartige Abwägungen in ethischer Hinsicht nicht grundsätzlich ausgeschlossen sind, sollte dabei darauf geachtet werden, dass hier nicht eine Diskriminierung, also eine kategorische Benachteiligung von Personen oder Personengruppen aufgrund von Vorurteilen oder unreflektierten Stereotypen stattfindet. Bei der Versorgung ist etwa zu beachten, dass Hilfebedürfnisse nicht nur deshalb nachrangig betrachtet werden, weil sie „anders" sind als das, was man bereits kennt.

6.3 Individual- und Katastrophenmedizin

Katastrophenmedizin[9] ist „die medizinische Versorgung in Katastrophen oder Großschadensereignissen mit Mangel an Ressourcen (personell und/oder materiell) und nicht nutzbarer Infrastruktur, bei der von der Individualmedizin abgewichen wird, um das bestmögliche Behandlungsziel für die größtmögliche Anzahl von Patienten zu erreichen." (Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin 2023: 10). In diesem Sinne ist Katastrophenmedizin gekennzeichnet durch ein Missverhältnis zwischen der Anzahl der verletzten oder kranken Personen und der zu ihrer Versorgung zur Verfügung stehenden Ressourcen (Scheuermann et al. 2010: 68).

Aus einer ethischen Perspektive heraus ist dies in zweifacher Hinsicht bedeutsam: Zum einen steht die Frage im Raum, ob in der Katastrophenmedizin andere moralische Werte und Überzeugungen gelten sollen bzw. müssen als in der Individualmedizin. Zum anderen ist zu klären, wann und wie ein Wechsel von Individual- zu Katastrophenmedizin und umgekehrt notwendig und legitimierbar ist.

Die Individualmedizin zielt auf die optimale Versorgung jeder einzelnen verletzten oder erkrankten Person ab. Das Ziel, Gesundheit zu erhalten und wiederherzustellen sowie die Orientierung am Patientenwillen und der medizinischen Indikation gelten auch in der Katastrophenmedizin. Mit Blick auf die medizinische Indikation ist es umstritten, ob die vorhandenen Ressourcen bereits in die Beurteilung der medizinischen Indikation einfließen sollten oder nicht. Ein Abweichen von den moralischen Überzeugungen des Alltags ist nicht geboten. Die vier medizinethischen Prinzipien

9 Katastrophenmedizin ist nicht mit Notfallmedizin gleichzusetzen. Notfallmedizin findet in alltäglichen Kontexten statt und umfasst die Anwendung von lebensrettenden Maßnahmen und die Stabilisierung akut erkrankter oder verletzter Personen mit dem Ziel, sie einer geeigneten Diagnostik und Behandlung zuzuführen (Harding 2016: 19). Die Katastrophenmedizin baut jedoch auf Verfahren und Erkenntnissen der Notfallmedizin auf (Scheuermann et al. 2010: 68).

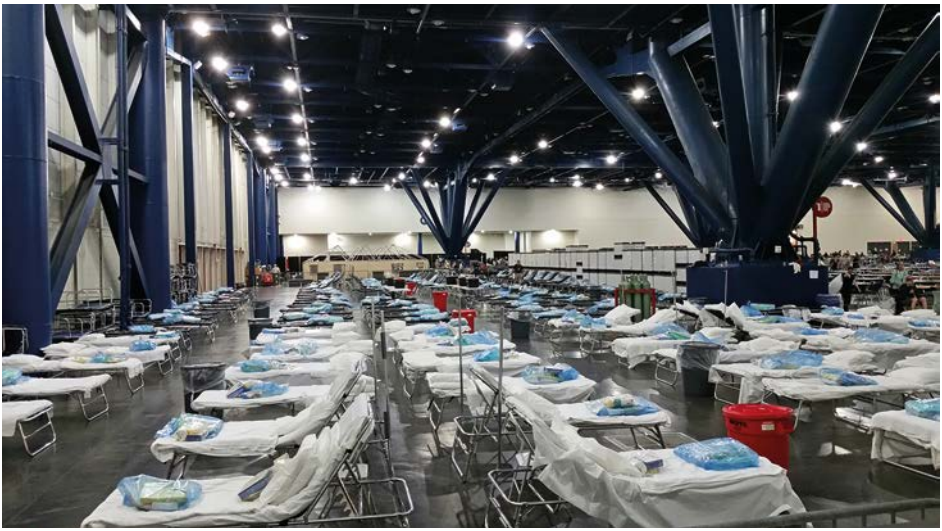

Abbildung 18: Notkrankenhaus (Quelle: pexels, CDC)

(Respekt vor der Autonomie, Hilfeleistung, Nicht-Schaden und Gerechtigkeit) sind auch in Krisen anzuwenden und zu beachten. Aufgrund von Ressourcenknappheit und Zeitmangel in Situationen, in denen Katastrophenmedizin praktiziert wird, ist jedoch eine andere Schwerpunktsetzung nötig. So geht es in der Katastrophenmedizin nicht darum, alle medizinisch indizierten Behandlungen durchzuführen, sondern darum, das bestmögliche Behandlungsziel für die größtmögliche Anzahl von Verletzten zu erreichen. Katastrophenmedizin fokussiert daher auf lebensrettende Maßnahmen. Während in der Individualmedizin die individuelle Prognose im Zentrum steht, steht in der Katastrophenmedizin die Kollektivprognose im Fokus.

Aufgrund der Folgen, die dies für die Verletzten haben kann, sollte ein katastrophenmedizinisches Handeln erst dann stattfinden, wenn alternative Wege der Beseitigung des Missverhältnisses zwischen Behandlungsnotwendigkeit und verfügbaren Ressourcen fehlgeschlagen sind (etwa Nachalarmierung, Nutzung örtlicher Ressourcen, Einbindung Umstehender). Ab wann eine Ressource knapp ist, ist strittig: erst wenn eine Ressource aufgebraucht ist oder bereits, wenn es absehbar ist, dass sie „wahrscheinlich“ knapp wird. Welche Wahrscheinlichkeit dabei als ausreichend verstanden

wird und inwieweit Wahrscheinlichkeiten in Krisen messbar sind, ist umstritten.

Die Entscheidung der Einsatzleitung zum Abweichen von der individualmedizinischen Versorgung kann begründet sein durch folgende Anlässe und Kriterien: materielle Ressourcenknappheit, Zeitdruck, Unübersichtlichkeit der Lage/Informationsmangel, Mangel an (für die Aufgabe qualifiziertem) Personal. Katastrophenmedizinisches Handeln ist nicht an die Ausrufung des Katastrophenfalls gebunden. Letzterer ist keine medizinische Entscheidung, sondern eine administrative Entscheidung der Hauptverwaltung (z. B. Landratsamt). Auch unterhalb der Schwelle des Katastrophenfalls kann aufgrund einer Entscheidung der Einsatzleitung katastrophenmedizinisch gehandelt werden.

Die o. g. Anlässe und Kriterien sollten auch betrachtet werden, wenn es darum geht, eine katastrophenmedizinische Versorgung zu beenden und zu einer individualmedizinischen Versorgung zurückzukehren. Eine Beendigung der katastrophenmedizinischen Versorgung ist ebenso wichtig wie ihre Nutzung.

6.4 Neutralität und die Genfer Konventionen

In den Genfer Konventionen[10] ist geregelt, was in einem Krieg erlaubt ist und was nicht. Die Genfer Konventionen sind Verträge, die von Staaten unterzeichnet wurden, u. a. von Deutschland. Sie sind rechtlich bindend. Verstöße werden vor dem Internationalen Gerichtshof in Den Haag verhandelt. Einrichtungen und Organisationen, die im staatlichen Auftrag handeln, sind verpflichtet, sich an die Genfer Konventionen zu halten. Einsatzkräfte des Sanitäts- und Betreuungsdienstes übernehmen eine staatliche Funktion, sind also an die Genfer Konventionen gebunden und durch diese geschützt.

Mit den Genfer Konventionen wird Sanitäts- und Seelsorgepersonal Schutz zugesichert (Artikel 15, Genfer Konventionen Zusatzprotokoll I; Artikel 9, Genfer Konventionen Zusatzprotokoll II). Sie dürfen nicht angegriffen und in ihrer Tätigkeit behindert werden. Zugleich sind sie verpflichtet allen Betroffenen in gleicher Weise zu helfen. Dies umfasst auch „Mitglieder der bewaffneten Streitkräfte, welche die Waffen gestreckt haben, und der Personen, die infolge [von] Krankheit, Verwundung, Gefangennahme oder irgendeiner anderen Ursache ausser Kampf gesetzt wurden“ (Artikel 3.1, Genfer Konventionen I-IV). Auch sie „sollen unter allen Umständen mit Menschlichkeit behandelt werden, ohne jede Benachteiligung aus Gründen der Rasse, der Farbe, der Religion oder des Glaubens, des Geschlechts, der Geburt oder des Vermögens oder aus irgendeinem ähnlichen Grunde.“ (ebd.).

Begründet wird dieser Anspruch an das Handeln damit, dass humanitäre Hilfe das Ziel verfolgt, Leid zu mindern. Der Grundsatz dafür ist, dass nur Neutralität einen Zugang zu allen betroffenen (leidenden) Personen gewährleisten kann (Genfer Konventionen). Bevorzugt man unabhängig vom

10 Die Genfer Konventionen werden auch Genfer Abkommen genannt.

Hilfebedarf eine Seite, so kann dies von der Gegenseite als Vertrauensbruch gedeutet werden. Neutralität ist in diesem Sinne nicht selbst als ethischer Wert zu betrachten, sondern als Mittel zum Zweck: nämlich zur Ermöglichung einer Minderung von Leid und der dafür notwendigen Gewährleistung von Vertrauen. Da Leid auf allen Seiten existieren kann, sollte einzig der Hilfebedarf darüber entscheiden, wer wann, welche Hilfe bekommt. Über Neutralität soll also auch der Wert Gerechtigkeit umgesetzt werden, indem allen gleichermaßen und allein aufgrund ihres Bedarfs Hilfe zukommt.

Neutralität spielt bereits in der alltäglichen Rettung eine Rolle, etwa wenn es um die Versorgung von Personen geht, die einen Unfall verursacht haben. In Terrorlagen oder dem Zivilschutz umfasst sie auch die Neutralität bei der Versorgung von gewalttätigen Personen oder Mitgliedern bewaffneter Streitkräfte.

Abbildung 19: Weiße Flagge (Quelle: freepik)

Je nach Lage ist Neutralität jedoch nicht immer leicht umzusetzen. Einerseits, wenn die vorrangige Versorgung einer gewalttätigen Person (aufgrund eines höheren Bedarfs) als falsch empfunden wird und damit zu moral distress (s. Kapitel VI.5) führt.

Andererseits politisch, weil es unterschiedliche Positionen dazu gibt, inwieweit das Dokumentieren und das Anzeigen von z. B. Menschenrechtsverletzungen mit dem Neutralitätsanspruch vereinbar ist. Einige Organisationen argumentieren, dass nur durch eine vollkommene öffentliche Enthaltung eine neutrale Position erhalten werden kann, die Verhandlungspositionen offenhält. Andere sehen gerade in der Anzeige einen wichtigen Teil der Neutralität, um Leben zu schützen und Menschenrechtsverletzungen zu beenden.

6.5 Moral distress und moralische Verletzungen

Der Umgang mit moralischen Herausforderungen und die Unklarheit darüber, wie zu handeln ist, kann moralischen Stress erzeugen (s. Kapitel II). Dieser Stress kann positiv sein (Eustress) und die Motivation erhöhen, das Problem zu lösen. Moralischer Stress kann aber auch negativ sein (Distress). Wenn man zu wissen meint, welche Handlung moralisch richtig wäre, sich aber machtlos fühlt, diese Handlung auszuführen, spricht man von „**moral distress**“ (Epstein und Delgado 2010).[11] Moral distress ist kein moralisches Dilemma. Ein moralisches Dilemma ist eine Situation, in der man das Gefühl hat, sich zwischen zwei (gleich) schlechten Optionen entscheiden zu müssen. Bei einem moral distress meint man zu wissen, was zu tun wäre, kann das aber nicht umsetzen.

Im klinischen Alltag erleben etwa Pflegekräfte moral distress, bspw. wenn ärztliches Personal Ermessensentscheidungen trifft, die Pflegekräfte als falsch empfinden, sie aber trotzdem umsetzen müssen. Anzeichen für moral distress sind z. B. Empfindungen wie Ärger, Frust, empfundene Sinnlosigkeit. Manchmal fühlt man sich auch in seiner moralischen Integrität bedroht oder verletzt. Das zeigt sich dann bspw. durch empfundene Bedeutungslosigkeit, das Gefühl, nicht gesehen oder nicht für voll genommen zu werden. Im Bevölkerungsschutzkontext kann es auch zu moral distress kommen. Nicht nur, weil Behandlungen oder Entscheidungen, die von Entscheidungstragenden getroffen wurden, als falsch empfunden werden können, sondern auch, weil die äußeren Bedingungen die Entscheidungs- und Handlungsmöglichkeiten deutlich eingrenzen können.

Als **moralische Verletzungen** werden „Erfahrungen verstanden, bei denen tief verwurzelte moralische Überzeugungen und Erwartungen erschüttert

11 Im Deutschen gibt es kein passendes Wort (Äquivalent) dafür, weshalb der englische Begriff beibehalten wird.

werden, indem an inhumanen, gewaltsamen oder grausamen Handlungen teilgenommen wird oder diese nicht verhindert werden können. Auch Zeuge zu sein oder indirekt davon zu erfahren, kann als Auslöser bereits ausreichen." (Litz et al. 2009 zitiert in Zimmermann et al. 2019: 20). Menschen, die moralische Verletzungen erfahren haben, können in ihrem Weltbild, ihrem Sicherheitsempfinden und dem Glauben an das Gute tief erschüttert sein (Papazoglou und Chopko 2017: 2). Moralische Verletzungen können massive Folgen für das Leben der Betroffenen haben und Grundlage für posttraumatische Belastungsstörungen sein (Norman und Maguen 2022). All dies zeigt die Nähe von ethischer und psychosozialer Perspektive.

Eine Vermeidung oder Linderung von moral distress und moralischen Verletzungen ist kein einfaches Unterfangen und umfasst ähnliche individuelle und strukturelle Faktoren. In eher individueller Hinsicht können ein guter Austausch und transparente Entscheidungswege moral distress vorbeugen. Wenn alle Berufsgruppen und Perspektiven in eine Entscheidung einbezogen werden, mindert das auch die Wahrscheinlichkeiten für das Auftreten von moral distress. Wenn es zu moral distress kommt, können folgende Schritte unternommen werden. Die Schritte sind auch als die 4 A's bekannt:

Tabelle 8: 4 A's zum Umgang mit moral distress (übersetzt aus Epstein und Delgado 2010)

4 A's zum Umgang mit moral distress	
Ask (frage):	Fragen Sie sich, ob das, was Sie fühlen, moral distress ist. Zeigen andere Einsatzkräfte auch Anzeichen von moral distress?
Affirm (bestätige):	Bestätigen Sie Ihre Gefühle bezüglich des Problems. Welcher Aspekt Ihrer moralischen Integrität wird bedroht? Welche Rolle könnten (und sollten) Sie spielen?
Assess (bewerte):	Beginnen Sie, einige Fakten zusammenzustellen. Was ist der Ursprung Ihres moral distress? Was ist Ihrer Meinung nach die „richtige" Handlung und warum ist das so? Was wird derzeit getan und warum? Wer sind die Handelnden in dieser Situation? Sind Sie bereit, zu handeln?
Act (handle):	Erstellen Sie einen Aktionsplan und setzen Sie ihn um. Denken Sie über mögliche Fallstricke und Strategien nach, um diese Fallstricke zu umgehen. Im Team oder mit Vorgesetzten die Situation anzusprechen, die moral distress verursacht, ist dabei immer die erste Handlung.

Diese Hilfestellungen lassen sich auch auf den Umgang mit moralischen Verletzungen übertragen. Zimmermann et al. (2019) geben weitere Empfehlungen.

Abbildung 20: Person zweifelt am Einsatzhandeln (Quelle: freepik)

Auf struktureller Ebene ist es wichtig, moral distress nicht nur als individuelles Problem zu verstehen, sondern auch mögliche strukturelle Bedingungen genauer in den Blick zu nehmen (Talbot und Dean 2018; Dean und Talbot 2019). Dies sind etwa Arbeitsbedingungen, Entscheidungs- und Befehlsketten, die strukturelle (Unter-)Repräsentation von Betroffenen oder auch vorhandene Ausstattung. Zumeist haben problematische Umstände einen großen Anteil an der Entstehung von moral distress und moralischen Verletzungen. Sie zu artikulieren ist wichtig. Zugleich ist dies gerade für Einsatzkräfte, die selbst innerhalb dieser Strukturen tätig und damit Teil dieser sind, schwierig. Hier kann das Einrichten von Ombudsstellen innerhalb und außerhalb der Strukturen helfen. Weitere Empfehlungen, wie etwa eine Taschenkarte zum Umgang mit moral distress und moralischen Verletzungen finden sich beim Klinischen Ethik Netzwerk des Vereinigten Königreichs (UKCEN n.a.).

6.6 Umgang mit Fehlern von Einsatzkräften

Fehler in Rettungsberufen haben ein besonderes Risiko für ernste Konsequenzen. Deswegen ist es wichtig, Fehler zu vermeiden und einen konstruktiven Umgang mit Fehlern zu finden.

„**Fehler** sind eine Abweichung von einem als richtig angesehenen Verhalten oder von einem gewünschten Handlungsziel, das der Handelnde eigentlich hätte ausführen bzw. erreichen können.“ (Badke-Schaub 2008: 37) Fehler lassen sich durch die folgenden Eckpunkte charakterisieren (ebd.):

- Fehler können in der Handlung oder im Ergebnis liegen.
- Fehler setzen ein Handlungsziel voraus, das nicht wie geplant ausgeführt oder erreicht wird.
- Dass etwas als Fehler erkannt wird, setzt eine Bewertung von Handlungen oder Ergebnissen voraus.
- Fehler erfordern, dass Wissen und Können über richtige Handlungsausführung vorhanden sind.

Mit Blick auf die Ursache von Fehlern lassen sich personen- oder individuenbezogene Ansätze und systemische Ansätze unterscheiden. Personenbezogene Ansätze untersuchen, „welche guten Gründe eine Person gehabt hatte oder welche Faktoren ihre Urteilsfähigkeit verminderten. […] Dabei ist nicht nur wichtig, ob die handelnde Person anders hätte handeln können, sondern auch, ob sie wusste, dass sie etwas Falsches tat oder die Folgen ihres Handelns absehen konnte.“ (ebd.: 40). Systemische Ansätze betrachten spezifische Handlungen im Kontext des sozio-technischen Systems, in dem sie stattfinden. Sie nehmen in den Blick, inwieweit Faktoren wie z. B. das Arbeitsumfeld, die Ausbildung, Arbeitszeiten, Abläufe oder Rollenkonflikte die Entstehung von Fehlern begünstigen (ebd.).

Abbildung 21: Fehler bei einer Patientenversorgung (Quelle: freepik)

Das Aufarbeiten von Fehlern umfasst vier Schritte: Fehler erkennen, Ursachen identifizieren, Konsequenzen ziehen und aus Erkenntnissen lernen. Dies kann anspruchsvoll sein, auch weil Individuen und Organisationen aus dem Offenlegen von Fehlern negative Folgen befürchten können. Um den Umgang mit Fehlern zu erleichtern, ist das Etablieren einer **Fehlerkultur** hilfreich. Hierbei sollen Fehler nicht als Versagen mit der Folge eines Ausschlusses verstanden werden, sondern als Missstand, der in Zukunft vermieden werden soll. Aspekte einer solchen Fehlerkultur lassen sich entlang der bereits genannten Schritte ausführen. Alle vier Schritte lassen sich dabei in ethischer Hinsicht relevant machen.

Um Fehler aufarbeiten zu können, ist es wichtig, **Fehler zu erkennen und zu melden**. Hierbei lassen sich zwei Situationen unterscheiden: das Anzeigen eigener Fehler und Anzeigen von Fehlverhalten anderer. Wenngleich beide Anzeigen mit Stress für die betroffenen Personen verbunden sind, geht insbesondere mit der Anzeige der Fehler anderer das Risiko sozialer Verwerfungen oder eines sozialen Ausschlusses einher. In beiden Fällen

sollte im Sinne eines Lernens aus Fehlern ein Umfeld geschaffen werden, welches betroffene Personen dazu ermutigt, eigene Fehler zu artikulieren und Fehler anderer in einem sicheren Umfeld für alle Seiten zu thematisieren, bspw. durch die Einrichtung von Ombudsstellen.

Mit Blick auf die **Identifikation von Ursachen** ist es entscheidend, ob diese „nur" beim Individuum gesucht werden oder auch die Situation in den Blick genommen wird. Um hier eine möglichst gerechte Bewertung zu ermöglichen, sollte wenigstens teilweise ein systemischer Ansatz gewählt werden, der Handlungsweisen in einen situativen Rahmen einordnet und damit den Kontext berücksichtigt. Bei der Identifikation ist es zudem wichtig, die Absicht der handelnden Person und die Bewusstheit der Entscheidung in den Blick zu nehmen. Ein formaler Fehler könnte bewusst in Kauf genommen werden, um eine nicht angemessene Verfahrensweise zu verbessern.

Dies schließt nahtlos an das **Ziehen von Konsequenzen** an. Die gewählten Konsequenzen sollten die zugrundeliegende Ursache adressieren. Bei Fehlern durch fehlende Übung könnte dies bspw. eine Schulung sein. Wird über eine Sanktionierung nachgedacht, sollte überlegt werden, ob die gewählte Maßnahme in der Lage ist, die Ursache in Zukunft zu vermeiden. Bevor sanktioniert wird, sollten zielorientierte Angebote in Betracht gezogen werden. Im Sinne einer Fehlerkultur, die ein Lernen befördert, sollten die Verfahren(sregeln) zur Bewertung und Auswahl von Konsequenzen transparent und gerecht sein.

Neben dem Ziehen von Konsequenzen ist für den Umgang mit Fehlern langfristig das **Lernen aus Fehlern** zentral. Im Sinne des Lernens kann zwischen einem individuellen Lernen und organisationalem Lernen unterschieden werden. Derartige Lernprozesse finden nicht einfach statt, sondern erfordern Strukturen. Werden Schulungen zu Fehlern angeboten, ist es bei der Nutzung exemplarischer Beispiele wichtig, auf eine angemessene Wahrung von Persönlichkeitsrechten zu achten. Bspw. umfasst dies das Vermeiden der Nennung von Klarnamen und das Einholen der Zustimmung zur Nutzung von Bildern. Damit soll eine Bloßstellung von Personen und die damit für sie indirekten negativen Konsequenzen vermieden werden.

6.7 Mitverschulden und Fehlverhalten von Betroffenen

Einsatzkräfte sind in ihrer Arbeit auch mit dem Thema Mitverschulden und Fehlverhalten von Betroffenen konfrontiert. Dies kann – teils bewusst, teils unterbewusst – die Bereitschaft, Hilfe zu leisten, beeinflussen. Dabei lassen sich grob drei Arten ausdifferenzieren.

Erstens: **(Mit-)verschulden der Schadenslage**. Mit (Mit-)verschulden der Schadenslage ist gemeint, dass eine Person für die Schadenslage (mit-) verantwortlich ist. Das kann bspw. eine Person sein, die einen Unfall (mit-) verursacht hat oder die gewalttätig ist. Beide unterscheiden sich voneinander durch die Mutwilligkeit ihrer Handlung. Während die erste Person den Unfall mutmaßlich nicht absichtlich herbeigeführt hat, hat die zweite Person sich willentlich entschieden, Schaden anzurichten.

Abbildung 22: Betreten wegen Lebensgefahr verboten (Quelle: flickr, Tony Webster)

Zweitens: **(Mit-)verschulden durch Ablehnung von Hilfsangeboten**. Mit (Mit-)verschulden durch Ablehnung von Hilfsangeboten sind Situationen gemeint, in denen Menschen zu einem Zeitpunkt, an dem Hilfe noch niedrigschwellig(er) möglich gewesen wäre, eine Hilfeleistung willentlich zurückweisen. Wenn das Ablehnen des Hilfsangebots Menschen dann in eine bereits vorhergesehene und präventiv abwendbare Situation bringt, ist eine Hilfeleistung oft nur unter erhöhtem Risiko für die Einsatzkräfte möglich. Das kann bspw. der Fall sein, wenn Menschen sich nicht evakuieren lassen und später aus (für sie selbst aber auch für die Einsatzkräfte) lebensgefährlichen Lagen gerettet werden müssen, oder wenn Menschen, die sich gegen eine Impfung entscheiden, später infiziert sowie infektiös sind und auf lebensrettende Hilfe angewiesen sind.

Drittens: **„Fehlverhalten" in der Biografie.** Mit „Fehlverhalten" in der Biografie ist gemeint, dass sich eine Person im Laufe ihres Lebens (in den Augen der Einsatzkräfte) moralisch verwerflich verhalten hat und dies den Einsatzkräften bekannt ist. Dieses „Fehlverhalten" lässt die betroffene Person in einem derart schlechten Licht erscheinen, dass Einsatzkräfte Schwierigkeit haben, ihre persönlichen Gefühle und Urteile beiseitezustellen und trotz ihrer Vorbehalte zu helfen. Das kann bspw. bei der Versorgung von Personen der Fall sein, die kriminell gehandelt haben. Was Menschen als „Fehlverhalten" verstehen, ist abhängig von den Moralvorstellungen der jeweiligen Personen. So kann es bspw. Personen geben, die eine Drogenabhängigkeit als „Fehlverhalten" verstehen, was wiederum ihre Hilfsbereitschaft beeinträchtigen kann.

Für die Entscheidung, ob und wie geholfen wird, stellt Mitverschulden und Fehlverhalten per se kein Kriterium für das Unterlassen von Hilfe dar. Wird eine Hilfeleistung unterlassen, kann dafür nur die mit der Hilfeleistung einhergehende Gefährdung Dritter (etwa der Einsatzkräfte) oder ein anderer valider Grund ausschlaggebend sein.
Da die Versorgung von Personen, die in den Augen der Einsatzkräfte eine Situation mitverschuldet oder sich falsch verhalten haben, für Einsatzkräfte emotional belastend sein kann, empfiehlt sich eine psychosoziale Begleitung. Einsatzkräfte können dem Thema „Mitverschulden und Fehlverhalten" auch bezüglich ihres eigenen Handelns begegnen.

6.8 Sterben, Tod und Leichnam

Im Einsatzwesen ist die Begegnung mit den Themen Sterben und Tod unvermeidlich. Entsprechend kann es hilfreich sein, sich insbesondere vor Kriseneinsätzen mit Gedanken zum guten Sterben und dem würdevollen Umgang mit einem Leichnam zu befassen.

Abbildung 23: Unfallfahrzeug (Quelle: freepik, ASphotofamily)

Betreuung von Sterbenden: Typische Beschwerden, die Menschen am Ende des Lebens haben, sind Schmerzen, Atemnot, Unruhe oder Angst. Diesen Symptomen sollte durch eine palliative Behandlung (auf Wunsch der betroffenen Person) begegnet werden. Zudem muss die Privatsphäre

von Sterbenden geachtet werden. Das beinhaltet u. a. Patientendaten und Persönlichkeitsrechte, aber auch eine (u. U.) besonders gestaltete Umgebung. Das kann je nach persönlichen, kulturellen oder religiösen Vorstellungen ein der Lage angemessener, relativ geschützter Ort, ein ruhiger Ort, ein Ort, der letzte Besuche und oder kulturelle/religiöse Rituale ermöglicht etc. sein.

Was gutes Sterben ist, hängt von der jeweiligen Lebenseinstellung und der jeweiligen Spiritualität der betroffenen Personen ab. Auch beim Sterben ist es notwendig, die Vorstellungen der Betroffenen zu berücksichtigen. In der Vorstellung mancher Menschen beeinflusst die Art, wie ein Mensch aus dem Leben scheidet, das Leben nach dem Tod bzw. die Wiedergeburt. Deswegen ist es wichtig, über die Vorstellungen von einem guten Tod der betroffenen Person(en) Bescheid zu wissen bzw. Informationen darüber einzuholen und diese nach Möglichkeit in die Gestaltung des Sterbeprozesses einzubeziehen.

Des Weiteren darf das Bedürfnis nach menschlichem Kontakt nicht vergessen werden. Sterbende benötigen die Möglichkeit, Betreuung in Anspruch nehmen zu können. Sterbenden soll (auf Wunsch) Trost gespendet werden; sei es durch Angehörige und Freunde, durch den Besuch von Geistlichen oder durch ärztliches und nicht-ärztliches Personal. Menschen sollten wenn möglich nicht allein sterben müssen. Das gilt auch für Einsätze, in denen eine blaue Kategorie genutzt wird. Ebenso brauchen auch Hinterbliebene Hilfsangebote, die sie ggf. nutzen können.

Befindet sich eine Person im Sterbeprozess, sollten nach Möglichkeit Familienangehörige unterrichtet und informiert werden. Wenn die Angehörigen die sterbende Person nicht mehr besuchen können, sollten auf Wunsch anderweitige Kontaktmöglichkeiten (wie bspw. Telefonate) ermöglicht und angeboten werden. Gespräche am Ende des Lebens bieten Menschen die Möglichkeit, Abschied zu nehmen, letzte Angelegenheiten zu klären, um Vergebung zu bitten und einander zu vergeben.

Tod und Umgang mit dem Leichnam: Der Tod darf nur durch ärztliches Personal festgestellt werden. Im Kontext von Krisen wird von „dead body management“ gesprochen (PAHO 2016). Es umfasst den fachgerechten

Umgang mit Leichen. Von toten Körpern geht prinzipiell keine infektiöse Gefahr aus. Sie sollten dennoch abgedeckt und so bald wie möglich abtransportiert werden.

Wenn ein Mensch gestorben ist, sollte mit dem Leichnam würdevoll umgegangen werden. Dazu gehört v.a., dass Leichen nicht wie Gegenstände behandelt werden. Auch beim angemessenen Umgang mit dem Leichnam sind kulturelle Gepflogenheiten sowie religiöse oder persönliche Vorstellungen nach Möglichkeit zu berücksichtigen.

Ein angemessener Umgang mit dem Leichnam ist (je nach kultureller und religiöser Vorstellung) nicht notwendigerweise für die verstorbene Person wichtig, sondern vielmehr für die Hinterbliebenen. Kulturelle oder religiöse Gepflogenheiten sollten nach Möglichkeit erfragt und respektiert werden.

Damit ein Leichnam den Hinterbliebenen übergeben werden kann, muss er identifiziert werden (können). In Krisen sind Leichen oder Leichenteile oft nicht sofort identifizierbar oder einer bestimmten Person zuzuordnen. Deswegen ist es wichtig, den Leichnam bzw. die Körperteile fachgerecht zu dokumentieren und fachgerecht abzulegen oder beizusetzen.

Je nach Lage oder Todesursache können besondere Anforderungen an den Umgang mit dem Leichnam gelten. Kontaminierte oder infizierte Leichen müssen anders versorgt werden als der Leichnam von Menschen, die ihren Verletzungen erlegen sind. Auch äußere Umstände wie bewaffnete Konflikte oder eine plötzliche, sehr hohe Anzahl an zu versorgenden Toten kann besondere Anforderungen an und u. U. Einschränkungen in der Versorgung von Leichen mit sich bringen.

In besonderen Lagen entwickeln Fachgesellschaften oder Forschende aus den entsprechenden Disziplinen Empfehlungen zum Umgang mit dem Leichnam, die Orientierung für spezielle Situationen geben können.

Literaturverzeichnis

Alexander, D. (2015): Disability and Disaster: An Overview. In: Kelman, I. und Stough, L. M. (Hrsg.): Disability and disaster – Explorations and exchanges. New York: Palgrave Macmillan. S. 15–29.

Auswärtiges Amt (Hrsg.) (2020): Grundlagen der humanitären Hilfe. Abrufbar unter: https://www.auswaertiges-amt.de/de/aussenpolitik/humanitaere-hilfe/huhi/205108, abgerufen am 16.03.2023.

Badke-Schaub, P.; Hofinger, G. und Lauche, K. (Hrsg.) (2008): Human Factors – Psychologie sicheren Handelns in Risikobranchen. Heidelberg: Springer Medizin Verlag. Abrufbar unter: https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-540-72321-9, abgerufen am: 24.03.2023.

Beauchamp, T. L. und Childress, J. F. (2013): Principles of biomedical ethics. 7. ed. New York: Oxford University Press.

Biddison, L. D.; Berkowitz, K. A.; Courtney, B.; Jong, C. M. J. de; Devereaux, A. V.; Kissoon, N. et al. (2014): Ethical considerations: care of the critically ill and injured during pandemics and disasters: CHEST consensus statement. In: Chest, Band 146 (4 Suppl). e145S-55S. DOI: 10.1378/chest.14-0742.

Birnbacher, D. (2013): Analytische Einführung in die Ethik. 3. durchgesehene Auflage. Berlin Boston: DE GRUYTER (Studium).

Blum, M. (2013): War, food rationing, and socioeconomic inequality in Germany during the First World War. In: The Economic History Review, Band 66, Heft 4. S. 1063-1083. Abrufbar unter: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1468-0289.2012.00681.x, abgerufen am: 24.03.2023.

Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (Hrsg.) (2012): Psychosoziale Notfallversorgung: Qualitätsstandards und Leitlinien Teil I und II. 3. Auflage. Praxis im Bevölkerungsschutz, Band 7. Bonn. Abrufbar unter: https://www.bbk.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Mediathek/Publikationen/PiB/PiB-07-psnv-qualitaet-stand-leitlinien-teil-1-2.pdf?__blob=publicationFile&v=7, abgerufen am 24.03.2023.

Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (2019): Rahmenkonzept Ausbildung in Erster Hilfe mit Selbstschutzinhalten – Selbstschutzausbildung mit kompetenzorientiertem Ansatz. Bonn. Abrufbar unter: https://www.ehsh-drk.de/fileadmin/Bilder_und_Videos/Infoseite_EHSH-DRK/ehsh/Dokumente/Rahmenkonzept_Ausbildung_in_Erster_Hilfe_mit_Selbstschutzinhalten.pdf, abgerufen am: 24.03.2023.

Bundesärztekammer (2021): (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte – MBO-Ä 1997, in der Fassung des Beschlusses vom 124. Deutschen Ärztetages vom 05. Mai 2021 in Berlin. In: Deutsches Ärzteblatt, Band 118, Heft 23. Abrufbar unter: https://www.aerzteblatt.de/archiv/219411/(Muster-)Berufsordnung-fuer-die-in-Deutschland-taetigen-Aerztinnen-und-Aerzte, abgerufen am: 16.03.2023.

Civaner, M. M.; Vatansever, K. und Pala, K. (2017): Ethical problems in an era where disasters have become a part of daily life: A qualitative study of healthcare workers in Turkey. In: PloS ONE, Band 12, Heft 3. e0174162. DOI: 10.1371/journal.pone.0174162.

Clarinval, C. und Biller-Andorno, N. (2014): Challenging Operations: An Ethical Framework to Assist Humanitarian Aid Workers in their Decision-making Processes. In: PLoS Currents Disasters, Band 6. Abrufbar unter: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4073807/, abgerufen am: 24.03.2023.

Daniels, N. (2016): Justice, resource Allocation, and Emergency Preparedness: Issues Regarding Stockpiling. In: Jennings, B.; Arras, J. D.; Barrett, D. H. und Ellis, B. A. (Hrsg.): Emergency ethics. Public health preparedness and response. New York: Oxford University Press. S. 104–134.

Dean, W. und Talbot, S. (2019): Moral injury and burnout in medicine: a year of lessons learned. In: STAT. Abrufbar unter: https://www.statnews.com/2019/07/26/moral-injury-burnout-medicine-lessons-learned/, abgerufen am: 16.03.2023.

Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (2023): Katastrophenmedizinische präklinische Behandlungsleitlinien. AWMF-Register Nr.: 001-0043, S2k Leitlinie.

Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (Hrsg.) (2020): Entscheidungen über die Zuteilung intensivmedizinischer Ressourcen im Kontext der COVID-19-Pandemie. 2. überarbeitete Fassung vom 17.04.2020. Abrufbar unter: https://www.divi.de/joomlatools-files/docman-files/publikationen/covid-19-dokumente/200417-divi-covid-19-ethik-empfehlung-version-2.pdf, abgerufen am: 16.03.2023.

Deutscher Ethikrat (2021): Ethics Council discusses triage decissions under pandemic conditions. Abrufbar unter: https://www.ethikrat.org/en/press-releases/press-releases/2021/ethics-council-discussed-triage-decisions-under-pandemic-conditions/?cookieLevel=not-set, abgerufen am: 16.03.2023.

Herausgeber: Deutsches Rotes Kreuz Landesverband Badisches Rotes Kreuz e.V. (2011): Teilkonzepte zur Versorgung beim Massenanfall von Verletzten und Erkrankten (MANV). 3. Aufl. Freiburg.

Domres, B. D.; Koch, M.; Manger, A. und Becker, H. D. (2001): Ethics and Triage. In: Prehospital and Disaster Medicine, Band 16, Heft 1. S. 53–58.

Emanuel, E. J.; Persad, G.; Upshur, R.; Thome, B.; Parker, M.; Glickman, A. et al. (2020): Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19. In: The New England journal of medicine, Band 382, Heft 21. S. 2049–2055. DOI: 10.1056/NEJMsb2005114.

Epstein, E. und Delgado, S. (2010): Understanding and Addressing Moral Distress. In: Online J Issues Nurs, Band 15, Heft 3. DOI: 10.3912/OJIN.Vol15No03Man01.

European Resuscitation Council (2020): COVID-19 Leitlinien des European Resuscitation Council. Offizielle autorisierte Übersetzung vom Deutschen Rat für Wiederbelebung - German Resuscitation Council (GRC). Hg. v. European Resuscitation Council. Abrufbar unter: https://www.grc-org.de/files/ArticleFiles/document/ERC_covid19_German_spreads_V3_20200606.pdf, abgerufen am: 16.03.2023.

Europäische Union (2008): Gemeinsame Erklärung des Rates und der im Rat vereinigten Vertreter der Regierungen der Mitgliedstaaten, des Europäischen Parlaments und der Europäischen Kommission. In: Amtsblatt der Europäischen Union (C25/01). Abrufbar unter: https://www.auswaertiges-amt.de/blob/254386/96c4008e7228 bfabe392a909efd7e00a/eu-konsens-huhi-data.pdf, abgerufen am: 16.03.2023.

Fischer, F. T.; Scharf, F.; Lochner, S.; Hipp, R. und Peschel, O. (2016): Zur Todesfeststellung beim MANV. In: Notfall Rettungsmedizin, Band 19, Heft 2. S. 122–128. DOI: 10.1007/s10049-015-0105-x.

Fraser, V.; Hunt, M.; Schwartz, L. und Laat, S. de (2014): Humanitarian Health Ethics Analysis Tool. Abrufbar unter: https://www.alnap.org/system/files/content/resource/files/main/hheat-handbook-.pdf, abgerufen am: 24.03.2023.

Frey, D. und Schmalzried, L. K. (2013): Philosophie der Führung – Gute Führung lernen von Kant, Aristoteles, Popper & Co. Berlin Heidelberg: Springer. Abrufbar unter: https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-642-34439-8, abgerufen am: 24.03.2023.

Harding, U. (2016): Der medizinische Notfall. In: Salomon, F.; von dem Knesebeck, O. und Vonneilich, N. (Hrsg.): Praxisbuch Ethik in der Notfallmedizin – Orientierungshilfen für kritische Entscheidungen. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. S. 17–25.

Have, H. T. (2014): Marco-triage in Disaster Planning. In: O'Mathúna, D. P.; Gordijn, B. und Clarke, M. (Hrsg.): Disaster Bioethics: Normative Issues When Nothing is Normal. Dordrecht: Springer Netherlands (Public health ethics analysis). S. 13–32.

Heinemann, W. (2005): Ethische Fallbesprechung – Eine interdisziplinäre Form klinischer Ethikberatung. Köln. Abrufbar unter: https://www.malteser.de/fileadmin/_migrated/content_uploads/Ethische-Fallbesprechung.pdf, abgerufen am: 24.03.2023.

Helmerichs, J. (2010): Umgang mit Menschen in Extremsituationen. In: Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) (Hrsg.): Katastrophenmedizin – Leitfaden für die ärztliche Versorgung im Katastrophenfall. 5., völl. überarb. Aufl. Bonn: Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe. S. 30–42. Abrufbar unter: http://orgl-hof.de/uploads/media/Katastrophenmedizin.pdf, abgerufen am 24.03.2023.

Iserson, K. V. (2006): Ethical principles—emergency medicine. In: Emergency medicine clinics of North America, Band 24, Heft 3. S. 513–545. DOI: 10.1016/j.emc.2006.05.007.

Karadag, C. O. und Hakan, A. K. (2012): Ethical Dilemmas in Disaster Medicine. In: Iranian Red Cresent Medical Journal, Band 14, Heft 10. S. 1–11.

Kern, B.-R. (2010): Rechtsgrundlagen für die Einsätze im Katastrophenfall und die Triage. In: Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) (Hrsg.): Katastrophenmedizin – Leitfaden für die ärztliche Versorgung im Katastrophenfall. 5., völl. überarb. Aufl. Bonn: Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe. S. 43–66. Abrufbar unter: http://orgl-hof.de/uploads/media/Katastrophenmedizin.pdf, abgerufen am 24.03.2023.

Knochel, K.; Kühlmeyer, K.; Richstein, K.-H. und Rogge, A. (2020): Psychische Belastungen von Gesundheitspersonal im Umgang mit moralischen Konflikten – Eine Handreichung für klinische Ethikberater*innen. Göttingen. Abrufbar unter: https://kkvd.de/wp-content/uploads/2020/04/HandreichungPsychischeBelastungen2020-03-31.pdf, abgerufen am 24.03.2023.

Knoepffler, N. (2010): Angewandte Ethik – Ein systematischer Leitfaden. Köln Weimar Wien: Böhlau. Abrufbar unter: https://www.utb.de/doi/book/10.36198/9783838532936, abgerufen am: 24.03.2023.

Litz, B. T.; Stein, N.; Delaney, E.; Lebowitz, L.; Nash, W. P.; Silva, C. und Maguen, S. (2009): Moral injury and moral repair in war veterans: a preliminary model and intervention strategy. In: Clinical psychology review, Band 29, Heft 8. S. 695–706. DOI: 10.1016/j.cpr.2009.07.003.

Marckmann, G. und Dodt, C. (2016): Begrenzte Ressourcen in der Notfallmedizin als ethische Herausforderung. In: Salomon, F.; von dem Knesebeck, O. und Vonneilich, N. (Hrsg.): Praxisbuch Ethik in der Notfallmedizin – Orientierungshilfen für kritische Entscheidungen. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. S. 187–194.

Norman, S. B. und Maguen, S. (2022): Moral Injury. Abrufbar unter: https://www.ptsd.va.gov/professional/treat/cooccurring/moral_injury.asp, abgerufen am 16.03.2023.

Pan American Health Organization (Hrsg.) (2016): Management of dead bodies after disasters – A field manual for first responders. Second edition. Washington, DC: Pan American Health Organization.

Papazoglou, K. und Chopko, B. (2017): The Role of Moral Suffering (Moral Distress and Moral Injury) in Police Compassion Fatigue and PTSD: An Unexplored Topic. In: Frontiers in psychology, Band 8. DOI: 10.3389/fpsyg.2017.01999.

Powell, J. A.; Jeffries, H. K.; Newhart, D. W. und Stiens, E. (2006): Towards a Transformative View of Race – The Crisis and Opportunity of Katrina. In: Hartman, C. und Squires, G. D. (Hrsg.): There is no such thing as a natural disaster – Race, class, and Hurricane Katrina. New York: Routledge. S. 59–85.

Reid, L. (2005): Diminishing return? Risk and the duty to care in the SARS epidemic. In: Bioethics, Band 19, Heft 4. S. 348–361.

Rheinfelder, W. und Pesch, J. (2016): Der Betreuungsplatz. 2. überarbeitete Auflage. In: Maurer, K. und Mitschke, T. (Hrsg.): SEGmente, Band 8. Edewecht: Stumpf + Kossendy Verlagsgesellschft mbH.

Rosoff, P. M. (2015): In defense of (some) altered standards of care for Ebola infections in developed countries. In: HEC forum: an interdisciplinary journal on hospitals' ethical and legal issues, Band 27, Heft 1. S. 1–9.

Ruderman, C.; Tracy, C. S.; Bensimon, C. M.; Bernstein, M.; Hawryluck, L.; Shaul, R. Z. und Upshur, R. E. G. (2006): On pandemics and the duty to care: whose duty? who cares? In: BMC medical ethics, Band 7, Artikel E5. DOI: 10.1186/1472-6939-7-5.

Sass, H.-M. (2006): Medizinische Ethik bei Notstand, Krieg und Terror – Verantwortungskulturen bei Triage, Endemie und Terror. 4. Aufl. Medizinethische Materialien, Band 165. Bochum. Abrufbar unter: https://ethik-in-der-praxis.de/downloads/zme-mm-165.pdf, abgerufen am 24.03.2023.

Scheuermann, A.; Weidringer, J. W. und Domres, B. D. (2010): Katastrophenmedizin und Katastrophenmanagement. In: Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) (Hg.): Katastrophenmedizin – Leitfaden für die ärztliche Versorgung im Katastrophenfall. 5., völl. überarb. Aufl. Bonn: Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe. S. 67–111. Abrufbar unter: http://orgl-hof.de/uploads/media/Katastrophenmedizin.pdf, abgerufen am 24.03.2023.

Sen, A. (2013): Die Idee der Gerechtigkeit. Ungekürzte Ausg., 2. Aufl. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.

Sphere Association (2018): The Sphere Handbook. Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response. Fourth edition. Genf: Sphere Association. Abrufbar unter: https://www.spherestandards.org/wp-content/uploads/Sphere-Handbook-2018-EN.pdf, abgerufen am: 24.03.2023.

Talbot, S. und Dean, W. (2018): Physicians aren't 'burning out.' They're suffering from moral injury. Abrufbar unter: https://www.statnews.com/2018/07/26/physicians-not-burning-out-they-are-suffering-moral-injury/, abgerufen am: 16.03.2023.

Trento, L. und Allen, S. (2014): Hurricane Sandy – Nutrition support during disasters. In: Nutrition in clinical practice, Band 29, Heft 5. S. 576–584. DOI: 10.1177/0884533614536927.

UK Clinical Ethics Network (n.a.): Moral distress and Moral Injury – Information Sheet. Abrufbar unter: https://www.ukcen.net/uploads/docs/home/MD_text_UKCEN _FINAL_24.09.20_ammend_(003).pdf, abgerufen am: 24.03.2023.

Velte, B. (2020): Betreuung im Zivilschutz. Konzeptstudie. Überarbeitete Version Mai 2021. Bonn. Abrufbar unter: https://www.bbk.bund.de/DE/Themen/Gesundheitlicher-Bevoelkerungsschutz/Betreuungsdienst/Pilotprojekt-Labor-Betreuung-5000/Alle-Meldungen/Meldungen/2021/konzeptstudie-betreuung-zivilschutz.html, abgerufen am: 24.03.2023.

Wiesing, U. (Hrsg.) (2012): Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch. 4., erw. und vollst. durchges. Aufl. Stuttgart: Reclam.

World Medical Association (Hrsg.) (2005): Medical ethics manual. Ferney-Voltaire: WMA.

Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung (n.a.): Ethische Aspekte und rechtliche Grundlagen. Abrufbar unter http://www.alter-sucht-pflege.de/Handlungsempfehlungen/Download/Ethik-und-Recht.pdf, abgerufen am: 24.03.2023.

Zimmermann, P.; Fischer, C.; Thiel, T. und Alliger-Horn, C. (2019): Werte-orientierte Psychotherapie bei Einsatzsoldaten. Hrsg. v. Bundeswehrkrankenhaus Berlin. Berlin. Abrufbar unter: https://wehrmed.de/media/story/3725/attachment-1552305340.pdf, abgerufen am: 24.03.2023.

Anhang

Dokumentationsbogen Ethische Entscheidungsfindung

Schritt 1: Identifikation des moralischen Problems

- Was ist das moralische Problem? Welche Entscheidung muss getroffen werden?
- Wer ist vom Problem betroffen?
- Wer ist für die Entscheidung relevant?
- Welche Sichtweisen auf das Problem gibt es?
- Welcher Konflikt liegt der Entscheidung zugrunde?
- Auf welche konkrete Frage wird im Folgenden eine Antwort gesucht?

Schritt 2: Welche Informationen liegen vor?

- Welche medizinischen, pflegerischen und (psycho-)sozialen Informationen liegen vor?
- Was ist über Spiritualität, Lebenseinstellung, kulturelle Konventionen der Person oder der Gruppe bekannt?
- Was ist der (mutmaßliche) Wille, was sind die Wünsche der Person oder Gruppe?
- Welche Hilfsmittel zur Lösung des Problems gibt es bereits (Leitfaden, Gesetze etc.)?
- Wie und wo können weitere Informationen beschafft werden?
- Welche Machtverhältnisse/ Abhängigkeiten bestehen in den vorhandenen Beziehungen?
- Welche Ressourcen stehen zur Verfügung?
- Welche Gefährdungen und Sicherheiten liegen vor?

Schritt 3: Welche Handlungsmöglichkeiten gibt es?

- Welche Handlungsmöglichkeiten gibt es?
- Wer ist von den Handlungsmöglichkeiten betroffen?

A

B

C

Schritt 4: Was spricht für/gegen die Handlungsmöglichkeiten?

- Welche Pro- und Kontra-Argumente lassen sich für die jeweiligen Handlungsoptionen anhand der ethischen Prinzipien finden?
- Wie sollten die Prinzipien mit Blick auf die zu treffende Entscheidung gewichtet werden?
- Welche weiteren Kriterien oder Werte sind für die Entscheidungsfindung relevant (kulturelle Konventionen, Spiritualität etc.)?
- Spielen (Eigen-)Gefährdungen für die Entscheidung eine Rolle?
- Welche Handlungsmöglichkeit ist wie umsetzbar?

A+	A-
B+	B-
C+	C-

Schritt 5: Treffen einer ethisch reflektierten Entscheidung

- Welche Handlungsmöglichkeit ist gut begründet und der Situation angemessen?
- Welche Argumente werden hierfür geltend gemacht (mittels Gewichtung der Pro/Kontra-Argumente und der ethischen Prinzipien)?
- Wie können Vorbehalte im Team gegenüber der Entscheidung adressiert werden?
- Welche Grenzen weist die getroffene Entscheidung auf?

Schritt 6: Planung der Umsetzung der Entscheidung

- Welche nächsten Schritte sind für die Umsetzung der Entscheidung zu planen?
- Kann u. U. eine schrittweise Umsetzung der Entscheidung vorgenommen werden (bspw., wenn verschiedene Möglichkeiten bestehen, mit der am wenigsten eskalativen Möglichkeit zu beginnen)?
- Wer ist wofür zuständig? Welche Personen sollten eingebunden werden?
  Wie werden diese informiert?
- Wie kann die Umsetzung der Entscheidung beobachtet werden, sodass ggf. auftretende (un-)erwünschte Nebeneffekte entdeckt werden?
- Welche Rückmeldemöglichkeiten gibt es, um auf sich ändernde Bedingungen oder unvorhergesehene Probleme reagieren zu können?

Schritt 7: Evaluation der Entscheidung

- Welche Kommunikationsregeln gelten für ein Feedback?
- Welche positiven und negativen Folgen hatte die getroffene Entscheidung?
- Welche Anpassungen müssen vorgenommen werden?
- Was sind die Lessons Learned für künftige ähnliche Situationen, Lagen, Fälle?

Taschenkarte
Ethisch reflektierte Entscheidungsfindung

Ethische Reflexion

Moralische Überzeugungen geben uns Orientierung, wie wir gut handeln können. Was „gut“ ist, unterscheidet sich je nach Moralvorstellung. Situationen, in denen wir nicht wissen, was eine gute Handlung ist, stellen uns vor moralische Herausforderungen.

Die ethische Reflexion ist die Methode, um mit moralischen Herausforderungen umzugehen. Ziel ist die Untersuchung der Rechtfertigungskraft von Argumenten und der Legitimität von Handlungsmöglichkeiten.

Dafür werden wertbezogene Argumente analysiert und formuliert. Wertbezogene Argumente sind begründende Aussagen darüber, warum eine bestimmte Handlung wünschenswert ist. Sie verweisen auf ethische Werte und Prinzipien.

Die ethische Reflexion ist Grundlage für ethisch begründete Handlungsempfehlungen.

Ethische Prinzipien für den Bevölkerungsschutz

Respekt vor der Autonomie	• Jede Person hat das Recht, selbst zu entscheiden, was mit ihr und ihrem Körper geschehen soll. • Personen haben auch das Recht, sich „irrational“ zu entscheiden, wenn sie die möglichen Kosequenzen ihrer Handlung verstanden haben. • Personen sind über Hilfeleistungen und Maßnahmen aufzuklären, um ein informiertes Einverständnis zu geben; auch in Krisen.
Nicht-Schaden	• Behandlung / Versorgung darf betroffene Person nicht schaden. • Schaden ist, was die physische oder psychische Unversehrtheit einer Person berührt und gegen deren Willen geht. • Nutzen von Eingriffen sollte größer sein als der Schaden und Personen müssen der Versorgung zustimmen.
Fürsorge / Hilfeleistung	• Hilfreich ist etwas, wenn es im grundsätzlichen Interesse der Person ist. „Um zu“-Formulierungen können helfen, die „Hilfe“ zu verdeutlichen. • Hilfe umfasst körperliche, emotionale, soziale und spirituelle Aspekte. Sie sollte Gesundheit, Wohlbefinden und Sicherheit dienen. • Auch bei Maßnahmen, die zunächst eher schädlich erscheinen (wie z. B. eine Zwangsmaßnahme), muss der Hilfegedanke zentral sein.
Gerechtigkeit	• Gerechtigkeits-Prinzip umfasst, dass Entscheidungen der betroffenen Personen gegenüber und, im Verhältnis zu Anderen, den Umständen und den gegebenen Ressourcen gerecht sind. • Was als gerecht verstanden wird, kann sehr verschieden sein. • Ungleichbehandlungen sind nur dann problematisch, wenn sie illegitim sind. Ungleichbehandlungen müssen gut begründet sein.
Menschlichkeit	• Handeln aus der Haltung: Leid verhindern oder lindern. • Gewährleistung minimaler Standards für ein Leben in Würde.

Taschenkarte
Ethisch reflektierte Entscheidungsfindung

Lagefeststellung

Schritt 1: Identifikation des moralischen Problems
- Was ist das moralische Problem? Welche Entscheidung muss getroffen werden?
- Wer ist vom Problem betroffen? Wer ist für die Entscheidung relevant?
- Welche Sichtweisen auf das Problem gibt es? Welcher Konflikt liegt vor?

Schritt 2: Beschaffung von Informationen
- Welche medizinischen, pflegerischen oder (psycho-)sozialen Informationen liegen vor?
- Was ist über Spiritualität, Lebenseinstellung, Konventionen der Person/Gruppe bekannt?
- Was ist der (mutmaßliche) Wille, was sind die Wünsche der Person oder Gruppe?
- Welche Hilfsmittel zur Lösung des Problems gibt es bereits (Leitlinien, Gesetze etc.)?
- Wie und wo können weitere Informationen beschafft werden?
- Welche Machtverhältnisse und Abhängigkeiten bestehen in den vorhandenen Beziehungen?
- Welche Ressourcen stehen zur Verfügung?
- Welche Gefährdungen und Sicherheiten liegen vor?

Beurteilung der Lage

Schritt 3: Suche nach Handlungsmöglichkeiten
- Welche Handlungsmöglichkeiten gibt es?
- Wer ist von den Handlungsmöglichkeiten betroffen?

Schritt 4: Ethische Analyse von Handlungsmöglichkeiten
- Welche Pro-/Kontra-Argumente finden sich für die Optionen anhand ethischer Prinzipien?
- Wie sollten die ethischen Prinzipien mit Blick auf die Entscheidung gewichtet werden?
- Welche weiteren Kriterien/Werte sind relevant (Konventionen, Spiritualität etc.)?
- Spielen (Eigen-)Gefährdungen für die Entscheidung eine Rolle?
- Welche Handlungsmöglichkeit ist wie umsetzbar?

Schritt 5: Treffen einer ethisch reflektierten Entscheidung
- Welche Handlungsmöglichkeit ist gut begründet und der Situation angemessen?
- Welche Argumente werden geltend gemacht (Gewichtung Argumente/ethische Prinzipien)?
- Wie können Vorbehalte im Team gegenüber der Entscheidung adressiert werden?
- Welche Grenzen weist die getroffene Entscheidung auf?

Befehlsgebung

Schritt 6: Planung der Umsetzung der Entscheidung
- Welche nächsten Schritte sind für die Umsetzung der Entscheidung zu planen?
- Kann u. U. eine schrittweise (eskalierende) Umsetzung vorgenommen werden?
- Wer ist wofür zuständig? Welche Personen sind einzubinden? Wie werden diese informiert?
- Wie wird die Beobachtung u. U. auftretender (un)erwünschter Nebeneffekte gewährleistet?
- Welche Rückmeldemöglichkeiten für sich ändernde Bedingungen/Probleme gibt es?

Schritt 7: Evaluation der Entscheidung
- Welche Kommunikationsregeln gelten für ein Feedback?
- Welche positiven und negativen Folgen hatte die getroffene Entscheidung?
- Welche Anpassungen müssen vorgenommen werden?
- Was sind die Lessons Learned für künftige ähnliche Situationen, Lagen, Fälle?

Schritte/Fragen sollten an den Kontext angepasst werden. Wiederholen, anpassen oder zuspitzen kann sinnvoll sein. Entscheidungsgewalt und -verantwortung liegt bei den Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträgern. „Tun-Sollen“ setzt moralisch „Tun-Können“ voraus.

Umgang mit Abwägungsentscheidungen

Bei Abwägungsentscheidungen konkurrieren Prinzipien oder Wertvorstellungen miteinander. Je nach Situation sind zur Bearbeitung verschiedene Aspekte zu betrachten, um Argumente für/gegen Handlungsoptionen zu formulieren. Ziel sind begründete Handlungsoptionen, die den Prinzipien oder Wertvorstellungen angemessen Rechnung tragen.

Abwägen von Hilfeleistung und Eigenschutz

	Aspekt	Beschreibung	Beispiel
situative Aspekte	**(Eigen-) Gefährdung**	Möglicher Schaden für eine helfende Person.	Ein einsturzgefährdetes Haus. Die Bedrohung durch eine gewältige Person.
	Hilfebedarf	Grad der Not und die Dringlichkeit.	Wiederherstellung der Herzkreislauffunktion. Unterstützungsbedarf.
	Hilfeleistung	Notwendige Handlung, um Hilfe zu leisten.	Durchführung einer Reanimation. Absetzen eines Notrufs.
aktionsbezogene Aspekte	**Ausbildung**	Wissen über den Umgang der Gefahren und der erforderten Hilfeleistung.	Wissen über Gefahren in CBRN-Lagen. Wissen über Durchführung einer Dekontamination.
	Erfahrung	Praktische Erfahrung im Umgang mit Gefahren und der nötigen Hilfeleistung.	Einsatzerfahrung in CBRN-Lagen und Einsatzerfahrung in der Durchführung von Dekontamination.
	Ausrüstung	Verfügbares Material zum Schutz vor Gefahren und zur Hilfeleistung.	Schutzanzug und Atemschutz. Dekontaminationsequipment.
kontextueller Aspekt	**Kontext**	Struktureller Rahmen für die Hilfeleistung und den Umgang mit Risiken.	Möglichkeit zur Rettung der Hilfeleistenden, PSNV, Absicherung im Fall von Schäden.

Abwägen von Hilfeleistung und Gefährdung

	Aspekt	Beschreibung	Beispiel
situative Aspekte	**Gefährdung ohne Versorgung**	Zu erwartender Schaden für die zu versorgende(n) Person(en), wenn keine Versorgung stattfindet.	Verbluten bei offener Fraktur. Risiko zu schwerem Verlauf, Beeinträchtigungen oder Tod der Person(en).
	Hilfebedarf	Grad der Not und die Dringlichkeit	Stillen der Blutung. Impfung zur Risikominimierung für einen schweren Verlauf.
aktionsbezogene Aspekte	**Hilfeleistung**	Notwendige Versorgungsleistung	Bergung aus Trümmern. Gabe eines Medikaments. Durchführung einer OP.
	Risiken der Hilfeleistung	Möglicher Schaden für die betroffene(n) Person(en) durch oder bei der Hilfeleistung sowie deren Wahrscheinlichkeit.	Verletzungsrisiken bei der Bergung. Nebenwirkungen von Therapien. Komplikationen bei einer OP.
	Potenziale der Hilfeleistung	Mögliche positive Wirkung der Hilfeleistung und deren Erfolgsaussicht.	Rettung der verschütteten Person(en). Heilung der Krankheit. Vermeidung von schwerem Verlauf.
kontextueller Aspekt	**Kontext**	Struktureller Rahmen für die Hilfeleistung und den Umgang mit Risiken.	In der gegebenen Situation gibt es (keine) Alternativen mit geringeren Risiken und Hilfepotenzialen. Es gibt (keine) Nachsorgeangebote für die Milderung negativer Folgen.
individueller Aspekt	**Patientenwille**	Wille der betroffenen Person.	Die betroffene Person willigt nach informierter Aufklärung (nicht) in die Hilfeleistung ein. Maßnahme gegen den Willen oder Gewähren des Willens.

Taschenkarte
Reflexionshilfen für moralische Probleme

Abwägen von „Individual- & Gesellschaftsinteressen“

	Aspekt	Beschreibung	Beispiel
situative Aspekte	**Individuelle Gefährdung**	Gefährdungslage der betroffene(n) Person(en).	Bestimmte Person(en) ist/sind durch eine Virusinfektion besonders gefährdet.
	Gesellschaftsgefährdung	Gefährdungslage der betroffenen Gesellschaft.	Gesellschaft in Gänze ist durch die Virusinfektion nicht besonders gefährdet.
aktionsbezogene Aspekte	**Handlung im Individualinteresse**	Für Individualinteresse notwendige Handlung.	Schutz vulnerabler Personen durch Einschränkung der Freiheit aller.
	Potential der Individualhandlung	Gewünschte Folgen für das Individuum bei Individualhandlung.	Schutz besonders vulnerabler Personen.
	Risiken der Individualhandlung	Absehbare negative Folgen für die Gesellschaft bei Handlung im Individualinteresse.	Inkaufnahme der Einschränkung von Freiheiten zugunsten besonders vulnerabler Personen.
	Handlung im Gesellschaftsinteresse	Für Gesellschaftsinteresse notwendige Handlung.	Nicht-Einschränkung der Freiheiten der Bevölkerung.
	Potential der Gesellschaftshandlung	Gewünschte Folgen für die Gesellschaft bei Gesellschaftshandlung.	Erhaltung und Schutz der Freiheiten der Bevölkerung.
	Risiken der Gesellschaftshandlung	Absehbare negative Folgen für Individuen bei Handlung im Gesellschaftsinteresse.	Inkaufnahme einer Gefährdung besonders vulnerabler Personen zugunsten der Erhaltung von Freiheiten.
	Evidenz	Wissenschaftliche Daten für Aussagen über Chancen und Risiken.	Es liegen (keine) Vorerfahrungen oder Studien vor.
kontextueller Aspekt	**Kontext**	Struktureller Rahmen für die Umsetzung von Interessen und den Umgang mit Risiken.	Vorhandensein alternativer Schutzmöglichkeiten für besonders vulnerable Personen oder von Freiheiten.

Verteilen begrenzter Ressourcen

Hier besteht ein Konflikt im zunächst gleichen Anspruch auf Hilfe aller Betroffenen und den dafür nicht in ausreichendem Maße zur Verfügung stehenden Ressourcen. Bei der Bearbeitung ist der Wert Gerechtigkeit zentral. Er kann definiert werden als „gleiche Behandlung gleicher“. Es ist aber sowohl zu klären, nach welchen Kriterien (Un) Gleichheit bestimmt wird als auch was Gleichbehandlung ist.

Verteilen begrenzter Ressourcen

Schritte zum Umgang mit Verteilungsfragen	
1	**B estimmung der Rahmenbedingungen für die Verteilung** • Bestimmung der für die Verteilungsentscheidung zuständigen Person • Bestimmung des zeitlichen Rahmens für die Entscheidung und ihre Überprüfungszyklen
2	**L agefeststellung des Verhältnisses von Bedarfen und Ressourcen** • Bestimmung der zu berücksichtigenden Personen, Tiere, Dinge und Strukturen • Bestimmung der nach Ausschöpfung aller Möglichkeiten verfügbaren Ressourcen • Bestimmung der Bedürfnisse und Hilfebedarfe, die berücksichtigt werden sollen
3	**A uswahl der Handlungsweise** • Ressourcen sind ausreichend vorhanden: - Sicherstellung einer Verteilung auf alle zu berücksichtigenden Personen, Tiere, Dinge und Strukturen • Ressourcen sind <u>nicht</u> ausreichend vorhanden: - Option 1: gleiche Behandlung aller Betroffenen · Senkung der Qualität verteilter Ressourcen (Minderung) · Senkung der Quantität verteilter Ressourcen (Rationierung) - Option 2: ungleiche Behandlung der Betroffenen · Beschränkung der zu berücksichtigenden Wesen (Priorisierung)
4	**U msetzung der Verteilung** • Kontrolle der diskriminierungsfreien Umsetzung

Taschenkarte
Reflexionshilfen für moralische Probleme

Bisherige Publikationen

Auf den folgenden Seiten finden Sie eine Übersicht bisher erschienener und teilweise bereits vergriffener Bände der Veröffentlichungen, die vom Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe herausgegeben wurden.

Je nach Art und Umfang der Forschungsergebnisse findet lediglich eine Internetveröffentlichung statt. Zu speziellen, besonders interessanten Themen des Bevölkerungsschutzes werden gesonderte Publikationen herausgegeben, die Sie in der Liste Sonderveröffentlichungen finden können.

Unter www.bbk.bund.de/SiteGlobals/Forms/Suche/Mediathek/Mediathek_Formular.html?cl2Categories_FormatMediathek=reiheforschungimbevoelkerungsschutz finden Sie, zusätzlich zu den Internetveröffentlichungen, die meisten Bände als PDF zum Download. Die Printversion können Sie im Internet oder über die Adresse Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe, Postfach 18 67, 53008 Bonn bestellen.

Forschung im Bevölkerungsschutz

1 **Band 1 - Netzwerk Psychosoziale Notfallversorgung – Umsetzungsrahmenpläne**
Entwicklung | Datenbank | Task-Force | Finanzierung
I. Beerlage, T. Hering, S. Springer, D. Arndt, L. Nörenberg/2008
ISBN-10: 3-939347-02-7 bzw. ISBN-13: 978-3-939347-02-6

2 **Band 2 - Netzwerk Psychosoziale Notfallversorgung – Umsetzungsrahmenpläne**
Qualität in Aus- und Fortbildung
I. Beerlage, S. Springer, T. Hering, L. Nörenberg, D. Arndt/2008
ISBN-10: 3-939347-03-5 bzw. ISBN-13: 978-3-939347-03-3

3 **Band 3 - Netzwerk Psychosoziale Notfallversorgung – Umsetzungsrahmenpläne Belastungen und Belastungsfolgen in der Bundespolizei**
I. Beerlage, D. Arndt, T. Hering, L. Nörenberg, S. Springer/2009
ISBN-10: 3-939347-04-3 bzw. ISBN-13: 978-3-939347-04-0

---

4 **Band 4 - Vulnerabilität Kritischer Infrastrukturen**
S. Lenz / 2009
ISBN-13: 978-3-939347-11-8

---

5 **Band 5 - Empfehlungen für die Probenahme zur Gefahrenabwehr im Bevölkerungsschutz**
U. Bachmann, W. Biederbick, N. Derakshani, M. Drobig, J. Eisheh, M. König, R. Maier, J. Mentfewitz, B. Niederwöhrmeier, H.Prast, D. Sebastian, G. Uelpenich, M. Vidmayer, S. Wilbert, M. Wolf / 2010
ISBN-13: 978-3-939347-15-6

---

6 **Band 6 - Proceedings: Biologische Gefahren in Deutschland Kongressbericht der GERMAN BIOSAFTEY 2005**
2011
ISBN-13: 978-3-939347-05-7

---

7 **Band 7 - Städtebauliche Gefährdungsanalyse**
C. Mayrhofer / 2010
ISBN-13: 978-3-939347-08-8

---

8 **Band 8 - Sekundäre Prävention einsatzbedingter Belastungsreaktionen und –störungen**
W. Butollo, R. Karl, M. Krüsmann / 2012
ISBN: 978-3-939347-09-5

---

9 **Band 9 - Dekontamination von Verletzten im Krankenhaus bei ABC-Gefahrenlagen**
F. Martens / 2009
ISBN-13: 978-3-939347-20-0

---

10 **Band 10 - Entwicklung eines zeitgemäßen ABC-Selbsthilfe-Sets für den Katastrophenschutz**
M. Müller, K. Schmiechen / 2009
ISBN-13: 978-3-939347-22-4

---

11 **Band 11 - Bevölkerungsverhalten und Möglichkeiten des Krisenmanagements und Katastrophenmanagements in multikulturellen Gesellschaften**
E. Geenen / 2010
ISBN-13: 978-3-939347-26-2

---

12 **Band 12 - Vulnerabilität der Kritischen Infrastruktur Wasserversorgung gegenüber Naturkatastrophen**
A. Braubach / 2010
ISBN-13: 978-3-939347-30-9

13 **Band 13 - Indikatoren zur Abschätzung von Vulnerabilität und Bewältigungspotenzialen am Beispiel von wasserbezogenen Naturgefahren in urbanen Räumen**
J. Birkmann, S. Krings, M. Vollmer, J. Wolfertz, T. Welle, W. Kühling, K. Meisel, M. Wurm, H. Taubenböck, M. Gähler, H. Zwenzner, A. Roth, S. Voigt & S. Dech / 2011
ISBN-13: 978-3-939347-31-6

14 **Band 14 - Infrarot-Gefahrstoffkamera**
R. Harig, P. Rusch / 2011
ISBN-13: 978-3-939347-32-3

15 **Band 15 - Empirische Untersuchung der Realisierbarkeit von Maßnahmen zur Erhöhung der Selbstschutzfähigkeit der Bevölkerung**
H.G. Goersch, U. Werner / 2011
ISBN-13: 978-3-939347-36-1

16 **Band 16 - Humanbiomonitoring im Bevölkerungsschutz**
M. Müller, K. Schmiechen / 2012
ISBN-13: 978-3-939347-39-2

17 **Band 17 - Desinfektion von Persönlicher Schutzausrüstung**
K. Lemmer, A. Roder, H. Nattermann, I. Schwebke, M. Mielke, B. Dorner, G. Pauli, R. Grunow / 2012
ISBN-13: 978-3-939347-42-2

18 **Band 18 - CT-Analyst; Ausbreitungsprognose bei Gefahrstofffreisetzung in bebauter Umgebung Schlussbericht zum Forschungsvorhaben**
B. Leitl, D. Hertwig, F. Harms und M. Schatzmann / 2017
ISBN 978-3-939347-74-3

19 **Band 19 wurde nicht realisiert**

20 **Band 20 - Interkulturelle Kompetenz im Bevölkerungsschutz**
S. Schmidt, C. Hannig, D. Kietzmann, D. Knuth, M. Mösko, M. Schönefeld / 2018
ISBN-13: 978-3-939347-82-8

21 **Band 21 - Führungskräfte PSNV – Anforderungen und Qualifizierung**
M. Mähler, G. Hofinger, L. Künzer, R. Zinke, F. Kather / 2019
ISBN-13: 978-3-939374-87-3

---

22 **Band 22 - Lebensmittelversorgung in Krisen und Katastrophen – Versorgung und Vulnerabilitäten in OECD-Ländern**
L. Gerhold, K. Cortez Garcia, A. Guerrero Lara / 2019
ISBN-13: 978-3-939347-89-7

---

23 **Band 23 - Grenzüberschreitende großräumige Evakuierungsplanung – Ergebnisse des Projektes ECHD**
U. Pohl-Meuthen, S. Schäfer, P. Blatt, F. Steyer / 2019
ISBN-13: 978-3-939347-90-3

---

24 **Band 24 - Untersuchung zur Wirksamkeit von Desinfektionsmitteln für den Einsatz in biologischen Gefahrenlagen**
S. Papp, K. Kimmerl, J. Gatz, R. Grunow, O. Kaspari / 2020
ISBN-13: 978-3-939347-96-5

---

25 **Band 25 – Szenarien, Evaluation und Messtechnik bei Freisetzung chemischer und explosionsgefährlicher Stoffe (SEMFreS)**
B. Ahrens, U. Annel, M. Drobig, S. Ehlert, T. Forster, A. Hausmann, J. Heide, M. Näther, M. Pütz, R. Reiss, J. Ringer, S. Rosenkranz, F. Schuppe, K. Urban, T. Wolf, M. Wolff, R. Zimmermann / 2020
ISBN-13: 978-3-939347-97-2

---

26 **Band 26 - Bildung im Bevölkerungsschutz**
Teil 1: Bildungsatlas Bevölkerungsschutz – strukturelle Merkmale der Bildung im Bevölkerungsschutz
A. Guerrero Lara, L. Gerhold / 2020
ISBN: 978-3-949117-00-8

---

26 **Band 26 - Bildung im Bevölkerungsschutz**
Teil 2: Strukturelle und didaktische Merkmale der Aus- und Fortbildung von Führungskräften im Bevölkerungsschutz
A. Guerrero Lara, L. Gerhold, S. Bornemann, E. Schwedhelm, J. Müller / 2020
ISBN: 978-3-949117-01-5

---

27 **Band 27 - Katastrophenkommunikation und soziale Medien im Bevölkerungsschutz - Kommunikation von Lageinformationen im Bevölkerungsschutz im internationalen Vergleich (KOLIBRI)**
S. Wahl, L. Gerhold /2021
ISBN: 978-3-949117-02-2

28 **Band 28 - Definition von Schutzzielen für Kritische Infrastrukturen (DESKRIS)**
L. Gerhold und A. Schuchardt (Hrsg.) /2021
ISBN: 978-3-949117-03-9

29 **Band 29 - Sozialwissenschaftliche Aspekte der Warnung der Bevölkerung (SAWaB)**
L. Künzer und S. Tomczyk (Hrsg.) /2022
ISBN: 978-3-949117-05-3

30 **Band 30 - PSNV für Kinder und Jugendliche in komplexen Schadenslagen (KIKAT)**
H. Karutz, A.-K. Fegert und V. Blank-Gorki /2021
ISBN: 978-3-949117-06-0

31 **Band 31 - Vulnerabilität und Kritikalität des Bildungswesens in Deutschland Eine Betrachtung aus Sicht des Bevölkerungsschutzes (BeKRITIS)**
H. Karutz, C. Posingies und J. Dülks /2022
ISBN: 978-3-949117-11-4

Sonderveröffentlichungen

33 **Notfall- und Katastrophenpharmazie I – Bevölkerungsschutz und Medizinische Notfallversorgung**
2009/ISBN 978-3-939347-18-7

34 **Notfall- und Katastrophenpharmazie II – Pharmazeutisches Notfallmanagement**
2009/ISBN 978-3-939347-19-4

35 **Katastrophenmedizin – Leitfaden für die ärztliche Versorgung im Katastrophenfall**
2006/ISBN 3-939347-01-9 bzw. 978-3-939347-01-9

36 **Biologische Gefahren – Beiträge zum Bevölkerungsschutz, 2. Auflage**
2005/ISBN 3-00-016733-1/Druckversion vergriffen

37 **Biologische Gefahren I – Handbuch zum Bevölkerungsschutz, 3. vollständig überarbeitete Auflage**
2007/ISBN 3-939347-06-X bzw. 978-3-939347-06-4

---

38 **Biologische Gefahren II – Entscheidungshilfen zu medizinisch angemessenen Vorgehensweisen in der B-Gefahrenlage**
2007/ISBN 3-939347-07-8 bzw. 978-3-939347-07-1

---

39 **Ethische Reflexion im Bevölkerungsschutz - Leitfaden für eine ethisch reflektierte Entscheidungsfindung im Sanitäts- und Betreuungsdienst**
2023/ISBN 978-3-949117-17-6

---

www.bbk.bund.de

ISBN 978-3-949117-17-6