

**Diplomarbeit**

**Triage und Allokationsfragen – Über die Ethik der präklinischen  
Rettungsmedizin**

eingereicht von

**Bernhard REMSCHMIDT**

zur Erlangung des akademischen Grades

**Doktor der gesamten Heilkunde**

**(Dr. med. univ.)**

an der

**Medizinischen Universität Graz**

ausgeführt am

**Institut für Humangenetik**

unter der Anleitung von

**Sen.Lecturer MMag. Dr. Julian Wenninger, MA**

und

**Ao. Univ. Prof. Mag. DDr. Erwin Petek**

Graz, am 04.12.2017

### *Eidesstattliche Erklärung*

*Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.*

*Graz, am 04.12.2017*

*Bernhard Remschmidt eh*

## Vorwort des Autors

Während meiner Studienzeit in Graz, war meine Zeit neben der Universität, vor allem durch den beim Roten Kreuz ehrenamtlich absolvierten Rettungsdienst geprägt. Rund 6.000 Stunden absolvierte ich für die Dienststelle Graz-Stadt, um so den höchsten medizinischen Ausbildungsstand nach dem Notarzt – den Rettungsmediziner – zu erreichen. Der freiwillige Dienst bei einem Rettungsunternehmen brachte mich zu der endgültigen Entscheidung der Studienwahl Medizin, begleitete mich wie bereits erwähnt während des Studiums und spielte auch am Ende meines Studiums, beim Verfassen dieser Diplomarbeit, eine tragende Rolle.

Das Thema der präklinischen Triage war in meiner Ausbildung immer wieder präsent. Genau definiert oder im Detail geklärt schien es mir jedoch nie. Nur die wenigsten NotfallmedizinerInnen kommen während ihrer Dienste in die Situation einen Großunfall oder gar eine Katastrophe triagieren zu müssen. Und doch kommt man als Notarzt/Notärztin oder LeiterIn von einem Rettungsteam wiederholt in Überlastungsphasen. Plötzlich steht man einem Einsatz gegenüber, der nicht wie gewohnt abläuft. Man hat zu wenige Ressourcen am Einsatzort oder die Anzahl der PatientInnen überfordert einen selbst und das Team. Dadurch war es für mich von großem Interesse, dieses Thema im Zuge dieser Arbeit genauestens studieren und bearbeiten zu können. Neben dem rein medizinischen Aspekt, erlaubte mir die Beschäftigung mit diesem Thema auch meinen Blickwinkel zu erweitern. Ethische Ansätze über „gutes“ oder „schlechtes“ Handeln, Selbstreflexion, und rechtliche Fragen waren vorher nur ansatzweise in meinen Gedanken existent.

Wenn man als BürgerIn in einem sozialen Staat wie Österreich lebt, verleitet einen das bestehende System, welches zum Teil eine 100%ige Versorgung für alle verspricht, nur selten über Allokation und Ressourcenverteilung nachzudenken. Besonders im Gesundheitssystem kommt nur den wenigsten ÖsterreicherInnen die Angst in den Sinn, durch mangelnde zur Verfügung stehende Ressourcen zu Schaden zu kommen. Man erwartet, selbst stets die bestmögliche Behandlung zu bekommen. Doch ist das Wort „bestmöglich“ zu unterscheiden von dem Wort „die Beste“. Das passiert im Falle eines Problems mit der Allokation. Großunfälle, Massen an Verletzten und Katastrophen sind in

der heutigen Zeit immer öfters in den Fokus geraten. Sie können die einzelne Stadt, eine Region oder ein Land vollkommen überraschend treffen und vor schier unüberwindbare Hürden stellen. Wie ist dann die bestmögliche Behandlung von der Besten ist zu unterscheiden? Und wer trifft auf welcher Basis die richtige Entscheidung. Wer verdient es gerettet zu werden, wenn nicht allen geholfen werden kann? Diese Kernfrage gilt es zu beantworten. Aber ist diese Frage überhaupt für den einzelnen Menschen zu beantworten? Stellt man sich selbst als RichterIn somit nicht in eine gottesgleiche Position?

Jeder Mensch kann in Situationen kommen, wo er schwerwiegende Entscheidungen zu treffen hat. Selbst in die wo über Leben und Tod entschieden werden muss. Ethik, Moral und Recht können uns Stütze zum Finden von „richtigen“ Entscheidungen sein. Doch sind Ethik, Religion, Recht und alle uns motivierenden Gründe absolut? Vermögen diese Richtschnüre tatsächlich zwischen „richtig“ und „falsch“ zu unterscheiden? Gerade im medizinischen Bereich, im präklinischen Setting, können – wie erwähnt – Überlastungsphasen vorkommen. Menschen, die im Bereich der Medizin tätig sind, sollten sich deshalb Gedanken machen, wie sie in Extremfällen reagieren wollen oder müssen. Zu schnell kann man in solche Situationen rutschen, die nur mit einem klaren Geist überwindbar sind. Die Arbeit versucht den LeserInnen immer wieder ethische Ansichten aufzuzeigen und regt diesen zum Denken an.

Weiters ist es mir wichtig zu erwähnen, dass in der Diplomarbeit auf eine gendergerechte Sprache zu verwenden. In einigen Fällen wurde für den leichteren Lesefluss jedoch nur das Feminin oder Maskulinum verwenden. Keinesfalls geschah dies mit der Absicht irgendeiner Benachteiligung

## Danksagungen

Besonderen Dank geht an meinen Betreuer Sen.Lecturer MMag. Dr. Julian Wenninger, MA. Die anregende Themenstellung brachte mich dazu meinen Horizont zu erweitern und viele Stunden über Themen und Fragen nachzudenken, die mir zuvor noch nie in den Sinn kamen. Auch meinem Zweitbetreuer, Ao. Univ. Prof. Mag. DDr. Erwin Petek, danke ich für die Abnahme und Aufarbeitung meiner Arbeit.

Außerordentlicher Dank geht an die Dienststelle Graz-Stadt des Österreichischen Roten Kreuzes. Vor allem dem Medizinercorps Graz. Der Verein gab mir einzigartige Erfahrungen im Bereich der Präklinik. Unzählige Personen lehrten mich dort Dinge, die mir mein restliches Leben, wo immer mich der Weg auch hinführt, in Erinnerung bleiben werden. Spezieller Dank gebührt Dr. Patrick Faudon, für die unzähligen Stunden voller Lernen, Philosophieren und die ermöglichte Ausbildung.

Auch meiner Cousine, Nina Baumgartner, ist zu danken für die Unterstützung und Beratung während der Ausarbeitung des rechtlichen Teils meiner Arbeit.

Meinen Eltern Barbara und Dr. Rainer Remschmidt danke ich für die Unterstützung und den Rückhalt, nicht nur während meines Studiums, sondern während meines ganzen bisherigen Lebens. Sie ermöglichten mir Praktika rund um die Welt, machten mich zu dem Menschen der ich bin und halfen mir stets meine Wünsche und Ziele zu erfüllen. Meinem Vater danke ich zudem für die konstruktiven Anregungen und Ideen bei vielen Kapiteln.

An dieser Stelle möchte ich auch Magdalena Kern besonders danken. Ich könnte keine fehlerfreie Arbeit abgeben, wenn sie als Germanistin diese nicht auf Fehler geprüft hätte.

Am Ende danke ich noch all meinen Freunden, Verwandten, und all denjenigen, die mir meine Studentenzeit in Graz zu einem unvergesslichen Lebensabschnitt machten. Abschließend danke ich besonders dir, lieber Daniel. Alls stets über mich wachender Begleiter bleibst du auch nach deinem Fortgehen für mein restliches Leben an meiner Seite. Meine Diplomarbeit sei dir gewidmet, eine solche war die letzte fehlende Hürde zur Vollendung deines Studiums.

## Zusammenfassung

Theoretische Kapitel geben anfangs einen Überblick über die Geschichte und Gegenwart der – diese Diplomarbeit prägenden – Grazer Notfallmedizin. Vor allem wird das Medizinercorps, ein einzigartig in Graz vorkommendes System beschrieben. Weiter werden Triage Systeme, sowohl präklinische als auch innerklinische aufgezählt. Bekannte Beispiele der in den Notfallaufnahmen dieser Welt verwendeten Systeme und auch das, in der präklinischen Grazer Notfallmedizin zu findende System, sollen dem Leser einen Überblick über das Thema geben. Die Geschichte der Triage zeigt den Weg, wie sie von der ausschließlichen Verwendung am Schlachtfeld, Einzug in das zivile Gesundheitssystem fand.

Der ethische Teil der Arbeit beginnt mit einer konzisen Zusammenfassung über Ansätze und Grundpositionen, die im Bezug auf das behandelte Thema genommen werden können. Bedeutende Säulen der Medizinethik und Ethik in der Notfallmedizin, Allokationsfragen und das Thema der Wiederbelebung sind Hauptthemen des zweiten Kapitels.

Der letzte Teil der Arbeit widmet sich den rechtlichen Fragen, die in Zusammenhang mit Triage und Allokation entstehen. Vor allem die rechtliche Situation der triagierenden ÄrztInnen am Ort des Schadensereignisses wird erläutert. Zur Beantwortung diverser Fragen wurde das österreichische StGB und Kommentare zu diesem aufgearbeitet. Weiters werden zu Beginn des rechtlichen Kapitels Begriffe wie Recht und Moral beschrieben und deren bedeutender Unterschied klar herausgearbeitet. Anhand eines im deutschen Sprachraum Wogen schlagenden Filmes wurde zudem ein aktuelles Beispiel gebracht. Dieses Beispiel nimmt auch Stellung zur Kernfrage: Haben Menschenleben unterschiedliche Wertigkeit?

Das abschließende Fazit fasst die wichtigsten Aspekte zusammen und legt das Diskutierte nochmals dar. Zudem versucht der Autor dieser Arbeit Ansätze eines Transfers in die Praxis und konkrete Ideen für Erneuerungen im Bereich der präklinischen Triage aufzuzeigen, die zum Denken anregen und verbesserte Ausbildungsrichtlinie auf Schiene bringen sollen.

## **Abstract**

Theoretical chapters initially give an overview of the history and present of the emergency medicine of Graz - which characterizes this diploma thesis. Above all, the Mediziner corps, a system unique in Graz is described. Furthermore, triage systems, both prehospital and clinical are listed. Well-known examples of the systems used in the emergency departments all over the world and also the system that is used in prehospital emergency medicine of Graz should give the reader an overview of the subject triage. The history of triage shows the way from the early battlefields to the modern civil health system.

The ethical part of the work begins with a rough summary of approaches and basic positions that can be taken in relation to the general topic of this thesis. Major pillars of medical ethics and ethics in emergency medicine, allocation issues and the theme of resuscitation are the main themes of the second chapter.

The last part of the thesis exemplifies with the legal issues that arise in connection with triage and allocation. First of all, I will explain the legal situation of the doctors doing the triage. To answer various questions, the Austrian law and comments on this are worked up. Furthermore, at the beginning of the legal chapter, terms such as law and morality are described and clearly separated. On the basis of a film from the German speaking world, a current example is also brought. This example also takes a position on the core question: do human lives have different values?

The final conclusion summarizes the most important aspects of my thesis as a whole. In addition, the author of this work attempts to give an outline of new ideas and concepts in the field of preclinical triage. This should inspire the reader to ponder about the topic and bring improved guidelines on track.

# Inhaltsverzeichnis

Vorwort des Autors .....	3
Danksagungen .....	5
Zusammenfassung .....	6
Abstract .....	7
Inhaltsverzeichnis .....	8
1. Notfallmedizin .....	10
1.1 Grazer Systeme .....	10
1.2 Das Mediziner corps Graz.....	11
1.2.1 Geschichte.....	12
1.2.2 Gesetzliche Lage.....	15
1.2.3 Ausbildung.....	17
2. Triage und Allokation .....	20
2.1 Begriffserklärung .....	20
2.2 Geschichte der Triage.....	21
2.3 Triage Systeme .....	25
2.3.1 Präklinisch .....	25
2.3.1.1 Telefonzentrale .....	26
2.3.1.2 Großunfall/ Katastrophe .....	26
2.3.1.3 Bergetriage .....	26
2.3.1.4 Triage Gruppen.....	27
2.3.1.5 Transportpriorität.....	29
2.3.1.6 PatientInnenleitsystem PLS .....	29
2.3.2 Innerklinisch.....	31
2.3.2.1 Manchester Triage-System .....	31
2.3.2.2 Emergency Severity Index .....	34
2.3.2.3 Australasian Triage Scale .....	35
2.4 Fallbeispiel .....	36
3. Ethik.....	42
3.1 Allgemeine Ethiklehre .....	42



3.1.1 Normative Ethik: .....	42
3.1.2 Deskriptive Ethik: .....	43
3.1.3 Metaethik: .....	43
3.2 Ethische Grundpositionen .....	44
3.2.1 Tugendethik .....	45
3.2.3 Teleologie .....	47
3.3 Ethik in der Medizin .....	48
3.4 In der Notfallmedizin .....	52
3.5 Ethische Fragen im Rahmen der Wiederbelebung .....	54
4. Recht .....	65
4.1 Begriffserklärung .....	65
4.2 Terror – Ihr Urteil .....	65
4.3 Rechtliche Lage in Österreich .....	69
4.4 Rechtliche Aspekte der Triage .....	71
5. Abschließendes Fazit .....	73
6. Glossar und Abkürzungen .....	77
7. Abbildungen .....	79
8. Quellen .....	80

# 1. Notfallmedizin

## 1.1 Grazer Systeme

Die Geschichte der Notfallmedizin beginnt im militärischen Bereich. 1785 kam es zur Gründung der medizinisch-chirurgischen Militärakademie in Wien [1]. Damals waren Kenntnisse über Notfallmedizin keine Selbstverständlichkeit. Der Name der Akademie und der Einsatzbereich lassen eine traumatologisch orientierte Lehre vermuten. Auch in anderen Ländern waren präklinische Ärzte vor allem auf den Schlachtfeldern zu finden, mit dem Ziel, möglichst viele verwundete Soldaten retten und wieder einsatzfähig machen zu können. Ob man diese „Ärzte“ als Vorläufer der heutigen NotärztInnen bezeichnen kann ist fraglich, da sie nicht wie diese der ganzen zivilen Gesellschaft, sondern nur Soldaten halfen. Auch gab es damals einen bedeutenden Unterschied zwischen Wundärzten und den akademisch ausgebildeten Ärzten. Ein Wundarzt war damals ein Bader mit Zusatzausbildung und der Beruf Bader war nur ein bürgerliches Gewerbe. Trotz enger Zusammenarbeit mit der medizinischen Fakultät der Universität Wien genossen die Wundärzte – die sogar ab 1680 zum Dr. chir. promovierten – geringe Wertschätzung im Vergleich zu den akademischen Ärzten [52].

Neben der Militärakademie wurde die Zuständigkeit des Rettungswesens im Jahre 1870 durch ein Reichsgesetz den Gemeinden zugeschrieben. Doch erst eine Katastrophe 1881, wo beim Brand des Wiener Ringtheaters 350 Menschen ums Leben kamen wird als Beginn des strukturierten Rettungsdienstes in Österreich gesehen. In diesem Jahr kam es zur Gründung der „Wiener Freiwilligen Rettungsgesellschaft“. Zudem wurden die Sicherheitsvorkehrungen der Theater und anderer öffentlicher Gebäude verbessert. Nach außen öffnende Türen, Notausgangbeleuchtungen sowie ein eiserner Vorhang (Brandschutzeinrichtung, die den Zuschauerraum vom Bühnenhaus trennt) wurden eingeführt [51]. Damals wurden Krankentragen, Rädertragen oder an Zugtieren befestigte Karren als Transportmittel verwendet um Verletzte in die Spitäler zu transportieren. In Graz begann die Geschichte der Notfallmedizin mit der Gründung einer eigenen Rettungsabteilung der Grazer Feuerwehr 1889 durch zwei Ärzte. Nur wenige Zeit später, 1890, wurde das Medizinercorps gegründet, welches seit 1945 Teil des ÖRK der Bezirksstelle Graz - Stadt [33]. Auf das Medizinercorps soll zu einem späteren Zeitpunkt noch näher eingegangen werden.

Neben dem MC gibt es in Graz die AGN (Arbeitsgemeinschaft Notfallmedizin), die in der Steiermark und anderen Bundesländern das Ziel der Fort- und Weiterbildung für SanitäterInnen, ÄrztInnen, StudentInnen und Interessierte im Kapitel Notfallmedizin hat. Mit monatlichen Newslettern, acht mal jährlichen jour fixe und organisierten Kongressen sowie Leitlinien Empfehlungen, Schulungen und diversen Kursen bildet die AGN Interessierte weiter. Die Arbeitsgemeinschaft wurde 1988 gegründet und ist seit 2007 offizieller „Tochterverein“ und steirischer Vertreter der ÖNK, der österreichischen Gesellschaft für Notfall- und Katastrophenmedizin [4]. Von 1989 bis heute übernimmt das Österreichische Rote Kreuz den Rettungsauftrag und den Notruf 144 landesweit in der Steiermark. Täglich werden in der steirischen Telefonzentrale des ÖRK rund 3.600 Anrufe entgegengenommen und so Sanitäter-, Notarzt-, sowie Hubschrauber und Ärztenotdienst-Einsätze disponiert – also bearbeitet [3].

Ein weiterer bekannter Vertreter im Rahmen der präklinischen Notfallmedizin ist der Ärztenotdienst, kurz ÄND. Der damals noch als Ärztefunkdienst bezeichnete ÄND wurde 1968 auf Initiative von Dr. Hermann Leitner zusammen mit der Kärntner Ärztekammer gegründet [2]. Die für das ganze Land tätige, aber nicht bundeseinheitlich organisierte, Einrichtung garantiert allgemeinmedizinische Bereitschaft. Neben telefonischer Beratung und Betreuung werden auch Hausbesuche angeboten. Die diensthabenden HausärztInnen rücken bei Bedarf zusammen mit einem/-r SanitäterIn, der sie fährt und unterstützt, aus.

## **1.2 Das Mediziner corps Graz**

Das Mediziner corps Graz ist ein Verein innerhalb des Roten Kreuz der Bezirksstelle Graz Stadt im Landesverband Steiermark. Es besteht aus MedizinstudentInnen, promovierten MedizinerInnen und FachärztInnen, die sich die Besetzung der Notfallmittel und die Betreuung von NotfallpatientInnen zur Aufgabe gemacht haben. Es bietet MedizinstudentInnen der Medizinischen Universität Graz eine einzigartige Ausbildungsmöglichkeit, bereits während des Studiums selbstständig im Gebiet der Notfallmedizin das universitär Erlernte anzuwenden. Weiters hat es sich das Mediziner corps zu Aufgabe gemacht, notfallmedizinische Schulung in der Grazer Bezirksstelle für MitarbeiterInnen, MedizinstudentInnen, sowie alle an der Notfallmedizin Interessierten zu veranstalten - Mitarbeit an Kongressen, organisierte Seminare und Schulungen im kleinen Rahmen bilden weiter. Alle diese erwähnten Aktivitäten locken

jährlich hunderte Interessierte nach Graz. Die Abbildung 1. zeigt das aktuelle Logo des Vereins der Bezirksstelle Graz-Stadt innerhalb des Roten Kreuzes.

Bis heute ist das Medizinercorps Graz ein rund um die Uhr und sieben Tage die Woche arbeitender Verein. Die LeiterInnen des Fortbildungs-, Ausbildungs-, Öffentlichkeitsreferates sowie Vorstände aus jeder freiwilligen Dienstgruppe treffen monatlich zusammen. Dort kümmert sich diese gut strukturierte Organisation um Ausbildung von neuen HelferInnen und RettungsmedizinerInnen und sorgt für ein harmonisches Miteinander innerhalb der Bezirksstelle.



Das Logo des Medizinercorps Graz wird in Abbildung 1. gezeigt [45].

### **1.2.1 Geschichte**

Am 28. September 1889 wurde wie bereits erwähnt im Rahmen der freiwilligen Feuerwehr Graz eine eigene Rettungsabteilung gegründet. Das Abteilungsteam umfasste neben der Mannschaft zwei Ärzte, welche NotfallpatientInnen versorgen konnten und die ihre KollegInnen schulten und weiterbildeten. Trotz baldiger Einstellung eines weiteren Arztes konnte die stets steigende Anzahl der Einsätze nicht mehr bewältigt werden. Man bemerkte einen ernsthaften Ärztemangel. Um diese Lücken zu füllen, wurden am 12. Oktober 1890 durch Johann-Baptist Tilly 12 Medizinstudenten aus höheren Semestern in das System integriert und zu damals sogenannten „Dienstärzten“, kurz DA, ausgebildet. Dies war die Geburtsstunde des heutigen Medizinercorps. Durch diese ausgebildeten DA, die sich zu den jeweiligen Dienstzeiten auf der Dienststelle befanden, konnte ein durchgehender

notfallmedizinischer Bereitschaftsdienst garantiert werden. Die Dienstärzte wurden - wenn eine schwere Erkrankung oder Verletzung vermutet wurde als Begleitfahrer im Rettungswagen zu den Einsätzen mitgenommen. In Koffern waren die allernötigsten Medikamente und Geräte gepackt und konnten je nach Situation schnell eingesetzt werden [5].

Wenige Zeit später, bereits ab 1898, begann sich das Medizinercorps (damals noch Ärzte Corps genannt), weiter zu entwickeln: Kurse und Prüfungen vor dem Dienstbeginn wurden zur besseren Vorbereitung der Mitglieder eingeführt. Auch die Anzahl der Studenten wurde erhöht. Neben den Notfalleinsätzen betreuten die Studenten auch ein Verbandszimmer am Dietrichsteinplatz, in welchem Patienten mit kleineren Wunden behandelt werden konnten – ihnen wurde so der Weg zum Arzt erspart [5].

Sowohl der erste, als auch der zweite Weltkrieg bereitete dem Medizinercorps einen enormen Personalmangel, da die meisten Studenten zum Militärdienst eingezogen wurden. Der Betrieb konnte zu diesen Zeiten nur in einer minimalen Variante fortgesetzt werden. Vor allem im zweiten Weltkrieg, während dem die Grazer Rettung dem deutschen Roten Kreuz angehörte, war das Medizinercorps fast vollständig aufgelöst. Denn die Dienstzeiten wurden ausschließlich von promovierten Ärzten besetzt [5].

Nach dem Krieg war es Dr. Sepp Janda, der das Medizinercorps 1946 wieder aufleben ließ, indem er wieder Medizinstudenten mit gewissem Studienfortschritt (damals nach dem ersten Rigorosum, den vorklinischen Instituten) zum Ärztecrops holte, diese Jungmediziner ausbildete und zu Dienstärzten prüfte. Jedoch war das noch lange keine fundierte Ausbildung, weshalb die Mediziner unter den Sanitätern wenig Ansehen genossen [1].

Das Medizinercorps verwuchs erst in weiterer Folge enger mit der Bezirksstelle Graz Stadt. Das Sanitätspersonal konnte damals - wie auch heute - mit Hilfe der Mediziner, die an der Universität lernten, mehr über den menschlichen Körper und seine Krankheiten erfahren. Auch die aktuellsten Richtlinien der Erstversorgung wurden durch Studenten vermittelt. Die Mediziner profitierten hingegen von der umfassenden Praxiserfahrung der SanitäterInnen. Praxis und Wissen griffen mehr und mehr ineinander und machten Graz für sein Rettungssystem österreichweit bekannt [5].

Die Zeit zu Beginn, wo die dürftigste Ausstattung mit ein paar wenigen Medikamenten und Hilfsmittel die Studenten viel mit ihren Sinnen arbeiten ließ, schritt voran. Es kamen Koffer mit Infusionsbesteck, Venenkanülen und Instrumente für die Intubation hinzu. Die Fahrzeuge wurden besser ausgerüstet und auch die Dienststelle wurde mit mehr Medizinprodukten (z.B. Beatmungsgeräten) bestückt, die bei Bedarf und entsprechender Alarmierung mitgenommen wurden. Heute sind die Jumbos, stationiert auf den DS Graz - Osten und Graz - West, vollwertig ausgestattete Notfallfahrzeuge für schwer verletzte Patienten.



Abbildung 2. zeigt die aktuellen Versionen der Notfallautos "Jumbos" [53].

Mit wachsender Tätigkeit und Verantwortung der Studenten und Studentinnen wuchs auch die Wahrscheinlichkeit gravierender Fehler. Dadurch kommt es, bis heute, immer öfters zu Diskussionen bezüglich der rechtlichen Lage. Auch das immer präziser definierte Rechtssystem trägt dazu bei. Bereits damals mussten manche verabreichten Medikamente der Dienstärzte von Chefärztinnen überwacht und unterzeichnet werden.

Im Laufe der Zeit entwickelte sich das Ärztecops als Teil eines „dualen Notarztsystems“ weiter. Die Einführung der NotärztInnen brachte nicht, wie von manchen befürchtet, das Ende des Ärztecops, sondern ein einzigartiges System hervor. Die MedizinerInnen wurden von Dr. Fritz Sterz, der einige große Reformideen auf Schiene brachte, zu qualifizierten Helfern der ÄrztInnen erklärt. Das heutige MedizinerCops rückte ab 1980 mit einem Großraumnotfallwagen „Jumbo“ von der Dienststelle aus, die NotärztInnen von der Klinik.



Unter der Leitung der NAs konnten die StudentInnen weiterhin eigenständig therapeutische Maßnahmen setzen und lernen [5].

Dr. Sterz (Stellvertretender Leiter der Universitätsklinik für Notfallmedizin im AKH Wien [6]) schuf weiters eine verbesserte und fundierte Ausbildungsrichtlinie und eine Neuorganisation durch Referate. „Der Weg zum Dienstarzt“ beinhaltete sowohl eine klinische Ausbildung, als auch eine Ausbildung am Notfallwagen „Jumbo“, wo die AnwärterInnen (Bezeichnung der StudentInnen vor der Prüfung) von bereits geprüften DienstärztInnen lernen konnten [1].

Im Jahre 1990 wurde der Tätigkeitsbereich der DienstärztInnen, sowie deren Zusammenarbeit mit den NotärztInnen, durch damals leitende ProfessorInnen der Grazer Universitätsklinik besprochen und in einen Rahmen gesetzt. Es wurde festgelegt, dass die DienstärztInnen die Helfer der NotärztInnen sind. Es hieß, dass die StudentInnen nicht selbstständig ärztlich arbeiten, sondern eigentlich unter Anleitung eines/-r Arztes/Ärztin. Beide, sowohl der/die Notarzt/Notärztin als auch der/die Dienstarzt/Dienstärztin, werden zu einem Notfall geschickt. Wenn der Jumbo mit dem/-r DA jedoch einige Zeit vor dem NA eintrifft oder der/die NA bei einem anderen Einsatz benötigt wird, ist der/die DA befugt, notwendige Maßnahmen gegen die vitale Bedrohung zu setzen. Besteht diese nicht, soll er oder sie nur sanitätliche Hilfe leisten [1].

Dieser gesetzliche Rahmen wurde im Laufe der Zeit mit weiteren Gesetzen noch genauer definiert. Bis es 2002 zu einem offiziellen Gesetz, dem SanitäterInnen-Gesetz kam. Davor durften zwar nur ÄrztInnen mit einem „jus practicandi“ ärztliche Tätigkeiten setzen, jeder Mensch war aber verpflichtet, einem anderen Menschen nach seinem bestmöglichen Können zu helfen.

### **1.2.2 Gesetzliche Lage**

Das im Jahr 2002 verfasste und heute gültige Sanitäter-Gesetz beschreibt die Voraussetzungen zu Durchführung allgemeiner Notfallkompetenzen im §11 (2):

- *Die Berechtigung des Notfallsanitäters hierzu aufgrund der jeweiligen erfolgreichen Ausbildung gemäß § 38 bis 40.*

- *Die Anweisung eines Arztes oder*
- *Sofern ein Arzt nicht anwesend ist die vorangegangene Verständigung des Notarztes oder die Veranlassung derselben. <sup>1</sup> [7]*

Der Gesetzestext §12 (3) zu den Voraussetzungen für die Durchführung der besonderen Notfallkompetenz lautet:

- *eine schriftliche Ermächtigung durch den für die ärztliche Versorgung zuständigen Vertreter der jeweiligen Einrichtung gemäß §23 Abs. 1 und*
- *eine entsprechende Anweisung eines anwesenden Arztes oder*
- *sofern ein Arzt nicht anwesend ist, die vorangegangene Verständigung des Notarztes oder die Veranlassung derselben. <sup>2</sup> [7]*

Den Namen Medizinercorps verdankt der Verein dem 1994 neu geänderten Ärzte-Gesetz. Dieses gibt vor, dass jede Bezeichnung mit dem Zusatz „Arzt/Ärztin“ ein abgeschlossenes Medizinstudium voraussetzt. So änderte sich „Ärztecorps“ in „Medizinercorps“ und die „Dienstärzte“ wurden in „Rettungsmediziner“ – in weiterer Folge auch Rettungsmedizinerinnen - , kurz RM genannt, unbenannt [1]. Heutzutage findet man die passenden Gesetzestexte im Ärztegesetz von 1998 im §43 - Berufsbezeichnung [32].

Der jährlich wachsende Druck von Seiten des Gesetzes zwingt das Medizinercorps stets zu neuen Auflagen und Verhandlungen, um so seinen rechtlichen Stand zu sichern. Der Begriff RettungsmedizinerIn ist weiterhin ein Unikum der Bezirksstelle Graz Stadt und entspricht eigentlich einem/-r NotfallsanitäterIn mit der besonderen Kompetenz Intubation und Beatmung. Durch die weitaus umfassendere Ausbildung ist dem/-r RettungsmedizinerIn zusätzlich der Gebrauch der Arzneimittelliste 2a in speziellen Situationen und bestimmten Indikationen erlaubt. Zu diesen Medikamenten zählen laut eines chefärztlichen Schreibens des Landesverbands Steiermark:

Adrenalin, Acetylsalicylsäure, Atropin, Amiodoron, Betamimetika, Diazepam, Dimentinden, Flumazenil, Furosemid, Glucose, Ibuprofen supp., Isotone

---

<sup>1</sup> RIS – Gesamte Rechtsvorschrift für San. Gesetz - Bundesrecht §11 (2), abgerufen 30.09.2017

<sup>2</sup> RIS – Gesamte Rechtsvorschrift für San. Gesetz - Bundesrecht § 12 (3), abgerufen 30.09.2017



Infusionslösung, Midazolam, NaCl 0,9%, Naloxon, Nitroglycerin Spray, Ondansetron, Paracetamol, Prednisolon supp. und i.v., Salbutamol/Ipratropiumbromid, S – Ketamin, Urapidil und Vollelektrolytlösungen [8].

Das Medizinercorps wuchs und wächst mit der voranschreitenden Entwicklung der Medizin stets mit und garantiert bis heute Notfallmedizin auf dem höchsten Level. Von der ursprünglichen Idee des schnellst möglichen sicheren Transport ins Krankenhaus wurde die Zielsetzung: eine optimale Versorgung der NotfallpatientInnen zu gewährleisten. Bis heute lockt das Medizinercorps viele StudentInnen nach Graz und zum Roten Kreuz, die diese einzigartige Ausbildungsmöglichkeit nutzen möchten.

### **1.2.3 Ausbildung**

Für die Ausbildung zum/-r RettungsmedizinerIn ist eine Kombination aus Universität und Lehre beim österreichischen Roten Kreuz notwendig. Im Jahr 2015 war die Ausbildung wie folgt zusammengesetzt::

An der Medizinische Universität Graz:

- Vorgeschriebener Fortschritt: Abschluss der vorklinischen Fächer (4 Semester)
- Das klinische Modul Hygiene
- Das spezielle Studienmodul Notfallmedizin (alternativ Absolvierung des MC – Notfallseminars)
- Wahlfach „EKG Seminar“
- 2 Semester Notfallmedizinische Fallbeispiele als Wahlfach an der Anästhesie
- Famulaturen
  - im Rahmen von 4 Wochen auf der Inneren Medizin und Anästhesie
  - Kinderanästhesie 3 Wochen
  - 2 Wochen Chirurgie

Dienstbetrieblich:

- MC interne Seminare
  - JumbohelferInnenseminar des Medizinercorps
  - MC Basisseminar
  - zweimaliger Besuch des „CPR Megacode“

- NKI Seminar
- „AnwärterInnenzeit“: leiten der Einsätze unter Obhut eines/-r geprüften Rettungsmediziners/-medizinerin

Beim Roten Kreuz Graz-Stadt und beim Landesverband Steiermark:

- Ausbildung:
  - Zum/-r RettungssanitäterIn
  - Zum/-r NotfallsanitäterIn
  - Zum/-r NotfallsanitäterIn mit allgemeiner Notfallkompetenz Arzneimittellehre und Venenzugang und Infusion
  - Zum/-r NotfallsanitäterIn mit spezieller Notfallkompetenz Intubation und Beatmung

Nach rund 6.000 Stunden wird der Weg mit einer theoretischen und praktischen Prüfung abgeschlossen. Nach zwei Jahren ist, falls in dieser Zeit das Medizinstudium noch nicht abgeschlossen wurde, eine Rezertifizierung nötig – so der §12 (2):

*... Die Berechtigung ist vom erfolgreichen Abschluss der Ausbildung an mit zwei Jahren befristet und darf erst nach Überprüfung der Kenntnisse gemäß §51 Abs. 3 (Rezertifizierung) neuerlich erteilt werden [7]<sup>3</sup>.*

Das Medizinercorps muss sich stets den erneuerten Studienplänen und an Veränderungen in den eigenen Reihen anpassen, weshalb sich die Ausbildung bereits schon öfters änderte und ändern wird. Unverändert bleiben jedoch die Grundsäulen aus Universität, Lehre beim Rotem Kreuz und der Praxis am Jumbo.

Die immer komplizierteren forensischen Fragestellungen stellen die engagierten Mitglieder des Medizinercorps und auch die Kliniken vor neue Herausforderungen.

Aus medizinethischer Sicht ist die so lange bewährte Einrichtung Medizinercorps sicherlich bedeutungsvoll. Wo sonst können idealistische MedizinstudentInnen so viel für ihren Beruf

---

<sup>3</sup> RIS – Gesamte Rechtsvorschrift für San. Gesetz - Bundesrecht §12 (2), abgerufen 30.09.2017

lernen und zudem Menschen in Notfallsituationen helfen. Man kann deshalb nur hoffen, dass von Seiten der NotärztInnene, des Mediziner corps, dem Landesverband Steiermark und der Dienststelle Graz-Stadt eine für alle akzeptierbare Lösung gefunden werden kann.

## 2. Triage und Allokation

### 2.1 Begriffserklärung

Das Wort **Triage** stammt vom Französischen Verb „trier“, welches aussuchen oder sortieren bedeutet. Im medizinischen Kontext bedeutet es laut dem deutschen Wörterbuch Duden: *Einteilung der Verletzten (z.B. bei einer Katastrophe) nach der Schwere der Verletzungen* [9]. Die Triage ist ein Priorisierungsverfahren der Hilfeleistung bei zu hoher PatientInnenanzahl und zu wenigen Ressourcen. Sie teilt PatientInnen anhand von zunehmender Schwere der Verletzungen ein und hat den Zweck, jenen PatientInnen mit den höchsten Überlebenschancen, Behandlungsressourcen zukommen zu lassen [10]. Triage werden bis heute sowohl in der Präklinik für Sichtung, Behandlung und Priorisierung im Transport als auch in den Notfallaufnahmen von Krankenhäusern auf der ganzen Welt täglich verwendet.

**Allokation** ist ein in mehreren Fachgebieten verwendetes Wort. Grundsätzlich bedeutet es laut dem deutschen Wörterbuch Duden: *Zuteilung von Mitteln, Materialien oder Produktivkräfte* [11]. Es kommt vom mittellateinischen „locare“ und bedeutet zu Deutsch setzen oder stellen. Die Allokation stellt in einem Szenario mit ausreichenden Ressourcen eine Form der Organisation dar. Besteht jedoch ein Mangel an zu verteilenden Ressourcen kommen ethische Aspekte hinzu. Gerechte Verteilung, Ungleichheiten und die Frage wer oder was mehr Wert ist stehen im Raum. In der Medizin stellt sich vor allem die Frage: sind manche Leben mehr wert als andere und wer darf das entscheiden? So erfordert die Allokation in diesem Gebiet das Zusammenspiel von medizinischem Bereich, der Pflege, Ethik, Ökonomie und dem Recht [12].

Allokation kann in weiterer Folge in Makro- und Mikroallokation unterschieden werden. Diese unterscheiden sich weiters in eine untere und eine obere Ebene. H. Tristram Engelhardt identifiziert diese vier Diskussionsebene [13]:

Makroallokation oberer Ebene: allgemeine Gesundheitsausgaben (z.B. Anteile am gesamten Bruttosozialprodukt)

- Makroallokation unterer Ebene: Aufteilung des Budgets des Gesundheitswesens auf verschiedene Bereiche (Prävention, Palliativ, Rehabilitation und kurative Medizin)
- Mikroallokation oberer Ebene: Einteilung auf Bevölkerungs- und PatientInnengruppen. Zum Beispiel die Ressourcenzuteilung nach regionalen Kriterien, Altersgruppen oder medizinischer Indikation.
- Mikroallokation unterer Ebene: diese letzte Ebene bezieht sich schließlich auf den Einzelfall beziehungsweise individuelle PatientInnen. Beispielsweise eine Diagnose- oder Therapieentscheidung am Krankenbett.

Dieses Modell ist nicht als starr anzusehen, sondern als gedanklicher Impuls und als Hilfe um Aspekte abzuleiten, mit denen man Gesundheitswesen verschiedener Länder vergleichen kann. Ein Staat der auf der Ebene eins dem Gesundheitswesen nur minimale Gelder zuspricht, beeinflusst damit stark die unter ihm liegenden Ebenen. Auch das genaue Gegenteil findet sich in sozialen Ländern, die von der unteren Ebene dominieren und so Auswirkungen auf die Politik und Gesamtgelder haben [13]. Allokation ist also eine Entscheidung, die sich sowohl auf der Ebene der Politik als auch der Ebene der Medizin abspielt. Vor allem wenn es um Kosten und Einsparungen geht, wird der Zusammenhang zwischen beiden Themen deutlich. Die enormen Kosten des Gesundheitswesens stellen die Politik stets vor neue Herausforderungen. Reformen, Einsparungen und neue Modelle sind zum täglichen Brot geworden. Dieser ökonomische Druck spiegelt sich in den tiefsten Ebenen wieder. Restriktive Anwendungen teurer Untersuchungen und Therapien sind das Ergebnis. Aus ethischer Sicht sollte der fragliche wirtschaftliche Nutzen jedoch keinen Falls Einfluss auf die ärztliche Entscheidungsfindung haben.

## 2.2 Geschichte der Triage

*C. Franz, 1920, Militäarchirurg: „Wenn die Kriegsverhältnisse [...] stärker sind als wir, [...] dann muss [...] eine Auswahl getroffen werden und es müssen diejenigen Verwundeten zuerst operiert werden, bei denen die Operation die größte Heilungsaussicht gibt“. <sup>4</sup> [14]*

---

<sup>4</sup> Wolfgang U. Eckard in Werner E. Gerabek et al., Enzyklopädie Medizingeschichte, 2005, S. 1420

Das System der Triage entwickelte sich im Krieg und hat bis heute eine enge Verbindung mit der Kriegsmedizin. Die ersten dokumentierten Systeme mit dem Zweck der Verteilung der Gesundheitsversorgung anhand von verletzten und kranken Soldaten, entstanden im 18. Jahrhundert. Die damaligen Armeen hatten keine oder ineffektive Strategien um ihren Soldaten medizinische Versorgung zu bieten. Es war üblich, verwundete Soldaten und Kammeraden zurückzulassen, um Hilfe zu holen. Doch unterlagen die Verwundeten meist während dieser Zeit ihren Verletzungen [15].

Am Anfang des 18. Jahrhunderts entwickelnden Militärchirurgen dann die ersten Triagen für das Schlachtfeld. Die meisten Quellen nennen den französischen Militärchirurg Dominique-Jean Larrey von Napoleons Grande Armee als Begründer der ersten strukturierten Triage. Larrey erkannte die Wichtigkeit, die verwundeten Soldaten noch während der Schlacht zu evaluieren. Die Idee seines Systems war es, die Patienten, die am dringendsten medizinische Versorgung benötigten, sofort zu behandeln und/oder zu evakuieren. Zuvor wurde damit meist bis ans Ende der Schlacht gewartet. Der französische Chirurg führte hunderte Amputationen an der Front durch, während die Schlacht noch im vollen Gange war [15]. Er rettete unzählige Menschenleben jeglicher Nation, egal mit welchem sozialen Status. Zudem erfand er die „fliegende Ambulanz“, eine leichte von Pferden gezogene Kutsche. Die Besatzung der Kutsche, darunter auch ein Arzt, brachte Sanitätsmaterial ins Feld und ermöglichte zudem einen schnelleren Transport der Verwundeten zur Versorgung. Durch diese Erfindung wird er bis heute oft als der Vater aller NotärztInnen bezeichnet [16].

In seinen Memoiren über den russischen Feldzug schrieb Larrey 1812:

*“Those who are dangerously wounded should receive the first attention, without regard to rank or distinction. They who are injured in a less degree may wait until their brethren in arms, who are badly mutilated, have been operated on and dressed, otherwise the latter would not survive many hours; rarely, until the succeeding day.”*<sup>5</sup>  
[15]

---

<sup>5</sup> Kenneth V. Iverson, John C. Moskop, Triage in Medicine Part I, Annals of Emergency Medicine, Vol. 49, 2007, p. 277

Den nächsten Beitrag und Fortschritt der Triage lieferte John Wilson 1846, ein Chirurg der britischen Marine. Er meinte, um die Bemühungen effektiver zu machen, sollten Chirurgen sich nur auf die Patienten konzentrieren, welche umgehend Hilfe benötigen und eine Chance auf Heilung besitzen. Die Behandlung der leicht Verwundeten und in fausten Soldaten sollte man aufschieben [15].

Die amerikanische Armee begann erst zu Zeiten des Bürgerkrieges mit der Einführung von Triage-Prozeduren und Frontlinien-Versorgung. Das unterbesetzte und schlecht organisierte medizinische Service führte während dem Krieg zu unzähligen Toten. Ein Poet namens Walt Whitman, der als Wundversorger arbeitete, schilderte die damalige Lage: Er schrieb, dass Männer, egal mit welchem Leiden, am Boden lagen und darauf warteten, abtransportiert und versorgt zu werden. Dies war sozusagen ein „first come, first served“ Prinzip, was zwar in gewisser Weise ein Behandlungssystem darstellt, jedoch in keinsten Weise auf die Dringlichkeit, Überlebenschmöglichkeit oder das Ressourcenmanagement eingeht. Dank großen Engagements des damaligen Medizindirektors der Pototmac Armee Jonathan Letterman konnte die Mortalität aber mit der Einführung von einer Kombination aus Triage-Verfahren und medizinischer Frontlinien-Versorgung gesenkt werden [15].

Triageprotokolle wurden stets durch Ärzte weiterentwickelt. Mit dem ersten Weltkrieg und Einführung neuer Waffen, wie automatisierte Gewehre und chemische Waffen, kam eine noch nie dagewesene große Masse an Verletzten, welche ein effizientes Triage-System erforderlich machte. Ein chirurgisches Handbuch aus dem ersten Weltkrieg beschreibt:

*“A hospital with 300 or 400 beds may suddenly be overwhelmed by 1000 or more cases. It is often, therefore, physically impossible to give speedy and thorough treatment to all. A single case, even if it urgently requires attention - if this will absorb a long time - may have to wait, for in that same time a dozen others, almost equally exigent, but requiring less time, might be cared for. The greatest good of the greatest number must be the rule”.<sup>6</sup> [15]*

Dieses Handbuch unterscheidet sich deutlich von Larrys und Wilsons Schriften. Larrey schrieb den Schwerstverletzten die volle Zuwendung zu, Wilson sprach den hoffnungslosen

---

<sup>6</sup> Kenneth V. Iverson, John C. Moskop, Triage in Medicine Part I, p. 277

Patienten die Behandlung ab. Hier aber soll ein kritischer Soldat nicht die volle Aufmerksamkeit bekommen, wenn die aufgewandte Zeit mehrere leichter Verletzte retten könnte. Auch aber wird klargestellt, dass wenn die Ressourcen limitiert sind, PatientInnen die gerettet werden könnten, sterben können, um so das Leben anderer Verletzter zu garantieren [15].

Es wurden jedoch auch andere Ansätze zu dieser Zeit verfolgt. Gerald R. Winslow sah in der Triage zwei Ziele: 1) Bewahrung der militärischen Stärke und 2) Bewahrung der Interessen der Verwundeten und Kranken. So meinte er, dass eher die Gruppe, die schnell versorgt und aufs Schlachtfeld zurückkehren kann, priorisiert werden sollte [15].

Der zweite Weltkrieg brachte abermals Neuerungen in der Kriegsführung, Militärtechnik- und -industrie: Panzer, Flugzeuge, Penicillin und Plasma. Auch zu dieser Zeit mussten Ärzte Protokolle anpassen und die Triage weiterentwickeln. Vor allem die extrem rare Versorgung mit Penicillin war die Herausforderung.

In modernen Armeen ist der Mangel von medizinischer Verpflegung sehr selten geworden, Ressourcen fehlen meist nur mehr UntergrundkämpferInnen und Armeen von Entwicklungsländern. Diese können binnen kurzer Zeit enorme Mengen ihrer kritisch verwundeten Soldatinnen vom Schlachtfeld zu spezialisierten Versorgungszentren evakuieren. Bereits im Korea-Krieg 1950 - 1953 begann man luftgebunden eine einfache schnelle Evakuierung zu ermöglichen. Diese Idee wurde weiterentwickelt und präsentierte sich im Vietnam-Krieg 1955 - 1975 als hochentwickelter Helikoptertransport mit der Möglichkeit luftgetragener Behandlung. Waren es im zweiten Weltkrieg 12 bis 18 Stunden, im Krieg um Korea zwei bis vier Stunden, so konnte im Vietnam-Krieg Verwundete in weniger als zwei Stunden zu einer definitiven Versorgung gebracht werden [15].

Im Irak-Krieg konnten mobile Feldspitäler rund 10 Kilometer hinter der Front diese Zeiten noch mehr verkürzen. Angst vor chemischen, biologischen oder nuklearen Waffen mit dem Potential der Massenvernichtung stellt Spezialsituationen für die Triage dar und fordert stetige Weiterentwicklung in der Planung für solche Einsätze. Auch wenn gewisse Szenarien immer unlösbare Aufgaben stellen können und werden [15].

Später wurden Militärische Triage-Systeme auch für die Zivilgesellschaft und



Notaufnahmen adaptiert. Nichts desto trotz wurden die meisten Katastrophenopfer nicht triagiert, sondern von Außenstehenden gefunden und in die Spitäler transportiert. 1963/64 präsentierte die Yale Universität in ihrem Spital die erste Beschreibung einer systematischen Triage in der zivilen Notaufnahme. Dort wurde die Triage noch durch ÄrztInnen durchgeführt, wenig später etablierte sich auch ein System in New York, welches aber durch die Pflege durchgeführt wurde. Im Laufe der 60er Jahre breitete sich diese Idee weiter aus, wobei jedes Krankenhaus seine eigenen Abläufe und Strukturen etablierte. Einheitliche Systeme gab es zu diesem Zeitpunkt nicht. So funktionierte die Triage mal besser und mal schlechter. Der wichtigste Punkt aber war, dass das „wer zuerst kommt, malt zuerst“ Prinzip verabschiedet wurde [16].

Aus den Erfahrungen konnte sich am Ende des 20. Jahrhunderts ein fünfstufiges System entwickeln. 1989 ebnete Fitzgerald G. den Weg, indem er im Rahmen seiner Doktorarbeit aus der „Box Hill Scale“, die „Ipswich Triage Scale“ entwickelte. Aus dieser entstand 1993 die australischen "National Triage Scale" (NTS) – heute „Australasian Triage Scale“ (ATS) [16].

## **2.3 Triage Systeme**

### **2.3.1 Präklinisch**

Die Triage im präklinischen Setting findet in Telefonzentralen wie auch vor Ort statt. Sie ist an beiden Orten keine rein ärztliche Aufgabe. Die Telefonzentrale, beim Landesverband Steiermark des österreichischen Roten Kreuzes als Landesleitstelle, kurz LLS, bezeichnet, koordiniert die Rettungs- und Transporteinsätze landesweit. Dort werden Anrufe und Notrufe entgegengenommen, durch MitarbeiterInnen priorisiert und davon abhängig mit entsprechenden Ressourcen versorgt. Bei Großunfällen und Katastrophen werden PatientInnen durch Personal der Rettungsorganisation, meist den NotärztInnen, direkt vor Ort gesichtet und triagiert. Wenn am Einsatzort dringend ÄrztInnen für die Behandlung benötigt werden, können auch SanitäterInnen diese Tätigkeit vor Ort übernehmen. Die PatientInnen werden dabei, mittels dem PatientInnenleitsystem, durch römische Ziffern und Farben in vier Gruppen aufgeteilt. Die Gruppen I bis III kommen bei Großunfällen zum Einsatz, die Gruppe IV wird ausschließlich nur bei einer Katastrophe zu den bestehenden Gruppen ergänzt [10].

### **2.3.1.1 Telefonzentrale**

Die Landesleitstelle oder auch Rettungsleitstelle stellt einen zentralen Punkt im Rettungsdienst dar. Sie ist neben der telefonischen Erreichbarkeit für PatientInnen und Krankenhäuser für Disposition und Koordinationsmaßnahmen dar. Beim Eintreffen eines Notrufes wird dieser durch den/die Mitarbeiter/-in der Leitstelle entgegengenommen, analysiert und eingestuft. Das Österreichische Rote Kreuz verwendet für Notfälle ein, grob beschrieben, drei stufiges System. 1) Notfälle für SanitäterInnen ohne Blaulicht, 2) Notfälle, die eine Anfahrt des RTW mit Blaulicht erfordern und 3) NotfallpatientInnen, die NotärztInnen benötigen. Das in Graz einzigartige „Jumbo System“ bietet dem Leitstellendisponenten eine zusätzliche Option. So kann dieses Notfallauto zu PatientInnen gesandt werden, die von einer intensiveren Überwachung durch RettungsmedizinerInnen profitieren würden. Mit diesem System führt die Landesleitstelle eine Triage und Allokation durch. Dringende Notfälle werden priorisiert und Einsatzmittel werden logistisch klug im gesamten Land verteilt.

### **2.3.1.2 Großunfall/ Katastrophe**

Der Großunfall und die Katastrophe nehmen im Rettungsdienst eine spezielle Position ein. Sie sind jeweils durch die Einsatzpriorität „eins“ gekennzeichnet. Ein Großunfall oder Großschadensereignis besteht für das Bezirksrettungskommando dann, wenn für einen Einsatz mehr als fünf RTW (in Graz zählt hier auch der Jumbo als RTW) benötigt werden [10]. Das Wort „Katastrophe“ wird im anschließenden Teil noch genauer besprochen. Diese Szenarien bringen, je nach Ausmaß, das Rettungspersonal vor Ort in eine Überlastungsphase. Diese kann eine Triage vor Ort erfordern, die in den folgenden Abschnitten dargestellt wird.

### **2.3.1.3 Bergetriage**

Die Bergetriage findet direkt am Ort des Ereignisses statt und besteht aus einem/-r KommandantIn (Arzt/ärztin oder NotfallsanitäterIn) und zwei RettungssanitäterInnen. Der Unfallort muss zuvor für die SanitäterIn gesichert und freigegeben sein. Ist die Sicherheit aus verschiedenen Gründen nicht gegeben, muss die Bergung der PatientInnen aus der Gefahrenzone durch z.B. die Feuerwehr durchgeführt werden. Die Bergetriage dient dazu, einen Überblick über den Schaden zu bekommen und PatientInnen einer Triage-Kategorie zuzuweisen. PatientInnen der Gruppe I erhalten anhand einer „Dringend“-Karte Bergepriorität. Der Trupp ist nur mit PLS, Funkgerät und Abbindungsmöglichkeit

ausgestattet und tätigt nur die notwendigsten Handgriffe. Diese sind neben dem Abbinden, das Öffnen der Atemwege und spezielle Lagerungen. Zudem werden Unverletzte angehalten den passenden Sammelort aufzusuchen. PatientInnen mit einem Herz-Kreislauf-Stillstand sind Sonderfälle. Eine generelle Zuteilung zu einer Gruppe ist hier nicht möglich. Eine Wiederbelebung benötigt durchschnittlich einen Arzt oder eine Ärztin, zwei SanitäterInnen und einiges an Geräten und Material. Durch diesen hohen Verbrauch an Ressourcen ist die Entscheidung über den Start einer CPR situationsabhängig zu treffen. Sind also genügend ÄrztInnen und SanitäterInnen vor Ort, und kommt es durch die Reanimation zu keiner Behandlungsverzögerung der Triage Gruppe I, dann kann mit der Wiederbelebung begonnen werden. Bieten die Ressourcen das nicht, wird der/die PatientIn für tot erklärt [10].

Weitere Sonderfälle sind Strahlenunfälle und biologische Gefahrenstoffe, auf die im Rahmen dieser Diplomarbeit aber nicht eingegangen wird.

#### **2.3.1.4 Triage Gruppen**

Bei Großunfällen, einem Einsatz mit mehr als vier Rettungstransportwägen und Katastrophen wird die Triage verwendet. Dabei werden PatientInnen Gruppen zugeteilt, die ihren weiteren Weg während des Einsatzes prägen. Für das Wort Katastrophe gibt es international keine Definition. Nach dem staatlichen Krisen- und Katastrophenschutzmanagement müssen folgende Voraussetzungen für eine Katastrophe gegeben sein:

- 1) unvorhergesehenes, unmittelbar bevorstehendes oder bereits eingetretenes Ereignis,
- 2) erstzunehmende Gefahr für Mensch, Tier, Umwelt, Kultur, Sachgüter und Infrastruktur,
- 3) außergewöhnliches Schadensausmaß und
- 4) eine behördliche Führung ist notwendig [10].

- Kategorie I  
„Sofortbehandlung“. Diese Gruppe umfasst alle Schwerverletzten, bei denen eine akute vitale Bedrohung vorliegt und die eine Sofortbehandlung benötigen. Instabile Vitalfunktionen, Verlegung der Atemwege, schwere äußere Blutung, Pneumothorax und schwere Schockzustände fallen in die Gruppe I [10].

- **Kategorie II**  
Schwer verletzte PatientInnen, bei denen keine unmittelbare vitale Bedrohung vorliegt, werden der Gruppe 2 zugewiesen. Sobald die Gruppe I ärztlich versorgt ist, sind diese PatientInnen an der Reihe (während ÄrztInnen Patienten der Gruppe I behandeln, versorgen SanitäterInnen die Gruppe II). Beispiele sind: SHT, schwere Verbrennungen, v.a. innere Blutungen, Frakturen mit Sensibilitäts- oder Durchblutungsstörungen und Wirbelsäulentraumata [10].
- **Kategorie III**  
Hier werden leicht verletzte PatientInnen zusammengefasst. Für sie gilt im Allgemeinen eine Sammelüberwachung durch SanitäterInnen. Nach Möglichkeit sollte eine Ärztin oder ein Arzt diese Gruppe vor dem Transport ins Krankenhaus jedoch kontrollieren. Es ist keine intensive Betreuung notwendig, deshalb können diese PatientInnen auch mit einem Sammeltransport transportiert werden [10].
- **Kategorie IV**  
Diese Gruppe wird nur im Katastrophenfall verwendet. In diesen Fällen bezeichnet sie PatientInnen mit geringer Überlebenschance. Die Gruppe IV sollte an einem eigenen, sichtgeschützten Sammelplatz lokalisiert werden. Wenn ausreichend Ressourcen zur Verfügung stehen, muss diesen PatientInnen eine adäquate Schmerz- und Volumentherapie zugeführt werden. Die ärztliche Versorgung erfolgt nach Versorgung der Gruppen I und II. Bei einem Großunfall werden diese PatientInnen der Kategorie I zugewiesen [10].

Die farbliche Kennzeichnung mittels Schilder ist wie folgt im PatientInnenleitsystem (PLS) zu finden:

- Gruppe 1: **Rot**
- Gruppe 2: **Gelb**
- Gruppe 3: **Grün**
- Gruppe 4: **Schwarz / Blau**

### **2.3.1.5 Transportpriorität**

Der Schritt, über die Transportpriorität der PatientInnen zu entscheiden, wird erst nach der Sichtung und der anschließend notwendigen Behandlung durchgeführt. Erst wenn kein/e PatientIn der Gruppe I mehr zu versorgen ist, wird der Transport in die Versorgungszentren gestartet. Ein großes A kennzeichnet hohe Priorität, das B einen zeitverzögerten Abtransport [10].

### **2.3.1.6 PatientInnenleitsystem PLS**

Das PatientInnenleitsystem wurde 1991 durch das österreichische Bundeskanzleramt eingeführt und vereinte damals mehrere von verschiedenen Einsatzorganisationen verwendete Systeme [10].

*„Ziele des Einsatzes des Patientenleitsystems (PLS) sind, primär im Interesse der Gesundheit und des Überlebens der Patienten, einen geordneten Ablauf bei der Triage, bei der Behandlung, beim Transport und bei der Hospitalisierung zu unterstützen und sekundär den Patienten auf einfachste Weise zu registrieren und dem Krankenhaus Informationen über den Gesundheitszustand und die gesetzten Maßnahmen mitzuliefern.“<sup>7</sup>*

Nach diversen Erneuerungen über die Jahre besteht das PLS heute aus einer dreigeteilten Tasche. Auf jedem Abschnitt von jedem PLS befindet sich eine individuelle Nummer, die nur einmal vergeben werden kann, um so den Weg der PatientInnen von der Unfallstelle ins Krankenhaus organisieren und verfolgen zu können. So kann auch nach Beendigung des Einsatzes jede Nummer einem/-r Patienten/Patientin und einer Organisation zugeordnet werden [10].

---

<sup>7</sup> Hansak Peter, das Patientenleitsystem in Bärnthaler, et. Al., Lehrbuch für Notfallsanitäter, Pachernegg 2005, S. 427

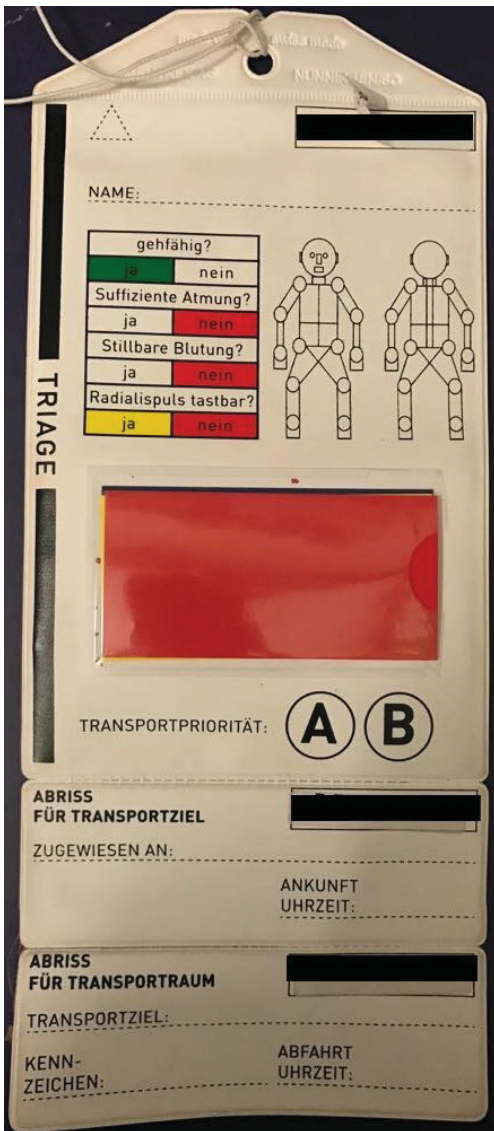


Abbildung 3.: Ein Beispiel des PatientInnenleitsystems eines „Jumbos“ 2017 [53].

In Abb. 3 sieht man das PatientInnenleitsystem des Jumbos vom Jahre 2017. Das Auto besitzt neben Abbinde-Stöcken, Dreieckstüchern und farbigen Leuchtstreifen 20 solcher Karten in einer eigenen Sichtungstasche. Der erste Abschnitt gilt der Triage. Mit einfachsten Untersuchungen werden PatientInnen in eine der drei Triage-Gruppen zugeteilt. Ein großes farbliches Schild wird zur besseren Kennzeichnung verwendet. Auch kann am ersten Teil die Transportpriorität festgelegt werden. Der zweite Abschnitt, der als letztes abgerissen wird, ist für das Transportziel. Auf ihm wird Zielkrankenhaus und die Ankunftszeit notiert. Der dritte und letzte Abschnitt, der nach dem Transport gerissen wird, ist für den Transportraum. So können die LeiterInnen des Transportteams den Überblick bewahren, welche PatientInnen mit welchem Fahrzeug zu welcher Uhrzeit zu welchem Spital transportiert wurden.

In der Tasche befinden sich weitere Sticker mit der individuellen Nummer. Orange Dreiecksticker sind für die Warnung einer vorliegenden Kontamination mittels chemischer, biologischer oder radioaktiver Gefahrenstoffe. Eine Karte mit der Aufschrift „dringend“ signalisiert den Bergetrupps die baldmöglichste Bergung aus der Unfallstelle. Zudem finden sich eine „verstorben“ Karte sowie ein Betreuungs- Identifikations- und Vermisstenprotokoll im PLS.

Das PatientInnenleitsystem wird mit einem Gummiband um den Hals des/-r Patienten/-in gehängt. Damit ist es gut einsehbar und leicht zu erreichen. Das Material lässt sowohl eine Beschriftung mittels Kugelschreiber als auch Filzstift zu.

Das System kommt dem oftmals verwendeten menschlichen Rasterdenken sehr entgegen. Es kategorisiert, sortiert und schafft eine gute Übersicht. Das fast über 30 Jahre alte System ist aber schon lange nicht mehr unumstritten. Der Gedanke, dass mit dem PLS alle PatientInnen bestmöglich versorgt werden, ist bereits länger ad acta gelegt worden. Einer der Kritikpunkte am System ist der Zeitfaktor. Die konventionelle Triage dauert schlichtweg zu lange. Dokumentation und Identifizierung der PatientInnen stellen einen enormen zeitlichen Aufwand dar. Auch eine mangelnde Compliance durch die PatientInnen, z.B. leicht Verletzte mit einem PLS, die sich eigenständig Hilfe organisieren und den Einsatzort verlassen, können dem System schaden. Systeme, vor allem mit digital arbeitender Technik sind in näherer Zukunft mit aller Wahrscheinlichkeit zu erwarten [17].

Es wird immer Szenarien geben, welche vor allem in der Überlastungsphase die Einsatzkräfte an ihre Grenzen bringen werden. Viele dieser Szenarien sind schlichtweg nicht trainier- und optimal lösbar. Dieser vom Rettungsdienst als Überlastungsphase bezeichnete Abschnitt des Einsatzes ist eigentlich gleich einem Allokationsproblem [17].

### **2.3.2 Innerklinisch**

Innerklinisch wird meist der Begriff „Ersteinschätzung“ verwendet, um sich so von der Präklinik zu unterscheiden. Die Ersteinschätzung dient dazu, den oft hohen PatientInnenaufkommen Struktur zu verleihen. Durch die Einschätzung können kritischere PatientInnen schneller behandelt werden, stabile leicht verletzte PatientInnen warten meist länger. Es gibt mehrere Systeme und Arten der Ersteinschätzung. Bekannte Systeme werden hier angeführt.

#### **2.3.2.1 Manchester Triage-System**

Das bei uns wohl bekannteste Triage-System, das MTS entstand im November 1994 durch die Manchester Triage Group – eine Gruppe aus ÄrztInnen und Pflegepersonal von mehreren Krankenhäusern in Manchester, England. Die Idee war es, ein einheitliches Schema für die Stadt zu kreieren und zu etablieren [18]. Kurze Zeit nach Einführung und Start des Systems wurde es nicht nur in ganz England, sondern auch in anderen Teilen Europas bekannt und fand dort Verwendung. Den Anfang machten die Niederlande und Portugal in den Jahren von 1999-2001. Später folgten Belgien, Schweden und Spanien. Den deutschsprachigen Raum eroberte das Triage-System 2004 [19]. 2005 wurde das



MTS erstmals revidiert und an die sich weiterentwickelnde Medizin angepasst. Das Landeskrankenhaus Graz arbeitet seit März 2009 mit dieser Ersteinschätzung [20].

Bis heute kommt das System in Ländern Europas, Amerikas, Asiens und Australiens zum Einsatz. Jedoch in leicht unterschiedlicher Form. Oftmals variieren die Zeiten, vor allem in den Feldern grün und blau. Weiterhin trifft sich das Team der MTG jährlich und arbeitet stets an Verbesserungen und Neuheiten [19]. Die folgende Tabelle zeigt eine mögliche Form des Manchester Triage-Systems.

Ziffer	Name	Max. Zeit bis Arztkontakt
1	SOFORT	0 MINUTEN
2	SEHR DRINGEND	10 MINUTEN
3	DRINGEND	30 MINUTEN
4	NORMAL	90 MINUTEN
5	NICHT DRINGEND	120 MINUTEN

Das MTS verwendet statt Diagnosen Symptome zur Kategorisierung. So hat zum Beispiel ein extrem schmerzhafter, kalter, tauber Fingerbruch gegenüber einer asymptomatischen Oberschenkelfraktur Vorrang.

Das System arbeitet wie folgt: Als erstes wird die/der Patientin/Patient einem Diagramm, aus einer Liste mit 50 Beschwerdebildern, zugewiesen. Beispiele sind: Durchfälle und Erbrechen, Thoraxschmerz, Allergie, Kopfschmerz, usw. Jenes ausgewählte Diagramm strukturiert den weiteren Prozess. Begonnen wird von der höchsten Dringlichkeitsstufe abwärts. Jede Stufe besitzt Indikatoren, die als Frage formuliert sind um so die Entscheidung zu ermöglichen. Als „unnormaler Puls“ beim Thoraxschmerz wird ein Wert außerhalb von 60-120/min (angepasst auf das Alter) und ein unregelmäßiger Puls für die positive Beantwortung der Frage angenommen [18].



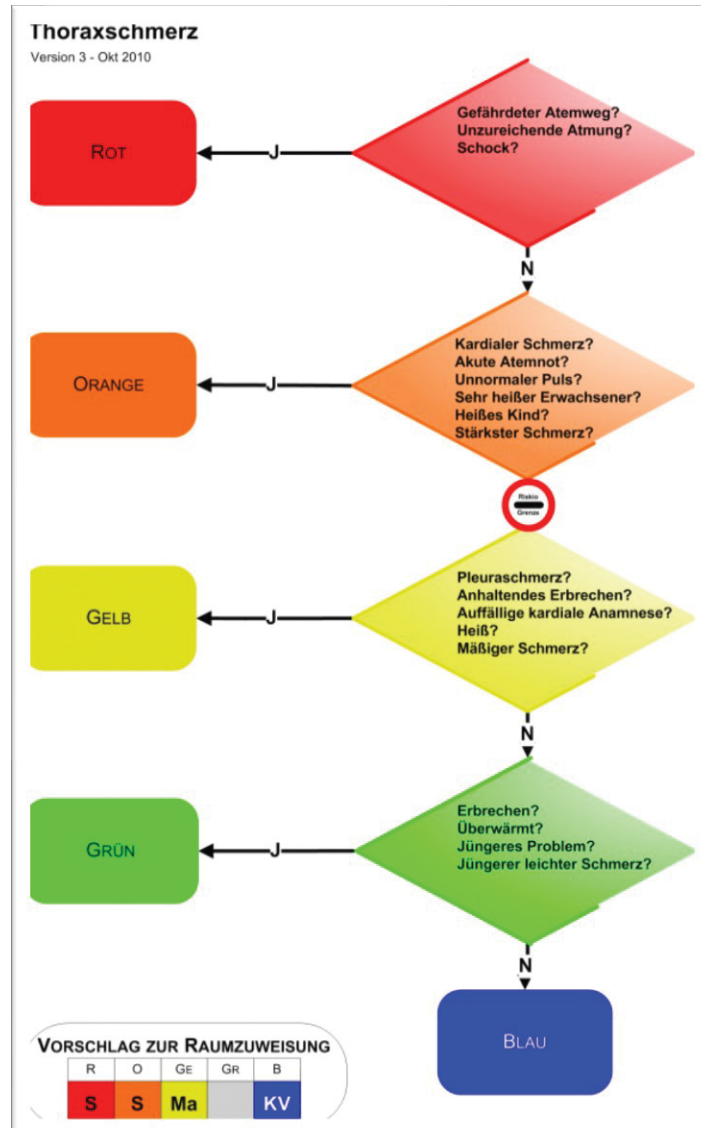


Abbildung 4. [18] liefert ein Beispiel des MTS anhand des Symptoms Thoraxschmerz. Spezielle Indikatoren liegen normalerweise als Doppelseite vor.

Die Präsentationsdiagramme haben spezielle Indikatoren um so PatientInnen einer Dringlichkeit zuzuordnen. Die speziellen Indikatoren sind oft neben dem Diagramm genauer beschrieben, um Missverständnisse auszuräumen. Zudem gibt es auch generelle Indikatoren [18]:

1. Lebensgefahr
2. Schmerz
3. Blutverlust
4. Bewusstsein (Erwachsen oder Kind)

5. Temperatur

6. Krankheitsdauer.

Diese generellen Indikatoren sind ein wiederkehrendes Merkmal und in externen Diagrammen beschrieben. Am Beispiel Schmerz wird der stärkste Schmerz in die Stufe zwei, ein mäßiger Schmerz in die Stufe drei und ein jüngerer leichter Schmerz der Kategorie vier zugewiesen. Zeitmangel ist oft ein Grund, dass nicht alle nötigen Maßnahmen der Ersteinschätzung getätigt werden können (BZ-Messung, etc.). Für solche Situationen weisen die Diagramme alle auf verschiedenen Ebenen eine Risikogrenze auf. Die Ersteinschätzung übernimmt zwar weiterhin die nötigsten Einschätzungen, die nachgeordneten Indikatoren aber (nach der Risikogrenze) werden im Rahmen der Folgeeinschätzung erhoben [18].

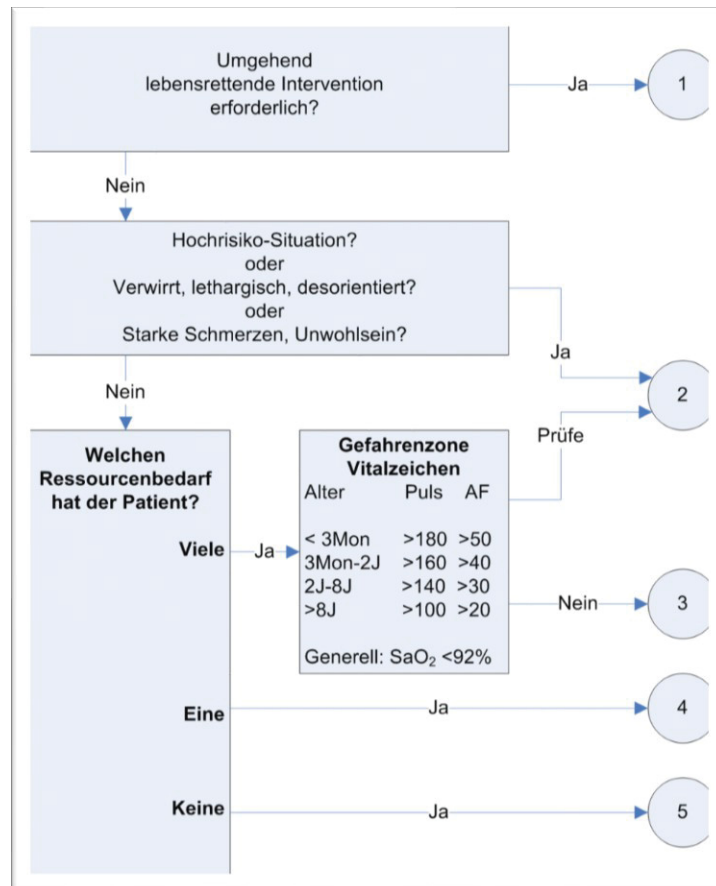
### **2.3.2.2 Emergency Severity Index**

Der Emergency Severity Index, kurz ESI genannt, besitzt wie das MTS einen fünfstufigen Algorithmus. Entwickelt wurde er von Spitälern in Boston und Chapel Hill, USA, im Jahre 1999. Der ESI wurde in den folgenden Jahren öfters revidiert, bis sich schließlich, 2004, die aktuelle Version, „V4“, in den Notfallaufnahmen etablieren konnte [21].

Im Stufensystem ist jedoch ein deutlicher Unterschied zum Manchester Triage-System zu erkennen. Das eigentlich in 5 Stufen aufgeteilte System gliedert die PatientInnen vielmehr in nur drei Stufen. Diese werden mit „immediate“, „urgent“ und „non-urgent“ beschrieben. Die dritte Stufe wird im Weiteren anhand der benötigten Ressourcen unterteilt. Diese sind beispielsweise ein zu schreibendes Elektrokardiogram, eine Blutabnahme mit anschließendem Labortest oder ein benötigtes Röntgen.

KritikerInnen am System bemängeln vor allem, dass der ESI keine Wartezeitangaben vorgibt. So wird zwar eine Behandlungsreihenfolge festgelegt, jedoch nicht der Zeitpunkt der einsetzenden Gefahr ohne ärztliche Versorgung. Zudem wird im ESI Score zu wenig auf den Schmerz der PatientInnen eingegangen. Ausschließlich in Kategorie 2 werden starke Schmerzen berücksichtigt. Es besteht daher ein Verbesserungspotential des Scores. Auch sollte der Ressourcenverbrauch verschiedener Meinungen zufolge kein Indikator der Behandlungsdringlichkeit sein. Es gibt mehrere Diagnosen und Notfälle, bei welchen bereits nach einer geringen Anzahl von Untersuchungen eine OP-Indikation gestellt werden

kann [21]. Ein Beispiel hierfür ist der Pneumothorax: Nach einem Thoraxröntgen kann dieser bei PatientInnen mit hoher Wahrscheinlichkeit diagnostiziert werden und erfordert eine unmittelbare chirurgische Intervention



Die Abbildung 5. [21] zeigt den ESI. Dieser unterteilt PatientInnen grob in die Gruppen 1 „immediate“, 2 „urgent“ und 3-5 „non-urgent“.

### 2.3.2.3 Australasian Triage Scale

Der heute ATS startete seine Reise 1977 im Bundesstaat Victoria. Als das erste fünfstufige System wurde die Boxhill Triage Scale, noch ohne Angaben von Zeitfenstern, bis 1988 am Boxhill Hospital verwendet. Dann wurde sie von FitzGerald G. der University of Brisbane, 1989 überarbeitet und mit einem Zeitrahmen versehen. Die damalige Ipswich Triage Scale (IPS) fand bis 1993 Verwendung, bevor 1993/1994 das Australasian College of Emergency Medicine die IPS modifizierte und vereinheitlichte, die in den australischen Notfallaufnahmen vorkommende Nomenklatur mit der National Triage Scale (NTS). Das Australasian College of Emergency überarbeitete die NTS im Jahr 2000 erneut und gestaltete die bis heute verwendete Form [22].

Im ATS gibt es nicht wie bei anderen Triage-Systemen Listen von Symptomen, Diagnosen oder Beschwerdebildern. Die Krankenhäuser bekommen lediglich eine Vergleichsliste, bei der aber ausdrücklich hingewiesen wird, nur Beispiele zu beinhalten und keine Vollständigkeit zu bieten. Durch das Fehlen klarer Richtlinien finden sich in verschiedenen Krankenhäusern oft hausinterne Zusätze, die der Einheitlichkeit entgegenwirken. Dieser Punkt bringt dem System oft Kritik [22].

Ein weiter bekanntes System ist zudem der von Kanada begründete Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS). Auf diese wird jedoch im Rahmen dieser Diplomarbeit nicht näher eingegangen.

## **2.4 Fallbeispiel**

In meiner Tätigkeit beim Roten Kreuz, Bezirksstelle Graz-Stadt, in der ich mich vom Volontär über den Rettungs- und Notfallsanitäter zum Rettungsmediziner ausbilden ließ, kam ich in rund 6.000 ehrenamtlichen Stunden zu unzähligen Einsätzen. Die Bezirksstelle ist, wie der Name verrät, vor allem für den Großraum Graz zuständig. Dieses Gebiet ist durch zwei Dienststellen, viele Rettungswägen (RTWs), zwei Jumbos und zwei Notarzteinsetzfahrzeugen (NEFs) gut abgedeckt, sodass nur selten ein akuter Ressourcenmangel auftritt. Durch das duale Notarztssystem sind – je nachdem ob das Jumbo-Team oder die RTW-Besatzung mit dem NEF disponiert sind – vier bis sechs qualifizierte MitarbeiterInnen bei einem NotfallpatientInnen.

Einer der wenigen Einsätze, wo es aber doch zu einer kurzen initialen Überlastungsphase kam, blieb mir in Erinnerung und wird im Folgenden beschrieben:

### Einsatzmeldung

Ein Anrufer informierte die Landesleitstelle nachmittags über zwei aus dem Fenster gefallene Personen im Grazer Bezirk Eggenberg. Ein Baby und eine weibliche Person mittleren Alters, wahrscheinlich die Mutter, seien laut dem Anrufer fast gleichzeitig aus einem Fenster des dritten Stockes in den Vorgarten eines Mehrfamilienhauses auf die Wiese gefallen. Trotz der enormen Aufregung des Anrufers konnte ein traumatisch bedingter Herz-Kreislauf-Stillstand, (CPR) der Patienten, durch wenige gezielte Fragen der

Leitstelle mit großer Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden. Umgehend wurden Notarzt, Jumbo und ein weiterer Rettungswagen alarmiert und mit der Anforderung „Chirurgisches Trauma“ zum Einsatzort entsandt. Die auf dem Display eines jeden Autos mitgeschickte Information, beschreibt neben der Adresse in wenigen Sätzen das Szenario und die Anzahl der Patienten.

### Einsatzbeginn

Bereits auf der Anfahrt wurde deshalb telefonisch zwischen Notärztin und Rettungsmediziner, Kontakt aufgenommen. Die Notärztin informierte den Jumbo darüber, dass sie als ersteintreffendes Fahrzeug sich um das Baby kümmern wird und der Jumbo sich sofort um die Versorgung der weiblichen Patientin kümmern soll. Der dazu angeforderte Rettungswagen würde dann nach dem Eintreffen bei der Versorgung des Babys mithelfen. Auch dieser wurde von der Notärztin im Vorhinein telefonisch kurz kontaktiert.

### Szenario

Der folgende erste Eindruck bot sich der NA, welche vom Unfallkrankenhaus Graz nur eine kurze Anfahrt von wenigen Minuten hatte: In einem kleinen eingezäunten Vorgarten eines Mehrfamilienhauses, zwischen Bürgersteig und Haus, lagen zwei Personen rund 4 Meter voneinander entfernt. Keine sichtbaren Gefahrenzonen. Das Fenster im dritten Stock stand noch offen.

Mit dem Wissen, dass der Jumbo binnen weniger Minuten auch am Einsatzort eintreffen würde, ging das Team des Notarzteinsatzfahrzeuges, ohne der Patientin Aufmerksamkeit zu schenken, zu dem verletzten Baby und begann es zu versorgen. Dem nächsteintreffenden Fahrzeug, dem Jumbo, war durch das Telefonat sofort klar, wie zu handeln sei. Die Besatzung konzentrierte sich voll auf die alleine liegende, noch nicht behandelte Patientin. So konnte die polytraumatisierte Frau mit einer angepassten Schmerztherapie in weniger als 30 Minuten versorgt und ins Krankenhaus transportiert werden.

Das Jumboteam arbeitete separat vom anderen Einsatz und hielt nur gelegentlich für einen kurzen Moment Rücksprache mit der Notärztin. Diese versuchte, den gesamten Einsatz zu überwachen, hatte aber mit der Versorgung des Babys selbst genug zu tun.

Als der letzte Wagen, der RTW, nur wenig nach Eintreffen des Jumbos ankam, konnte auch das Baby, das etwas länger vor Ort versorgt wurde, schwer verletzt aber kreislaufstabil in das Zielkrankenhaus, die Kinderklinik am Landeskrankenhaus Graz, transportiert werden.

Es wurden keine anderen verletzten Personen am Einsatzort gesichtet. Die Ursache und der Unfallhergang blieben für das Team des Roten Kreuzes ungeklärt. Nach der Beendigung des Einsatzes fuhr der Jumbo zu einem Folgeeinsatz, das NEF wieder ins UKH. Da der Jumbo eigentlich das Ost-Auto war, sahen sich Jumbo und Notarzt an diesem Tag nicht mehr für eine mögliche Nachbesprechung.

### Aspekte der Supervision

Dieses beschriebene Szenario brachte das ersteintreffende Team in eine Überlastungsphase. Das – nur mit einem Notarzt und einem Notfallsanitäter besetzte NEF – hatte alleine zwei, dem Unfallhergang zufolge wahrscheinlich schwer verletzten Patienten, zu betreuen. Zu viel für die zu Verfügung stehenden Ressourcen.

Die Notärztin begann deshalb schon bereits auf der Anfahrt zum den Einsatz zu organisieren und die Ressourcen auf die zu betreuenden Patienten aufzuteilen und betrieb damit Allokation. Durch diese auf der Anfahrt – einem ruhigeren Setting als vor Ort – beschlossene Vororganisation, strukturierte sie noch vor dem Eintreffen den Einsatz und verhinderte so ein Chaos oder eine Verzögerung der Behandlung.

- Aus der Sicht des Notarztes

Die Notärztin war bereits sehr erfahren und durch ihr Fachgebiet, Anästhesiologie und Intensivmedizin, exzellent mit der Notfallmedizin vertraut. Ein Einsatz mit zwei verletzten Personen, besonders mit dem Zusatz, dass auch ein Kind betroffen ist, macht aber selbst den erfahrensten Notarzt nach der Alarmierung angespannt. Um klare Strukturen zu schaffen, kontaktierte sie sowohl den Jumbo als auch den RTW und klärte diese über die Aufteilung auf. Die Notärztin entschied wahrscheinlich aus mehreren Gründen, sich um das Baby zu kümmern. Erstens weil sie die kompetenteste und erfahrenste Person vor Ort war. So garantierte sie dem Baby die bestmögliche medizinische Betreuung. Zweitens stufte die Notärztin die

Behandlungsdringlichkeit des Babys offensichtlich höher ein, da sie festlegte das ersteintreffende Team, in diesem Fall ihr eigenes, zum Baby zu schicken.

- Aus der Sicht des restlichen Teams

Beim Lesen eines solchen Einsatzes besteht bei jedem/-r Rettungsdienstmitarbeiter/-in höchste Anspannung. Wie bereits erwähnt, lässt besonders die Tatsache, dass zwei Personen verletzt sind und eines davon ein Kind ist, den Puls steigen. Eine Trauma-Versorgung bedeutet zudem immer, viel Know-how in kurzer Zeit abzuliefern, um den Patienten zügig ins Spital bringen zu können. Die Abläufe sind genau geplant und müssen funktionieren. Umso erleichternder und von großem Vorteil war es für das restliche Team, als die Notärztin die Situation von Anfang an professionell organisierte. So konnte sich jede Besatzung bei der Anfahrt auf das Szenario und die Abläufe einstellen. Es war auch gut zu wissen bei einer solch schwer verletzten Person einen Notarzt in seiner unmittelbaren Nähe zu haben, um sie bei Unklarheiten sofort rückfragen zu können.

- Aus der Sicht der weiblichen Person

Der Unfallhergang war für das Team des Roten Kreuzes nicht klar erkenntlich. Ob es eine Fahrlässigkeit, ein Missgeschick oder ein suizidaler Versuch war ist in weiterer Folge Angelegenheit der Polizei und der Psychiater. Bei der Mutter kommt neben dem körperlichen Schmerz der seelische Schmerz mit dem Unwissen über das Wohlbefinden ihres Kindes zu Tragen. Ihr war weder während des Einsatzes, noch bei dem Transport oder der Ersteinschätzung im Krankenhaus klar, wie es ihrem Kind geht. Sie hat die Mannschaft während des Einsatzes aber auch nicht über den Zustand befragt. Die Gründe dafür können mannigfaltig sein. Das eigentliche Trauma, der Schock oder die Verwirrung durch Analgosedierung gegen die Schmerzen. Obgleich das Desinteresse der Mutter fragwürdig war, ließ es den Einsatz leichter ablaufen. Man stelle sich eine Mutter vor, die um keinen Preis ihr Kind aus den Augen lassen möchte. Das hätte dazu geführt, dass das Team über den Kopf der Notfallpatientin hinweg für sie entscheiden müsste. Wenngleich dieser paternalistische Ansatz gegen den Willen einer Person geht, so will er doch das Wohl derselben beziehungsweise ihr Leid ersparen. Die Mutter musste

schnellstmöglich in das nächstgelegene Krankenhaus gebracht werden, um dort eine weitere Versorgung zu ermöglichen. Das hatte in diesem Fall Priorität.

- Aus der Sicht des Kindes

Die Sicht des Babys in diesem Szenario ist nicht beschreibbar. Zu jung ist das Kind, um zu wissen, welche Gedanken sich in dem Kopf dieses jungen Menschen abspielen.

### Konklusion

Anhand dieses Fallbeispiels wurden mehrere Aspekte diskutiert, die ÄrztInnen und MitarbeiterInnen im Gesundheitswesen vor schwer zu entscheidende Dilemmata stellen. Es wird ersichtlich, dass die Entscheidungsträger bei Situationen, welche eine Triage erfordern unter großen Stress geraten können. Nur durch Erfahrung und Ausbildung kann eine Überlastungsphase, mit der das Team hier konfrontiert wird, bewältigt werden.

Die optimierte medizinische Versorgung durch professionelles Handeln des gesamten Teams, sowie fundierte Entscheidungen als Voraussetzung für den Heilungserfolg. Die Notärztin zum Beispiel agierte in diesem Fall sehr gut. Mit ihr steht und fällt der Einsatz. Vom oftmals erwähnten Kritikpunkt „fehlende Zusammengehörigkeit“ war hier keine Spur. Durch den Grund, dass das NEF nicht den gleichen Standort wie alle anderen Mitarbeiter der Rettung besetzt, beschränken sich Treffen auf die Einsätze. Gemeinsames Essen oder Aktivitäten während dem Dienst sind eher der Einzelfall. Hier jedoch zeigte die Notärztin enormen Teamgeist und versuchte als Leiterin des Einsatzes für die optimale Einstellung aller auf der Anfahrt.

Einen weiteren Diskussionspunkt stellt die Nachbesprechung dar. Ein optimal verlaufender Einsatz sieht auch eine ausführliche Nachbesprechung nach Übergabe der NotfallpatientInnen im Zielkrankenhaus vor. Nachbesprechungen zählen eigentlich zum Standard jedes qualifizierten Rettungsdienstes. Nicht nur, dass sie medizinisch, einsatztechnisch und strategisch wichtig sind, sie sind auch für die Komponente der Psychohygiene durchaus wertvoll. Standpunkte des Teams, negatives und positives Feedback und Verbesserungsvorschläge sollten während eines solchen Gesprächs thematisiert werden. Auch sollte Platz für offene Fragen und Unklarheiten aller Beteiligten sein. Nicht zuletzt um so auch voneinander lernen zu können. Auch wenn es in diesem



speziellen Fall durch die Umstände fast unmöglich war ein weiteres Treffen zu arrangieren, so wird leider bei den meisten Einsätzen auf die Nachbesprechung vergessen. Gründe wie Zeitmangel, Müdigkeit oder Routine verhindern diesen, wie oben erwähnt, so wichtigen Teil des Einsatzes meist.

Zuletzt muss man noch auf die psychischen Belastungen aller Beteiligten des Einsatzes eingehen. Wie aus der jeweiligen Sicht der PatientInnen beschrieben treten sowohl für die weibliche Person als auch für das Kind neben dem physischen Leiden enorme psychische Belastungen auf. Nahtod-Erlebnisse brauchen oft mehrere Jahre, um verarbeitet zu werden. Aber auch für das Team sind dramatische Einsätze nicht leicht „wegzustecken“. Nicht selten treten posttraumatische Belastungsstörungen nach belastenden Einsätzen auf. Diese nicht verarbeiteten Emotionen können in den verschiedensten Situationen wieder hochkommen. Umso wichtiger ist es für das Personal des Rettungsdienstes, sich mit KollegInnen oder Außenstehenden regelmäßig über Gefühle und Emotionen auszutauschen. Man hilft sich gegenseitig und stützt einander. Das hierfür eingeführte Kriseninterventions-Team mit dem Ziel, posttraumatische Belastungsstörungen und pathologische Trauerprozesse zu verhindern, ist in solchen Fällen für MitarbeiterInnen und PatientInnen da. Es stellt durch spezielle Ausbildung qualifizierte MitarbeiterInnen für die psychische Betreuung nach kritischen Ereignissen und Einsätzen.

## 3. Ethik

### 3.1 Allgemeine Ethiklehre

Ethik ist ein Teilbereich der Praktischen Philosophie. Sie beschäftigt sich mit dem menschlichen Handeln. Sowohl mit dem tatsächlichen, dem möglichen, dem gebotenen als auch mit dem verbotenen Handeln. Mit dem menschlichen Handeln befassen sich einige wissenschaftliche Disziplinen wie die Sozialwissenschaften, Psychologie oder innerhalb der Philosophie die Theologie. Im Unterschied zu diesen Wissenschaften aber behandelt die Ethik das Handeln mit der leitenden Frage der Moralität. Kurz gesagt ist die Ethik die theoretische Lehre der Moral [23].

Das Wort Ethik stammt etymologisch ursprünglich aus dem Griechischen und leitet sich vom Wort „ethos“ ab. Ethos bedeutet übersetzt Brauch, Sitte oder Gewohnheit. Eine Sitte ist Usus. Sitten sind Gewohnheiten, die wir von klein auf gelehrt bekommen. Natürlich sind diese von Kultur, Raum und Eigenart jedes Volkes abhängig und somit von Mensch zu Mensch sehr unterschiedlich. Sitten helfen uns, im Alltag „richtig“, „falsch“, „gut“ oder „schlecht“ zu handeln. Die Ethik hingegen stellt uns vor Fragen, bei denen wir oft nicht sofort wissen wie wir handeln sollen. Sie zwingt uns, genauer zu überlegen was „gut“ ist [24]. Die Begründung der Ethik als eigenständige Disziplin der Philosophie geht auf Aristoteles (384 – 322 v. Chr) zurück.

Wie bereits erwähnt ist der Gegenstand der Ethik die Moral. Es gibt mehrere Möglichkeiten wie sich die Ethik der Moral zuwenden kann. Meist wird die Ethik dafür in drei Kategorien unterteilt [25]:

- Normative Ethik
- Deskriptive Ethik
- Metaethik

#### **3.1.1 Normative Ethik:**

Die zentralen Fragen der normativen Ethik lauten: „Wie handelt man moralisch richtig?“ und „was ist die richtige Moral?“. Sie bewertet bestehende Systeme und positioniert sich zu ihnen. Die Normative Ethik lässt sich weiter in einen deontologischen und einen

teleologischen Zweig unterteilen. Darüber hinaus entwirft die normative Ethik eigene Moralsysteme.

### **3.1.2 Deskriptive Ethik:**

Wie aus dem Namen bereits herzuleiten ist, beschreibt die deskriptive Ethik nur, ohne zu werten. Als Beispiel die Aussage eines/-r Vegetariers/-in: Tiere essen ist falsch, denn sie werden extra für diesen Zweck getötet. Die Moral der VegetarierInnen ist hier, dass Tiere essen falsch ist, die Begründung dafür ist der extra dafür notwendige Mord der Tiere. In diesem Beispiel wird beschrieben und begründet, eine Positionierung wird jedoch hier nicht vorgenommen. So beschreibt sie empirisch bestehende Norm- und Wertsysteme.

### **3.1.3 Metaethik:**

Die Metaethik ist analytisch. Sie ist übergeordnet und tätigt keine Bewertung über Moral oder Handlungen. Die Metaethik beschäftigt sich nicht damit, moralische Werte zu beschreiben, sondern eher, wie eine solche Moral entsteht. Somit liegen sowohl die normative als auch die deskriptive Ethik im Betrachtungsfeld der Metaethik.

Im wissenschaftlichen Kontext kann aus diesen Gründen nie von „der Ethik“ gesprochen werden. Es muss stets von „einer Ethik“ gesprochen werden. Zu unterschiedlich sind die verschiedenen Zugangsweisen in den verschiedenen Gesellschaften [26].

Der Mensch als ist von Natur aus ein Sozialwesen und lebt in Gemeinschaften. Ethische Normen dienen dem geordneten Ablauf des Zusammenlebens. Auch wenn Leben in einer Gemeinschaft den Einzelnen oft in seiner persönlichen Freiheit einschränkt und ein sich einfügen fordert, so ist es doch vorteilhaft. In Summe entstehen mehr Vor- als Nachteile für den Menschen. Nicht zuletzt durch den Wunsch nach Sicherheit und Ordnung. Der Wille, sich über ein bloßes Faustrecht hinauszuentwickeln bringt somit unvermeidlich die Frage „wie soll ich handeln“. Dies erfordert Reflexionsfähigkeit, die uns erlaubt „gut“ von „schlecht“ zu unterscheiden.

Motivationsgründe für moralisches Handeln finden Menschen auch in den Religionen. Der christliche Glaube stellt die bekannten zehn Gebote als Grundlage für das nach seiner Sicht richtige Handeln. Textstellen wie *du sollst nicht stehlen!*, *du sollst nicht töten*, *du sollst*

*nicht ehebrechen, du sollst nicht deines Nächsten Weib begehren oder du sollst nicht als falscher Zeuge gegen deinen Nächsten auftreten!*<sup>8</sup> sind Werte, die die katholische Kirche ihren Gläubigen vermittelt und somit als Anleitung zum richtigen Handeln darstellt. Ähnliche moralisch wenn nicht gar gesetzliche Ge- und Verbote finden sich auch in anderen Religionen, wie zum Beispiel dem Islam. Das religiöse Gesetzbuch des Islams, die Scharia, basiert auf dem Koran und enthält Gesetze, die es in einer islamischen Gesellschaft es zu befolgen gibt. Diese werden wie anhand des folgenden Beispiels „stehlen“ noch genauer ausgeführt: *Einem Dieb und einer Diebin haut die Hände ab, zur Strafe dessen, was sie begangen haben. Diese warnende Strafe (ist) von Allah; denn Allah ist allmächtig und allweise.*<sup>9</sup>

Neben religiös motivierten Gründen für sozial verträgliches Handeln gibt es weiter den simplen Wunsch des Menschen nach Wohlergehen. So du mir so ich dir und umgekehrt. Aus diesem Leitsatz lässt sich folgender Wunsch ableiten: Handle ich moralisch richtig werden es auch die anderen tun. Trotz Vorwurf der Naivität spielt dieser Grund oft eine bedeutende Rolle in der Motivation der Menschen [17]. Auch die soziale Vernunft, Gesetze und die biologischen Anlagen jedes Menschen sind Grundlage dafür, wie wir uns verhalten und so im täglichen Existenzkampf Vorteile verschaffen.

### **3.2 Ethische Grundpositionen**

Einige bekannte Modelle der philosophischen Ethik sind im Folgenden, ohne näheres Eingehen auf die bekannten VertreterInnen, kurz dargestellt. Sie präsentieren nicht nur unterschiedliche Antworten auf die Frage nach der Richtigkeit des moralischen Handelns, sondern auch die wichtigsten schulbildenden Positionen der Ethik. Es handelt sich dabei um die von Aristoteles begründete Tugendethik, um den utilitaristischen Konsequentialismus, der vor allem durch Jeremy Bentham (1748-1832) und John Stuart Mill (1806-1873) entwickelt wurde und um die durch Kant geprägte deontologische Pflichtethik. Jedem dieser Ansätze gelingt es auf seine Art Argumente für ein richtiges Handeln auf Grund des jeweils präferierten Vorschlages zu finden.

---

<sup>8</sup> Die Bibel, Deuteronomium, S. 186, Herder, Freiburg 1965

<sup>9</sup> L. W. Winter, Der Koran, München 1959, Scharia 5,38

### **3.2.1 Tugendethik**

Für die Vertreter der Tugendethik ist es das Wichtigste im Leben, ein tugendhafter Mensch zu sein und sie bezieht sich so mehr auf den Charakter als auf Handlungen. Tugenden sind Verhaltensmuster der eigenen Identität. Sie treiben den Menschen dazu, Gutes zu tun. Diese Tugenden können erlangt werden und ihnen gilt es, dieser Ethik zufolge, nachzueifern. Wer dieses erstrebenswerte Dasein erlangt hat und ein tugendhafter Mensch ist, der handelt somit in seinem Leben tugendhaft – also gut. Denn Charakter und Handeln sind eng miteinander verbunden. Dennoch muss ein Charakterzug nicht in jeder Lebenslage ausgelebt werden, sondern nur, wenn die Situation es verlangt. Dadurch, dass es aber sehr viele Tugenden gibt, ist jeder Tag voll von Situationen die von uns Tugendhaftigkeit verlangen. Der wichtigste Aspekt der Tugenden ist, dass sie feste Angewohnheiten sind. Diese müssen unerschütterlich und stets vorhanden sein. Das Gegenteil dieser Tugenden sind Laster, also schlechte Charakterzüge. Wenn Menschen diese Laster wählen, zerstören sie ihre Tugenden. Der wohl bekannteste Tugendethiker war und ist der Philosoph Aristoteles. Seine wohl bekannteste verfasste Schrift ist die „Nikomachische Ethik“ [27]. Im Fall eines Mitarbeiters einer Rettungsorganisation gelten zum Beispiel Mut, Kollegialität, Zivilcourage und Gerechtigkeitsbekämpfung zu den Tugenden, die das Vertrauen der PatientInnen und aller Mitmenschen zu der medizinischen Versorgung stärkt [41].

Die Tugendethik wurde von Aristoteles begründet und existiert seither. Durch dieses immer wiederkehrende Auftauchen im Laufe der Geschichte ergeben sich klarerweise Uneinigheiten über gültige Tugenden. Woher weiß der Mensch also, was die „Richtigen“ sind und was ein gutes Leben ist. Als weiterer Kritikpunkt wird das Fehlen von Regeln erwähnt. Viele Menschen verlangen von erfolgreichen Ethikansätzen, dass sie ihnen sagen, wie in speziellen Situationen zu handeln ist. Tugenden sind für viele Menschen keine Hilfe bei schwierigen Entscheidungen. Tugendethik ist zudem egozentrisch und selbstsüchtig. Sie ist besessen vom Perfektionismus des eigenen Charakters. Daraus folgt ein permanenter Blick in einen inneren Spiegel [27]. Im vierten und letzten hier angeführten Kritikpunkt wird der Tugendethik vorgeworfen, in gewisser Weise Glücksache zu sein. Denn die Umwelt beeinflusst den Menschen wesentlich. In einem schlechten Umfeld, wo der Mensch keine tugendhaften Vorbilder hat, sind die Chancen ein tugendhafter Mensch zu werden deutlich geringer als in einem tugendhaft guten Umfeld [27].

### 3.2.2 Deontologie

Deontologische Ansätze der Ethik bewerten nicht die Folgen einer Handlung, sondern richten sich nur nach moralisch guten Motiven einer Handlung – der Pflicht. Dabei lässt diese „Pflichtethik“ die Folgen völlig außer Acht. Im medizinischen Bereich werden - wie auch im Eid des Hippokrates - geschriebene Schadensvermeidung und Achtung vor den PatientInnen und Nutzen als Pflichten gesehen. Für die Gerechtigkeit von Entscheidungen ist oft eine Standardisierung notwendig. Diese Notwendigkeit spiegelt sich in der Einführung von vielen Guidelines in allen Teilbereichen der Medizin wieder [41]. Der wichtigste und bekannteste Vertreter dieser ethischen Richtung ist der deutsche Philosoph Immanuel Kant. Er postulierte, dass alle Antworten auf ethische Fragen in Prinzipien gefunden werden können. Diese Prinzipien, welche selbst auferlegte Regeln sind, basieren auf der praktischen Vernunft. Diese Vernunft ermöglicht uns, selbst Ziele zu setzen, gibt uns Würde und unterscheidet uns von den Tieren, die nur ihren Trieben folgen. Durch dieses rationale Denken bekommen Handlungen einen ethischen Wert. Der daraus entstandene kategorische Imperativ gilt als Kernstück und Grundsatz seiner Ethik. Er existiert in mehreren Formen. Eine davon - die Naturgesetzformel - besagt: *„Handle nur nach derjenigen Maxime, durch die du zugleich wollen kannst, dass sie ein allgemeines Gesetz werde“*<sup>10</sup>. Nach Kant ist dieser Imperativ das einzig wichtige Prinzip, an das man sich halten soll. Diese „Maximen“ sind moralische Handlungen, die wir uns selbst auferlegen. Sie sind kategorisch, also eindeutig [27].

Beispiel für ein „Maxim“ ist „ich werde nicht zu meinem eigenen Vorteil lügen“. Eine Maxime ist ein subjektives Prinzip des Wollens und hat somit keine objektive Gültigkeit. Denn der Mensch ist kein rein vernünftiges Wesen, sondern wird von seinen Neigungen beeinflusst. Deshalb unterscheiden sich Maxime von Mensch zu Mensch. Dennoch gibt es Möglichkeiten, einer Maxime allgemeine Gültigkeit zuzusprechen. Nämlich wenn sie mit einem moralischem Gesetz zusammenfällt [34]. *„Eine Handlung aus Pflicht folgt einer aus dem moralischen Gesetz gebotenen Maxime...“*<sup>11</sup>

Nachteile dieses Zuganges sind, dass man nicht davon ausgehen kann, dass alle

---

<sup>10</sup> Kant, Ausgabe der Preußischen Akademie der Wissenschaften, Berlin 1900, S. 421

<sup>11</sup> Dieter Schönecker, Kant: Grundlegung III, München, 2016, S. 37

Menschen vernünftig sind und das Gute im Sinn haben. Es ist auch schwer für Außenstehende, die wirkliche Motivation eines Menschen zu erkennen. Oftmals weiß man nicht, ob es die Pflicht ist aus der die Person handelt, oder ob es ganz andere Beweggründe dafür gibt. Und in speziellen Fällen geraten auch die Maxime an die Grenzen des Richtigen. Als Beispiel ein Fall, wo man eine Freundin oder einen Freund bei sich versteckt, welche/r von einem/-r MörderIn gesucht wird. Die Maxime besagt man soll nicht lügen. Und doch ist es kaum vorstellbar, eine nahestehende Person zu verraten und sie anschließend womöglich auszuliefern.

### **3.2.3 Teleologie**

Die Teleologie ist im Unterschied zur Deontologie eine Folgenethik. Sie geht davon aus, dass man Handlungen als Mittel für einen bestimmten Zweck vollzieht. Solche konsequentialistischen Ethiktheorien bemessen den Wert einer Handlung demnach vor allem an ihren Folgen. Der Konsequentialismus hat einige Unterformen. Die wohl bekannteste ist der Utilitarismus. Der Grundansatz lautet hier: „eine Handlung ist besser, wenn sie zu mehr Glück und Wohl der Menschen führt“ [35].

Jeremy Bentham, einer der stärksten Präger des Utilitarismus, denkt, dass Menschen dem Streben nach Glück und der Vermeidung von Leid unterworfen sind. Bentham nennt weiters ein Kalkül für die rationale Berechnung dieses Glückes:

Das Hedonistische Kalkül [36]:

- Intensität
- Dauer
- Gewissheit oder Ungewissheit
- Nähe oder Ferne
- Folgenträglichkeit
- Reinheit
- Ausmaß

Dieser nach Bentham beschriebene Utilitarismus nennt sich auch Handlungutilitarismus. Der Handlungutilitarismus versucht herauszufinden, welche Handlungen mehr positive als negative Konsequenzen mit sich bringen. Bestimmte Situationen erfordern somit konkrete

Handlungen. Der Regelutilitarismus hingegen sucht nicht nach der richtigen Handlung, sondern den Regeln, die zum meisten Nutzen führen. So steht er der deontologischen Ethik sehr nahe. Vereinfacht stellt der Utilitarismus, wie man anhand der Etymologie des Wortes entnehmen kann (*utilitas* aus dem lateinischen – das Nutzen), eine ethische Kosten-Nutzen-Rechnung aller an der Handlung beteiligten Menschen dar [37].

Die Vorteile des Utilitarismus sind neben seiner Rationalität und Objektivität, die Unabhängigkeit von Religionen und anderen Instanzen. Dem Utilitarismus werden aber auch schwerwiegende Kritikpunkte entgegengesetzt. So kann der Satz „Der Zweck heiligt alle Mittel“ oder den von Bentham formulierten Satz „das größte Glück der größten Zahl“ nicht im Raum stehengelassen werden! Nach einem utilitaristischen Ansatz ist eine Handlung solange sie den größten Nutzen, Glück und Zweck erreicht, als richtig einzustufen. Heißt das, dass man bewusst Menschen töten darf, um dadurch mehrere Leben zu retten? Darf man wie Robin Hood reiche Menschen bestehlen, um so mehrere Arme zu speisen? Und darf eine Diktatur der Mehrheit über eine kleine Minderheit herrschen? Handelt man utilitaristisch richtig, wenn man gewisse Menschen mit vererbaren Krankheiten ausrottet, um so künftigen Generationen dieses Leid zu ersparen? Durch eine ausschließlich auf der Vernunft basierende Ethik werden oft Emotionen und die Menschlichkeit vernachlässigt. In solchen Grenzfragen berücksichtigt der Utilitarismus Handlungen nicht die unserer Moral nicht entsprechen. Als nächster Kritikpunkt gilt die Ungenauigkeit. Man kann oft nur vermuten wer, besonders bei einer großen Menge, von den gesetzten Handlungen betroffen ist. So kann der Utilitarismus keinesfalls als direkte Entscheidungsgrundlage gelten, sondern hilft eher als ein Leitfaden. Die Grenze dieses Leid-zu-Nutzen-Abwägens muss jeder Mensch für sich selbst finden. Eine unkritische Befolgung des Utilitarismus würde Menschen dazu bringen, gegen ihr Gewissen oder bestimmte Gesetze zu handeln.

### **3.3 Ethik in der Medizin**

Dieser Teil der Arbeit wird mit dem wohl bekanntesten Text bezüglich Ethik und moralischem Handeln von MedizinerInnen und ÄrztInnen begonnen: Dem Hippokratischen Eid.



*Ich schwöre, Apollon den Arzt und bei Asklepios und Hygieia und Panakeia und alle Götter und Göttinnen zu Zeugen aufrufend, dass ich nach bestem Vermögen und Urteil diesen Eid und diesen Verpflichtung erfüllen werde:*

*Den, der mich diese Kunst lehrte, meinen Eltern gleich zu achten, mit ihm den Lebensunterhalt zu teilen und ihn, wenn er Not leidet, mitzuversorgen; seine Nachkommen meinen Brüdern gleichzustellen und, wenn sie es wünschen, sie diese Kunst lehren ohne Entgelt und ohne Vertrag; Ratschlag und Vorlesung und alle übrige Belehrung der Ausbildung meinen und meines Lehrers Söhnen mitzuteilen, wie auch den Schülern, die nach ärztlichem Brauch durch den Vertrag gebunden und durch den Eid verpflichtet sind, sonst aber niemanden.*

*Meine Verordnungen werde ich treffen zu Nutz und Frommen der Kranken, nach bestem Vermögen und Urteil; ich werde sie bewahren vor Schaden und willkürlichem Unrecht.*

*Ich werde niemandem, auch nicht auf seine Bitte hin, ein tödliches Gift verabreichen oder auch nur dazu raten. Auch werde ich einer Frau nie ein Abtreibungsmittel geben.*

*Heilig und rein werde ich mein Leben und meine Kunst bewahren.*

*Auch werde ich den Blasenstein nicht operieren, sondern es denen überlassen, deren Gewerbe dies ist..*

*Welche Häuser ich betreten werde, ich will zu Nutz und Frommen der Kranken eintreten, mich enthalten jedes willkürlichen Unrechtes und jeder anderen Schädigung, auch alle Werke der Wollust an den Leibern von Frauen und Männern, Freien und Sklaven.*

*Was ich bei der Behandlung sehe oder höre oder auch Außerhalb der Behandlung im Leben der Menschen, werde ich, soweit man es nicht ausplaudern darf, verschweigen und solches als ein Geheimnis betrachten.*

*Wenn ich nun diesen Eid erfülle und nicht verletze, möge mir im Leben und in der Kunst Erfolg zuteil werden und Ruhm bei allen Menschen bis in ewige Zeiten; wenn ich ihn übertrete und meineidig werde, das Gegenteil.*<sup>12</sup>

Obwohl der Eid in Österreich und den meisten Ländern Europas nicht mehr geschworen wird und somit nicht rechtskräftig ist, gilt er dennoch als zentrales Stück der medizinischen und vor allem ärztlichen Ethik. Wenn man diesen, über 1000 Jahre alten, Schwur aus heutigen Ansichten von ÄrztInnen betrachtet, so sind neben vielen obsoleten Punkten einige aber noch immer aktuell. Die Schweigepflicht, die im österreichischen ÄrztInnengesetz niedergeschrieben ist, oder das im dritten Absatz erwähnte „*bewahren vor Schaden und willkürlichen Unrecht*“, was dem heutigen „*primum nihil nocere*“ gleicht. Auch aktuell diskutierte Themen wie Sterbehilfe und Abtreibungsfragen finden hier klare Richtlinien. Im Gegensatz dazu, ist beispielsweise die Stelle „*ich werde nicht operieren*“ nicht mehr passend, da die Chirurgie heutzutage ein ärztliches Handwerk ist. Der Eid zählt, wie oben zitiert oder in abgeänderter Form, immer noch zur Abschlusszeremonie in manchen Ländern.

Der Hippokratische Eid stößt in den modernen Zeiten oft an seine Grenzen und ist schlichtweg nicht mehr zeitgemäß. Aus diesem Grund führte der Weltärzte Verband 1948 die Genfer Deklaration ein. Nach einigen Revisionen im Jahre 1968, 1983, 1994, 2005 und 2006 lautet der Text wie folgt [38]:

*Bei meiner Aufnahme in den ärztlichen Beruf gelobe ich feierlich:*

*Ich werde mein Leben in den Dienst der Menschlichkeit stellen.*

*Ich werde meinen Lehrerinnen und Lehrern die ihnen gebührende Achtung und Dankbarkeit erweisen.*

*Ich werde meinen Beruf nach bestem Gewissen und mit Würde ausüben. Die Gesundheit meiner Patientin oder meines Patienten wird mein oberstes Anliegen sein.*

*Ich werde die mir anvertrauten Geheimnisse auch über den Tod der Patientin oder des Patienten hinaus wahren.*

---

<sup>12</sup> Pschyrembel Klinisches Wörterbuch 2013, de Gruyter 2012, S. 892

*Ich werde mit allen in meiner Macht stehenden Mitteln die Ehre und die edlen Traditionen des ärztlichen Berufes aufrechterhalten.*

*Meine Kolleginnen und Kollegen werden meine Schwestern und Brüder sein.*

*Ich werde mich bei der Erfüllung meiner ärztlichen Pflichten meiner Patientin oder meinem Patienten gegenüber nicht durch Alter, Krankheit oder Behinderung, Glaube, ethnische Herkunft, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, politische Zugehörigkeit, Rasse, sexuelle Orientierung, soziale Stellung oder durch andere Faktoren beeinflussen lassen.*

*Ich werde den höchsten Respekt vor menschlichem Leben wahren.*

*Ich werde, selbst unter Bedrohung, meine medizinische Kenntnisse nicht zur Verletzung von Menschenrechten und bürgerlichen Freiheiten anwenden.*

*Ich gelobe dies feierlich, aus freien Stücken und bei meiner Ehre.<sup>13</sup>*

Ethik spielt seit jeher eine zentrale Rolle für MedizinerInnen. Das enge Band zwischen dem ärztlichen Beruf und der Ethik unterliegt stark der zwischenmenschlichen Beziehung. Dass der Mensch seinen FreundInnen und der Familie hilft, ist naheliegend. Doch sobald sich dieser Punkt ändert, sobald an die Stelle eines/-er Freundes/-in oder eines/-er Verwandten ein Fremde oder Fremder tritt, denken wir Menschen um. Muss genau ich diesem/-er Fremden helfen? Was habe ich davon? Ich habe mit dem doch nichts zu tun. ÄrztInnen sind in ihrem Beruf dazu verpflichtet, allen zu helfen. Sie müssen das höchste Wohl der PatientInnen als Ziel haben, unabhängig ihrer Gefühle oder Emotionen gegenüber dem/-er Konsultierenden. Vielleicht ist das ein Grund, warum die Ethik die Medizin seit Anbeginn begleitet.

Beim Medizinstudium in Graz ist Ethik zwar vor, während und am Ende des Studiums präsent, doch wird das Thema verglichen mit anderen Kapiteln nur oberflächlich behandelt. Bereits beim Aufnahmetest an der medizinischen Universität Graz gibt es einen Teil „sozial-emotionale Kompetenzen“, der die angehenden Studierenden von Anfang an mit dem Thema Ethik konfrontiert. Dieser Teil setzt sich aus zwei Aufgaben zusammen. In der ersten Aufgabe „soziales Entscheiden“ müssen die Prüflinge Entscheidungen im sozialen Kontext der Bedeutung nach reihen. Die zweite Aufgabe „Emotionen erkennen“ verlangt von den Studierenden, anhand einer Beschreibung einer Person und Situation zu

---

<sup>13</sup> Weltärztebund, Deklaration von Genf, Frankreich, Mai 2006

erkennen, was diese Person wirklich fühlt. Im Studienplan ist das Thema Ethik weiters durch die Seminare „Kommunikation, Supervision und Reflexion (KSR)“ präsent. Besonders durch die Seminare KSR II und IV – Ethik in der Medizin“ werden die Grundlagen der Ethik vermittelt. Und zu guter Letzt - auch bei den feierlichen Abschlüssen der Universität, den Promotionszeremonien, wird ein ethischer Schwur, eine eigene Version des Genfer Gelöbnisses, gelobt [39].

### **3.4 In der Notfallmedizin**

Das österreichische Sanitäter-Gesetz gibt als Grundlage für die Ausbildung zum/zur RettungssanitäterIn nur die Absolvierung der allgemeinen Schulpflicht, ausreichende Deutschkenntnisse sowie physische und psychische Belastbarkeit an. Menschen mit unterschiedlichster Herkunft, Ausbildung, politischer Meinung, Werten und Lebenserfahrung treffen hier zusammen. Das impliziert natürlich eine völlig inhomogene Moral und Wertvorstellung [7].

Der Verein über den ich den Zugang zum Rettungsdienst und zur Notfallmedizin bekam ist das österreichische Rote Kreuz. Dieses lehrt seinen MitarbeiterInnen in der Grundausbildung durch ihre 1965 eingeführten sieben Grundsätze (zusammen mit der Rothalbmond Bewegung) moralisches Handeln und Denken (siehe unten) [40]. Jedoch ist Moral und Ethik nicht das Gleiche. Auf das Thema Ethik wird in der Grundausbildung zum/zur RettungssanitäterIn beim Roten Kreuz kaum eingegangen. Im Rahmen weiterführender Ausbildungen wie zum Beispiel dem/-er NotfallsanitäterIn wird dem Thema ein wenig mehr Achtung geschenkt. Im Vergleich zu anderen Themen ist es aber dennoch eher oberflächlich und mangelhaft aufgearbeitet.

- Menschlichkeit: das Ziel ist es, menschliches Leiden immer und überall zu vermeiden. Leben, Gesundheit und Würde gilt es zu schützen.
- Unparteilichkeit: Kein Unterschied der Menschen durch Nationalität, Religion, Rasse, sozialer oder politischer Stellung. Dem Menschen wird nach Maß seiner Not geholfen - die dringendsten Fälle erhalten den Vorrang.

- Neutralität: Vertrauen durch Enthaltung von politischen, religiösen, rassistischen oder ideologischen Auseinandersetzungen.
- Unabhängigkeit: Niemandem angehören, um so die eigene Ideologie verfolgen zu können.
- Freiwilligkeit: Die Hilfe ist uneigennützig - es gibt keinen Gewinn oder Nutzen dahinter.
- Einheit: in jedem Land ist das Rote Kreuz einzigartig und für alle offen.
- Universalität: die Organisation ist weltumfassend. Gleiche Rechte und Pflichten für alle.

Rettungspersonal und NotärztInnen sind täglich mit medizinischen, rechtlichen und sozialetischen Anforderungen konfrontiert. Sie müssen täglich unter Berücksichtigung des Rechts medizinisch korrekt handeln, Patientinnenwünsche respektieren und ein Beispiel für hilfsbereites Handeln darstellen. Und Ethik wird von vielen Autoren als die Theorie für das richtige Handeln, in der Notfallmedizin zu helfen, bezeichnet [41].

Im Rettungsdienst ist die Versorgung, die Gesundheit der NotfallpatientInnen und die Abwehr der vitalen Bedrohung das Wichtigste. Jedoch sind auch ethische Punkte wie Freiheit, Würde und Wille zu beachten. So muss das Personal des Rettungsdienstes die PatientInnen primär sachgerecht medizinisch versorgen. Doch endet hier der Einsatz noch nicht. Auch die anderen Rechtsgüter gilt es zu schützen. Die persönliche Auseinandersetzung mit ethischen Handlungs- und Entscheidungsgrundlagen ist deshalb unumgänglich. Dieser wichtige Punkt gilt vor allem der Selbstreflexion. Jeder/jede SanitäterIn sollte sich stets fragen „habe ich richtig gehandelt“? Diese Fähigkeit ist neben einer Team- und Anpassungsfähigkeit eine Grundvoraussetzung für eine hohe Qualität des Rettungspersonals. Regelmäßige Fortbildungen, nicht nur im medizinischen, sondern auch in diesem Bereich sind unumgänglich.

Im Rahmen meiner Tätigkeit als Vorsitz eines Referates beim Medizinercorps konnte ich auch viel über ethische Probleme notfallmedizinischer Intuitionen diskutieren. Das Jumbosystem, das ausschließlich Notfälle versorgt, ist für die Bezirksstelle Graz-Stadt eine finanzielle Belastung im Vergleich zu den Rettungstransportwägen, die meist Krankentransporte übernehmen. Des Öfteren wird an manchen Ecken über Einsparungen diskutiert. Doch sind Diskussionen über Einsparungen in diesem Bereich nach moralischen Ansichten des Roten Kreuzes kaum vertretbar. Was zu einem Profit für den Verein führen würde, bringt volkswirtschaftlich das genaue Gegenteil. Durch Sparmaßnahmen kann die optimale Versorgung nicht mehr garantiert werden und Folgeschäden für die PatientInnen entstehen. Dies wiederum verursacht höhere Kosten durch Arbeitsunfähigkeit oder längere Krankenstände und Rehabilitationen. Weiters würde ein solches Denken den Grundsätzen des Roten Kreuzes wie „Freiwilligkeit“ widersprechen. Diese Entwicklung zum marktorientierten Geschäftsmodell ist aber nicht nur die Schuld des Vereins, sondern auch höchstwahrscheinlich die Folge erhöhten Konkurrenzdruckes. Hier sollte umgedacht werden. Denn der Rettungsdienst ist kein Geschäft, sondern ein Auftrag, der einem durch die Gemeinde übertragen wurde (diese „Freiwilligkeit“ darf auch nicht grenzenlos definiert werden – eine Organisation kann schließlich nicht ausschließlich nach dem PatientInnenwohl handeln, sondern muss auch wirtschaftlich denken).

Doch sollte bei der Verfolgung des Ansatzes alles Menschenmögliche für NotfallpatientInnen zu tun, die Humanität nicht außer Acht gelassen werden. Ungeachtet des Alters, der Vorerkrankungen oder der Prognose wird oft die Frage nach dem Sinn der Handlung vergessen. Verschlimmerung des Leidens, Wachkoma und schwere neurologische Defizite werden so, durch die Behandlung, oft produziert.

### **3.5 Ethische Fragen im Rahmen der Wiederbelebung**

Notfallteams werden immer wieder mit fordernden und speziellen Situationen konfrontiert. Vor allem die Wiederbelebung, die kardio-pulmonale Reanimation (CPR) ist hier hervorzuheben. NotärztInnen und Rettungspersonal stehen im Rahmen der CPR oft vor den schwierigsten Entscheidungen. Gründe für einen Start und auch Entscheidungen zum Abbruch der Reanimationen sind bewusst und wohl überlegt zu treffen.

Bereits beim Start der Wiederbelebung spielt das Setting zu CPR im Krankenhaus einen enormen Unterschied. Im innerklinischen Bereich sind die PatientInnen für die ÄrztInnen wie ein offenes Buch. Das betreuende medizinische Personal kennt die genaue Anamnese sowie Vorerkrankungen und Medikamentenliste der PatientInnen. Das Procedere ist meist durch mehrere Fachbereiche beschlossen und allen bekannt. Das präklinische Setting, wo der/die Notarzt/Notärztin zu oftmals völlig unbekanntem PatientInnen kommt, ist total konträr. Neben der Unwissenheit über Anamnese und Vorerkrankungen ist der/die NA hier völlig alleine. Keine Ethik-Kommission, keine anderen FachärztInnen stehen ihm bei seiner Entscheidung bei. Den NotärztInnen alleine obliegt die gesamte medizinische Entscheidungskompetenz. Zudem ist die Entscheidung über Start der CPR schon von der ersteintreffenden Rettungsmannschaft getätigt. Die SanitäterInnen sind verpflichtet, mit der Wiederbelebung zu beginnen, wenn noch keine sicheren Todeszeichen vorliegen. Diese sind (1) Totenstarre, (2) Totenflecken, (3) Fäulnis oder Verwesung oder (4) mit dem Leben nicht vereinbare Verletzungen [42]. Sind diese jedoch gegeben, darf der/die SanitäterIn vorläufig, bis ein/e Arzt/Ärztin offiziell, den Tod feststellen.

Auf Grund der alternden Gesellschaft und der besseren medizinischen Versorgung stehen NotärztInnen vor immer schwierigeren Entscheidungen. „Aussichtslosigkeit“ oder „keine hohe Überlebenschance“ sind Begriffe, die nicht immer leicht zu entscheiden sind. Natürlich gibt es auch Fälle, die ziemlich eindeutig sind. Immobilität mit infausten Vorerkrankungen beispielweise sollten nicht viel Platz für Überlegungen lassen. Hier sollte der Sterbeprozess nicht unnötig unterbrochen werden. Der Beginn einer Reanimation muss nämlich nicht zwingend richtig sein. So können oft derartige Maßnahmen auch das Leiden verlängern oder es sogar verschlimmern. Man denke an Wachkomas, die durch das nicht Sterben herbeigeführt werden können.

Die Medizin weiß, dass bereits wenige Sekunden nach Stillstand des Kreislaufs, bedingt durch Ineffektivität des Herzens Blut in die Organe zu pumpen, ein Sauerstoffmangel auftritt. Dieser Mangel führt in unserem Gehirn schnell zu einer Bewusstlosigkeit und nach wenigen Minuten zu einer irreparablen Schädigung. Ziel der CPR ist es, diesen Vorgang mittels Herzdruckmassage und Beatmung zu unterbinden. Die Indikation zur kardial-pulmonalen Wiederbelebung ist mit dem Herzkreislaufstillstand gegeben. Kontraindikationen bieten nur die beschriebenen, sicheren Todeszeichen. Neben den sicheren Todeszeichen bieten nur finale Krankheitszustände oder lange Hypoxien den



NotärztInnen Anlass zum Unterlassen der Wiederbelebung. Diese bloßen Gründe reichen aber für das Sanitätspersonal nicht aus, um die Maßnahmen der Reanimation zu unterlassen.

Erfahrene SanitäterInnen würden in solchen Situationen dennoch eigenverantwortlich handeln und von der CPR absehen. Doch muss diese Entscheidung vom ganzen Team getragen werden. Zu hoch ist die Wahrscheinlichkeit, dass eine solche Entscheidung vor höheren medizinischen Instanzen verteidigt werden muss. Diese Tatsache stellt die SanitäterInnen vor eine ethische Frage. Wird der/die PatientIn reanimiert, passiert dem/der RettungssanitäterIn rechtlich nichts, jedoch sieht ein friedliches und würdevolles Ende für PatientInnen und seine Angehörigen anders aus. Da ein Reanimationsbeginn trotz „in fauster“ Ausgangslage dem PatientInnenwohl eher schaden als dienen, ist dieser ethisch kaum vertretbar. Die ERC schiebt in ihrem Kapitel Ethik: *Eine aussichtslose Wiederbelebung durchzuführen, um damit der Trauer und den Bedürfnissen "wichtiger Personen" zu entsprechen, ist sowohl irreführend als auch paternalistisch und somit ethisch unseriös.*<sup>14</sup>

Auf der anderen Seite, bei Unterlassung der CPR, begibt der/die SanitäterIn sich aus seinem/ihrem rechtlichen Rahmen und macht sich angreifbar. Dennoch sollte und muss es eine Patientengruppe geben, die im Falle eines Stillstandes keine Wiederbelebung erfährt. Wann sollte man als SanitäterIn also von der Reanimation absehen? Welche Faktoren müssen gegeben sein? Hier scheint eine entsprechende Schulung der Pflegekräfte oder Angehöriger über den Ablauf des Todes sinnvoll. Weiters ist das Pflegepersonal und Angehörige von PatientInnen, die zum Sterben nach Hause entlassen werden, über das DNR-Formular (Do Not Resuscitate) aufzuklären. Diese nur in schriftlicher Form wirkende ärztliche Anweisung ist in unmittelbarer Nähe von PatientInnen aufzubewahren und ist beim Eintreffen des Rettungspersonals vorzuweisen. Durch diese Schulung würden die den/die Patienten/Patientin betreuenden Menschen eher auf einen Notruf verzichten bzw. dem/-r Patienten/-in die Wiederbelebungsmaßnahmen ersparen und auch den SanitäternInnen ein moralisches Dilemma. Denn sowohl die ÄrztInnen als auch SanitäterInnen treffen am Einsatzort auf ihnen unbekannte PatientInnen mit einem Stillstand und müssen umgehend

---

<sup>14</sup> ERC Leitlinien 2015, Ethik in der Reanimation und Entscheidungen am Lebensende, Kapitel 11, S. 1041



eine Entscheidung treffen. Allenfalls können Verzögerungen zwischen Leben und Tod entscheiden.

Wie bereits zuvor erwähnt treten im menschlichen Gehirn nach nur ca. drei Minuten ohne adäquater Sauerstoffversorgung, irreversible Schäden auf. Das Myokard kann die Hypoxie, die Zeit der Mangelversorgung mit Sauerstoff, besser vertragen. Das führt in manchen Fällen dazu, dass PatientInnen nach einem Herzkreislaufstillstand das Krankenhaus mit einem funktionierenden Kreislauf, aber mit unterschiedlich schweren Hirnschäden verlassen. Diese Schäden können von leichten neurologischen Defiziten wie Sprachstörungen bis hin zum apallischen Syndrom reichen. Eine definitive Vorhersage über die Prognose der PatientInnen während oder vor der CPR ist unsicher und schlicht unmöglich. Laut den European Resuscitation Council (ERC) Guidelines versterben zwei Drittel der PatientInnen, die wegen einem prähospitalen Kreislaufstillstand in das Krankenhaus eingeliefert werden, an neurologischen Schäden des Gehirns. Dieses ERC präsentierte auch eine Studie mit 796 Überlebenden eines Kreislaufstillstandes außerhalb des Krankenhauses. Von diesen konnten 76,6% wieder eine Arbeit aufnehmen und litten nur an milden kognitiven Einschränkungen. Isoliert gelesen klingt das gut. In weiteren Kapiteln wird aber klargestellt, dass gesamt 70-95% der Reanimationsversuche ohne Erfolg bleiben. Die meisten versterben vor dem Erreichen des Krankenhauses, oder auf der Intensivstation [43].

Wenn man sich ausschließlich an diesen nüchternen Zahlen orientiert, geht hervor, dass durch die Reanimationen viele Kosten entstehen können, die die gesamte Volkswirtschaft belasten. Zwar besteht die Möglichkeit, aber in Wahrheit können nur wenige Menschen in ihren gelernten Beruf als normale Arbeitskraft zurückkehren. Dies bringt dem System eher Kosten als Vorteile. Der Aufwand für die Wiederbelebung lässt sich so nur im Sinne einer sozialen Dienstleistung rechtfertigen, nicht aber im Sinne einer kapitalistisch orientierten Volkswirtschaft.

Mit dem Wissen über die potentielle Gefahr von schwerer Behinderung und Anweisung auf lebenslange Pflege, was neben psychischer Belastung der Familie auch finanzielle Implikationen haben würde, wollen manche Menschen die Intervention ablehnen. Diese Möglichkeit gibt ihnen eine PatientInnenverfügung. Dieses Verfügungs-Gesetz wurde in einem Bundesgesetzblatt am 8. Mai 2006 verankert. Dort wird zwischen einer verbindlichen

und einer beachtlichen Verfügung unterschieden. In § 4-7 wird über Inhalt, Aufklärung, Einrichtung und Erneuerung die verbindliche Verfügung definiert. Hier heißt es zusammengefasst [44]:

- Für eine verbindliche Verfügung müssen Inhalte der Behandlungen korrekt beschrieben sein oder aus dem Gesamtzusammenhang hervorgehen. Weiters muss hervorgehen, dass der/die PatientIn die Folgen zutreffend einschätzt.
- Die Verfügung benötigt eine Information über Wesen und Folgen der medizinischen Behandlungen, zudem ob und auch aus welchen Gründen der Patient die Folgen der PatientInnenverfügung zutreffend einschätzt. Für den Teil der Aufklärung muss auch eine Urteilsfähigkeit und eigenständige Unterschrift vorliegen.
- Sie muss nach umfassender Aufklärung der PatientInnen schriftlich unter Angabe des Datums von einem/einer Rechtsanwalt/anwältin, einem/einer NotarIn oder einem/einer rechtskundigen MitarbeiterIn der PatientInnenvertretungen errichtet worden sein.
- Die Verfügung verliert nach bestimmter Laufzeit oder maximal fünf Jahren ihre Verbindlichkeit. Sie kann aber nach ärztlicher Aufklärung für eine weitere Frist erneuert werden. Auch nachträgliche veränderte Inhalte verlangen eine Erneuerung.

Die beachtliche Verfügung muss diese Auflagen nicht erfüllen. Sie ist umso beachtlicher je eher sie der verbindlichen Verfügung nahekommt. Beide Verfügungen äußern jedoch den PatientInnenwillen und sind in die ärztliche Behandlung einzubeziehen. Für medizinische Notfälle steht der § 12: *Dieses Bundesgesetz lässt medizinische Notfallversorgung unberührt, sofern der mit der Suche nach einer Patientenverfügung verbundene Zeitaufwand das Leben oder die Gesundheit des Patienten ernstlich gefährdet.* <sup>15</sup>

Dieser Paragraph für die Präklinik hat also nur zu bedeuten, dass die Maßnahmen im Rahmen der Erstversorgung nur dann nicht begonnen werden, wenn das Blatt physisch vorliegt. Gesagt sei aber auch, dass wenn nach Anfang der (z. B. Reanimations-) Maßnahmen die Verfügung aufgefunden wird, diese abubrechen sind [44]. Das Gesetz wurde vor nicht allzu langer Zeit aufgesetzt und ist vielen Menschen nicht bekannt. Da die

---

<sup>15</sup> RIS – Gesamte Rechtsvorschrift für Patientenverfügungs Gesetz §12, abgerufen 30.10.2017

Anzahl von Fällen der Sterbehilfe, Palliativmedizin und Geriatrie aber zunehmend an Bedeutung gewinnen ist es nötig, die Bevölkerung aufzuklären. Neben der Aufklärung sind auch neue Systeme zu etablieren, zum Beispiel digitale Systeme mit Datenbanken als ein Ansatz.

Im Schnitt trifft ein Rettungsteam bei NotfallpatientInnen in Graz binnen 10 Minuten ein. Bei einer Wiederbelebung ohne Laienreanimation kommt die Hilfe somit viel zu spät um bleibende Schäden zu verhindern zu können. Der wichtigste Faktor bei einer CPR die Überlebenschancen zu erhöhen, sind ErsthelferInnen. Sie können den Kreislauf bis zum Eintreffen des Rettungsteams mit einer Herzdruckmassage fortsetzen. Dadurch wird die Basis der weiteren Therapiemöglichkeiten gelegt. Dennoch ist die Zahl der NotfallpatientInnen, die bei Eintreffen des Rettungspersonals Basismaßnahmen erhalten haben, gering. Wie kann die Bereitschaft zu helfen bei den Menschen gesteigert werden? Verpflichtende Kurse in Firmen, beim Führerschein, umfassende Aufklärungen und andere Maßnahmen bewirkten bis jetzt noch keine großen Veränderungen in der Hilfsbereitschaft. Der Umgang mit den drei Gruppen von ErsthelferInnen, die im Szenario einer Reanimation angetroffen werden können, werden im Folgenden besprochen [17].

#### Willige HelferInnen:

In diese Gruppe fallen Menschen mit hoher Zivilcourage, die ohne zu zögern anpacken und helfen. Sie handeln im Ernstfall nach ihrem besten Wissen. Die Aufgabe des Rettungsteams ist es, ihnen ein Feedback und positive anerkennende Rückmeldung zu geben. Bei erfolgreichen Einsätzen als Beispiel: „Vielen Dank für ihre Mithilfe. Sie haben das Überleben des/der Patienten/Patientin erst ermöglicht“. Bei Misserfolgen sind sie trotzdem zu bestärken: „Sie haben ihr Bestes gegeben. Ohne sie hätte der/die PatientIn noch viel geringere Chancen gehabt“. Somit wird erreicht, dass sie auch beim nächsten Mal wieder anpacken und einem Menschen das Leben retten [49].

#### Die „nicht helfenden ZuseherInnen“:

Diese Gruppe von Menschen ist jedem, in der präklinischen Notfallmedizin Arbeitenden, bekannt. Diese Menschen zeigen ein Potential von Hilfsbereitschaft. Sie wenden sich nicht ab und ignorieren den Hilfsbedürftigen nicht. Man kann sie mit kleinen organisatorischen Aufgaben in den Einsatz miteinbeziehen. Einweisen von nachkommenden Teams, Datenerhebung, oder das Halten von Infusionen sind als Beispiel zu nennen. Von der

Übergabe von medizinischen Tätigkeiten sei aus juristischen und versicherungstechnischen Gründen eher abzuraten. Durch ihr Einbringen erhalten sie ein positives Gefühl, aktiv am Einsatz beteiligt zu sein.

#### Angehörige:

Die wohl schwierigste Gruppe um einen guten Ansatz zu finden. Das Einbeziehen in den Einsatz kommt wohl nicht in Frage. Zu hoch ist die psychische Belastung. Das Szenario einer Reanimation ist den wenigsten zumutbar. Ob man die Angehörigen in einen Nebenraum bitten oder sie im Raum lässt um zu zeigen, dass alles Menschenmögliche zur Rettung versucht wird, muss vor Ort individuell durch das Team entschieden werden. Je nach Ausgang, egal ob positiv oder negativ, ist am Ende des Einsatzes ein strukturiertes Gespräch mit den Angehörigen zwingend nötig und gehört klar zum Tätigkeitsbereich der NotärztInnen. Wenn sich ein Team zur Wiederbelebung entscheidet, muss diese vollständig sein. Denn Scheinreanimationen sind völlig umsonst.

*Eine aussichtslose Behandlung zu beginnen, weckt bei Familie und Patient eventuell falsche Hoffnungen, wodurch die Fähigkeit des Patienten zu rationaler Beurteilung und Autonomie untergraben werden kann... Das behandelnde Team muss erklären, dass die Entscheidung, nicht mit der Wiederbelebung zu beginnen, keinesfalls bedeutet, aufzugeben oder den Patienten zu ignorieren bzw. im Stich zu lassen, sondern dass beabsichtigt wird, den Patienten vor Schaden zu bewahren sowie Wohlergehen und Lebensqualität zu maximieren.<sup>16</sup>*

Was sind nun aber Gründe, eine Reanimation abubrechen oder sie erst gar nicht zu starten? Einen Ansatz liefert die ERC: *Professionelle Helfer sollen erwägen, bei Kindern und Erwachsenen eine Reanimation nicht zu beginnen oder abubrechen, wenn:*

- *die Sicherheit des Helfers nicht länger gewährleistet ist,*
- *eine offensichtlich tödliche Verletzung vorliegt oder der irreversible Tod eingetreten ist,*
- *eine gültige und zutreffende Vorausverfügung vorliegt,*

---

<sup>16</sup> ERC Leitlinien 2015, Ethik in der Reanimation und Entscheidungen am Lebensende, Kapitel 11, S. 1037

- *es einen anderen starken Hinweis darauf gibt, dass weitere Reanimationsmaßnahmen gegen die Wertvorstellungen und Präferenzen des Patienten verstoßen würden oder die Maßnahmen als aussichtslos betrachtet werden,*
- *trotz laufender erweiterter Maßnahmen und ohne reversible Ursache eine Asystolie länger als 20 min besteht.* <sup>17</sup>

Diese Richtlinie beantwortet zwar nicht alle Fragen, stellt aber klar, dass Entscheidungen CPR-Maßnahmen zu beginnen oder abubrechen in jedem Fall gut begründet sein müssen.

In der Triage stellt die Wiederbelebung eine spezielle Situation dar. Eine Reanimation benötigt neben einem/einer Notarzt/Notärztin und mehreren HelferInnen eine enorme Menge an Ressourcen und Geräten. Diese sind auch einige Zeit an diesen/diese Patienten/Patientin gebunden (Atemwegssicherung, Beatmung, venöse Zugänge, Medikamente, Monitoring, Defibrillator, etc.). Im Falle eines Einsatzes, wo die Zahl der Verletzten die maximale Anzahl der durch die Rettungskräfte versorgbaren PatientInnen übersteigt, wird Triage und Allokation angewandt. Die individuelle PatientInnenversorgung, ein RTW Team pro PatientIn, kann also nicht mehr garantiert werden. Die Triage hat das Ziel, möglichst viele PatientInnen möglichst gut zu versorgen. Herzkreislaufstillstände im Rahmen eines Großunfalls oder einer Katastrophe sind meist traumatisch bedingt. PatientInnen mit einem Stillstand nach Traumata haben eine sehr geringe Überlebenschance (nach Quellen unterschiedlich <5%). Sowohl die geringe Chance der PatientInnen als auch die nötige Menge der Ressourcen führen dazu, keine Reanimationsmaßnahmen bei der Triage durchzuführen. Wenngleich das Ziel der medizinischen Behandlung immer die optimale Versorgung des/der Patienten/Patientin sein sollte, muss in Szenarien mit Ressourcenmangel umgedacht werden. Die Rettung und Wiederherstellung der Gesundheit möglichst vieler Menschen haben dann die höchste Priorität. Priorisiert werden dann nicht mehr die bestmögliche Einzelversorgung oder PatientInnen mit geringeren Überlebenschancen, sondern PatientInnen mit einer höheren Überlebenschance. Um diese Chancen einzuschätzen, werden PatientInnen mittels PLS

---

<sup>17</sup> ERC Leitlinien 2015, Ethik in der Reanimation und Entscheidungen am Lebensende, Kapitel 11, S. 1040

triiert, ehe sie nach einer eventuell stattfindenden Behandlung abtransportiert werden.

### 3.6 Ethik bei Triage und Allokation

*„Die Verknappung der Ressourcen, das Missverhältnis von Behandlungsnotwendigkeiten gegenüber Behandlungsmöglichkeiten ... macht eine Priorisierung erforderlich, die regelt, wer zunächst und zuerst von Ressourcen profitiert - und wem sie vorenthalten werden müssen. ... Ethisch verantwortetes Handeln kann unter diesen Umständen auf Priorisierung (im Rahmen einer Sichtung oder Triage) nicht verzichten. Die Kriterien für die Priorisierung müssen vor der Katastrophe in einem transparenten Verfahren definiert und veröffentlicht sein. Die adäquate Vorbereitung auf eine Katastrophe beinhaltet die Festlegung darauf, wer die Priorisierung konkret durchführt und verantwortet.“<sup>18</sup>*

Der notfallmedizinische Ansatz in einem Großunfall oder einer Katastrophe ist, auch wenn nirgendwo explizit beschrieben, rein utilitaristisch. Er zielt darauf, möglichst viele PatientInnen zu retten, auch wenn für deren Wohl, andere sterben müssen. Der Ansatz wird durch Aussagen wie „dadurch ist eine größere Anzahl an PatientInnen zu retten“ bestärkt. Das Szenario eines/einer reanimationspflichtigen Patienten/Patientin wurde bereits besprochen. Die Menge an Ressourcen und eine minimale Überlebenschance sprechen in einer Überlastungsphase dagegen. Zum Zeitpunkt des Auffindens sind sie bereits tot. Anders sieht das bei speziellen Szenarien aus. Beim Einsturz eines Gebäudes beispielsweise, bei dem unklar ist, wie viele PatientInnen noch von der Feuerwehr zum Behandlungsplatz gebracht werden. Sind keine anderen zu behandelnden PatientInnen vor Ort und eine Person mit Herzstillstand wird aus dem Gebäude gerettet, spricht nichts gegen eine Reanimation. Diese müsste erst abgebrochen werden, wenn plötzlich eine überfordernde Menge an Schwerverletzten folgt – dies wäre dann auch der Zeitpunkt des Todes dieser PatientInnen. Kompliziert wird es in einem Katastrophenfall. In der Katastrophe gibt es neben den bekannten drei Triage-Gruppen eine vierte Gruppe. Die der PatientInnen mit „geringe Überlebenschance“, früher oder in manchen Werken auch als „Hoffnungslose“ bezeichnet. Zuerst eine kurze Analyse der zwei Termini, die den PatientInnen völlig unterschiedliche Möglichkeiten bieten. Der Terminus „hoffnungslose/r

---

<sup>18</sup> Katastrophenmedizin – Leitfadens für ärztliche Versorgung, Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe, 6. Auflage, 2013, S. 26

PatientIn“ bezeichnet Todgeweihte, während PatientInnen mit geringen Chance doch ein positives Outcome haben können. Diese neue Bezeichnung gibt den PatientInnen also eine Überlebenschance. Doch welche Umstände ordnen PatientInnen in diese Gruppe ein? Ist es eine offensichtlich nicht zu überlebende Verletzung, oder die Rahmenbedingungen der Katastrophe – vor allem die Allokation – die dazu führen? Ist es die Vielzahl der anderen verletzten PatientInnen, die die nötige intensive Betreuung des/der Patienten/Patientin nicht zulässt und nicht die individuelle Diagnose, so liegt eine klare Priorisierung der Mehrheit vor. So müssen PatientInnen eine Zurückstufung wegen utilitaristischer Rechtfertigung akzeptieren.

Nach diesem utilitaristischen Ansatz wäre es wenig sinnvoll, Personal, Zeit und Material an eine Person zu binden, wenn mit den gleichen Mitteln mehrere andere PatientInnen versorgt werden könnten. Da sowohl dem komplexen Einzelfall als auch den leichter verletzten Personen durch Verzögerung der Behandlung eine Verschlechterung des Zustandsbildes droht, bleibt als Kernfrage übrig, ob das Leben mehrerer mehr Wert ist, als das des/der Einzelnen. Wird so möglichst wenig Leid erzeugt? Ein amerikanischer Ethiker, John Taurek beschreibt in seinem Gedankenexperiment die Versorgung sechs verletzter PatientInnen bei beschränkten Ressourcen. Mit diesen Ressourcen an Medikamenten kann man entweder fünf Patienten retten oder David, der alleine alle Medikamente benötigen würde. Wem gilt es zu retten? Was ist das geringere Leid? „*Worse for whom?*“<sup>19</sup>. Taurek betrachtet das Szenario von vielen Sichtweisen und zwingt den/die LeserIn mit kleinen Veränderungen des Inhalts (einmal kennt der Leser David, einmal gehören David selbst die Medikamente) sich genauer mit dem Thema auseinanderzusetzen und dieses zu überdenken. Der Verlust von fünf Leben erzeugt laut Taurek kein größeres Leid, als der Verlust eines einzelnen Lebens. Denn Keiner und Keine der fünf Patienten erleide das größere Leid oder den größeren Verlust als der/die Einzelne – nämlich den des eigenen Lebens. Leid ist nicht addierbar und auch nicht der Wert jedes einzelnen Lebens. Diese ist unendlich groß. Und Unendlichkeit ist nicht addierbar. Taurek sieht als Lösungsvorschlag den Münzwurf, um so jedem die gleiche Chance zu bieten – ob das richtig ist, erscheint fraglich [48].

---

<sup>19</sup> Should the number count?, John Taurek, Philosophy and Public Affairs, Vol. 6, No. 4, p. 299



Betrachtet man diese Thematik deontologisch indem man die Leitsprüche des Rettungsdienstes, dem Roten Kreuz, als Dogmen setzt, entstehen andere Perspektiven. Folgt man den moralischen Geboten, in diesem Fall den sieben Grundsätzen, speziell dem der Unparteilichkeit, stellt sich die Reihenfolge auf den Kopf. *Unparteilichkeit: Die Rotkreuz- und Rothalbmond-Bewegung unterscheidet nicht nach Nationalität, Rasse, Religion, sozialer Stellung oder politischer Überzeugung. Sie ist einzig bemüht, den Menschen nach dem Maß ihrer Not zu helfen und dabei den dringendsten Fällen den Vorrang zu geben* <sup>20</sup>. Die dringendsten Fälle zuerst würde nach deontologischem Ansatz bedeuten, man handelt in einer Katastrophe richtig, wenn man die Gruppe vier und die Reanimationspflichtigen priorisiert.

Die präklinische Triage stellt für das Personal der jeweiligen Organisation eine enorme Belastung dar. Tragische Geschehnisse können psychische Traumatisierungen auslösen. Gerade Teams mit der Aufgabe der Ersteinschätzung bei einem Großunfall oder Katastrophe, die eine enorme Anzahl an Verletzten sichten und einschätzen müssen, sind stark belastet. Zu entscheiden, wer zuerst Hilfe bekommt, wer länger warten muss und für wen es zu spät ist, geht an die Grenze der psychischen Belastbarkeit. Hilferufe, Bitten, Verzweiflung und viel Schmerz an einem Ort. Eine klare einfache Struktur wie das PLS ermöglicht in diesen Fällen das Arbeiten. An komplizierte Strategien oder moralisches Handeln nach persönlichen Werten ist hier nicht zu denken. Es würde das Team und wahrscheinlich jeden Menschen überfordern. Installierte Teams zur Supervision gehören bei Rettungsorganisationen zum Standard und sind für die Psychohygiene der MitarbeiterInnen unumgänglich.

---

<sup>20</sup> Rotkreuz-Social-Media-Policy, Beschluss der 211. Präsidentenkonferenz 2010, Version 2016, S. 2/7



## 4. Recht

### 4.1 Begriffserklärung

Ethik, Recht und Moral. Drei Begriffe die es im Folgenden zu unterscheiden gilt: Ethik ist die theoretische Lehre der Moral. *Im Unterschied zur Ethik meint Moral den in einer bestimmten Gruppierung, Gemeinschaft oder Gesellschaft geltenden Komplex an Wertvorstellungen, Normen und Regeln des menschlichen Handelns, der teils naturwüchsig entstanden, durch Tradition überliefert, durch Konventionen vereinbart ist und von ihrem überwiegenden Teil als verbindlich akzeptiert oder zumindest hingenommen wird.* <sup>21</sup>

Auch unterscheidet sich Moral und Recht. Wer moralisch richtig handelt ist nicht immer im Recht. Man denke an unzählige Fälle, wo Menschen in der Zeit des Nationalsozialismus Juden und Jüdinnen gegen den Willen der Nazis in Kellern oder Scheunen versteckten. Genauso kann vice versa nach dem Recht zu handeln moralisch falsch sein: nach dem Recht handeln kann auch moralisch falsch sein. Man denke an Fälle aus der verbotenen Euthanasie, wo Menschen andere von ihrem Leid erlösen und sich so der Gefahr aussetzen, bestraft zu werden. Oder an SoldatInnen, die Befehle ausführen, indem sie Menschen töten oder foltern müssen. Natürlich möchte ich hier Gesetze nicht in Frage stellen, doch gilt es, die Begriffe zu trennen. Nicht nach dem Recht zu handeln ist oftmals strafbar, unmoralisch handeln jedoch nicht.

Ein passendes Beispiel hierzu liefert der im Anschluss analysierte deutsche Film „Terror – Ihr Urteil“ aus dem Jahr 2016.

### 4.2 Terror – Ihr Urteil

#### Inhalt:

Folgendes Szenario: Ein Mann, Major Lars Koch – Kampfpilot der deutschen Luftwaffe – sitzt vor einem deutschen Schwurgericht in Berlin. Er wird von der Staatsanwaltschaft angeklagt, ein Passagierflugzeug mit 164 Menschen im deutschen Luftraum in der Nähe von München abgeschossen zu haben. Dabei kamen alle sich im Flugzeug befindlichen Menschen ums Leben. Im Zuge der Entführung einer Maschine der Airline „Lufthansa“

---

<sup>21</sup> N. Köberer, Advertorials in Jugendprintmedien, Springer 2014, S. 21

durch eine Terrorgruppe, die darauf abzielte, den Flug in die mit 70.000 Menschen besetzte Allianz Arena zu fliegen, soll es zu dem fiktiven Ereignis gekommen sein. Der Rottenführer Major Koch wurde anfangs mit einer Alarmrotte (Rotte aus zwei oder drei Abfangjägern) entsannt, um das Flugzeug abzudrängen. Nach vergeblichen Versuchen, Kontakt mit dem Flugzeug herzustellen, oder es abzudrängen und zum Landen zu zwingen, handelte der Pilot der deutschen Bundeswehr eigenständig. Trotz ausdrücklichem Befehl, nicht zu feuern, schoss er das Flugzeug Airbus A320 rund 15 Kilometer vor dem Stadion über einem Kartoffelfeld ab.

### Mord

Die Staatsanwaltschaft plädiert dafür, den Angeklagten für 164-fachen Mord zu verurteilen. Der Pilot handelte nach seiner Moral und seinem Gewissen und nicht nach dem Gesetz. Das Gesetz schreibt vor, dass Leben nicht gegen Leben abgewogen werden darf. Jedes Leben ist unendlich wertvoll und kann so nicht addiert werden. Auf unser Gewissen, unsere Moral oder Werte ist nicht immer Verlass. Sie unterscheiden sich zudem von Mensch zu Mensch stark. Dafür formulierte der Mensch Gesetze, nach denen er handeln soll und muss. Moral und Recht müssen klar voneinander getrennt werden. Die Möglichkeit, uns selbst Gesetze zu geben und nach ihnen zu handeln macht uns nach Immanuel Kant zum Subjekt Mensch. Wir erkennen die Welt und können über sie und uns nachdenken. Dies unterscheidet uns von Tieren und Objekten.

Lars Koch hat laut der Staatsanwältin den Menschen in der Maschine durch den Abschuss die Würde genommen. Er hat über den Kopf der PassagierInnen hinweg entschieden und sie so zu Objekten gemacht. Der Kampfpilot hat sich über die Gesetze gestellt und soll sich demnach strafbar gemacht haben. Das Gesetz steht nämlich über dem Einzelnen. Es hilft uns in Extremfällen Klarheit zu schaffen. Ein roter Faden der uns hilft, das Richtige zu tun.

### Freispruch

Im Gegensatz zur Anklägerin verlangt der Verteidiger, der Anwalt von Lars Koch, den Freispruch. Denn laut dem Anwalt habe der Pilot zum Glück nicht nach den Prinzipien des Rechts gehandelt, sondern nur nachdem, was richtig ist. Auch der Anwalt bezieht sich auf Kant. Genauer auf seinen 1979 verfassten Aufsatz „Über ein vermeintes Recht aus Menschenliebe zu lügen“. Kant schrieb, dass der Mensch selbst bei Gefahr des Lebens

nicht lügen darf. Ein Beispiel der Notlüge, wenn man einem/eine FreundIn vor einen/einer MörderIn versteckt und laut Kant falsch, aber eigentlich richtig handelt, fügt er an (dieses Beispiel wurde bereits früher besprochen) [50]. Er führt weiterhin aus, dass Prinzipien zwar in den meisten Fällen vernünftig, aber nicht immer richtig sind. Man müsse in speziellen Einzelfällen weiterdenken als in diesem kleinen Rahmen. In diesem Fall muss man sich für das kleinere Übel entscheiden. Auch wenn man damit den totgeweihten PassagierInnen ihre Würde nimmt und sie tötet. Man rettet so 70.000 Menschen. Im Kampf gegen den Terrorismus, sagt der Anwalt, befinden wir uns im Krieg. Und auch wenn es niemand hören will: Kriege fordern Opfer.

### Film

Das deutschsprachige Fernsehen strahlte diesen Film, der unter der Regie von Lars Kraume produziert wurde, gleichzeitig am 17.10.2016 in Österreich, Deutschland und der Schweiz aus. Am Anfang und am Ende des Films fordert der Richter das Publikum auf, als Schöffen über den Ausgang des Verfahrens zu entscheiden. Über das Internet und das Telefon bekamen die Zuseher die Möglichkeit abzustimmen. Rund 8 Millionen ZuschauerInnen erreichte der Film über die Sender „ORF“, „das Erste“ und „SRF“. Rund 86% der ZuseherInnen stimmten für einen Freispruch des Piloten [46].

### Analyse

Die Kernfrage dieses Films lautet, ob die Rettung einer größeren Anzahl von Menschenleben wertvoller ist als der Verlust einer kleinen Anzahl. Nach einem utilitaristischen Ansatz handelt der deutsche Pilot richtig. Sowohl die größere Anzahl an Überlebenden als auch die eingesparten Kosten durch Schutz der Arena sprechen aus diesem Ansatz für ein richtiges Handeln. Der Utilitarismus scheint für viele Menschen als logisch. Er sieht das Handeln mit dem größten Nutzen als richtig. Doch treibt man diesen Gedanken auf die Spitze, stößt er an die Grenzen der Moral. Dürfen wir, um ein überspitztes Beispiel zu bringen, einen Menschen im Krankenhaus vorzeitig opfern, um seine Organe an mehrere Menschen zu verteilen, die sie benötigen würden? Ein Mensch könnte mit Spenden von Herz, Leber, zwei Nieren, Pankreas, Lunge und vielem mehr, eine bedeutende Zahl an Menschenleben retten. Doch erscheint uns dieses Handeln völlig abwegig.

Aus der Sicht der Deontologie, wo in diesem Fall das deutsche Verfassungsrecht das oberste Gut ist und gebrochen wird, handelt der Pilot falsch. Die Würde ist nach den Grundgesetzen unantastbar. Menschenleben können nicht gegeneinander abgewogen werden. Die von der Deontologie bezeichneten „unverzichtbaren Verpflichtungen“ werden hier gebrochen.

Es gibt neben dem diskutierten Fall andere, auch in Deutschland, vorgekommene Fälle, wo die Abwägung von Menschenleben getätigt wird. Als Beispiel ein Szenario, wo das Leben einer schwangeren Frau gerettet wird, auf Kosten des Lebens des ungeborenen Kindes. Diese Abwägung findet sich auch im österreichischen Recht. In diesem wird das Leben der Mutter klar wertvoller als das des Kindes eingestuft. Doch wo fängt dieses Abwiegen von Leben an und wo hört es auf? Bei eins zu einem, eins zu fünf, zehn, hundert oder tausend? Darf der Staat überhaupt abwägen? Auch das Recht stößt an seine Grenzen. Denn der Staat sollte einfach gesagt auf jeden/jede einzelnen/einzelne seiner BürgerInnen schauen.

In der Tugendethik spricht man von einem guten, tugendhaften Menschen. Gute und tugendhafte SoldatInnen sind diese, die das eigene Volk beschützt. Sie bekämpfen das Böse und führen die ihnen gegebenen Befehle aus. Eine einheitliche Meinung zu formen scheint hier schwer, da der deutsche Major im besprochenen Film sowohl richtig als auch falsch gehandelt hat. Denn beschützt er zwar die 70.000 Menschen im Stadion, doch widersetzt er sich dabei klar seinen ihm gegebenen Befehlen. Die Tugendethik eignet sich nicht besonders gut, um einzelne Taten zu bewerten. Vielmehr stellt sie einen vor die Frage: Was für eine Art Mensch will oder soll ich sein?

In einem Satz des Filmes „Terror“ wurden die PassagierInnen als totgeweiht bezeichnet. Eine furchtbare, teuflische aber zutreffende Bezeichnung. Die Selbstmordattentäter machten klar, dass sie nicht zögern werden, sich selbst in den Tod zu stürzen, um so möglichst viele Menschen umzubringen. Es geht also nicht mehr um die Frage 164 Menschen zu „opfern“ sondern nur darum 70.000 zu retten. Ein Beispiel liefern die Anschläge vom 11. September 2001 in New York. Hier erreichten die Flugzeuge ihr Ziel und töteten fast 3.000 Menschen mit dem Anschlag auf die Zwillingstürme. Sowohl die PassagierInnen als auch tausende Menschen im Gebäude kamen durch diese grausame Tat ums Leben. Auch für ein Argument, dass die PassagierInnen vielleicht Kontrolle über das Flugzeug gewinnen hätten können oder der/die PilotIn die Maschine im letzten Moment

hochziehen hätte können, liefert 9/11 ein Beispiel: Die vierte gekidnappte Maschine, Flug United Airlines 93, stürzte durch eine Revolte der PassagierInnen in Pennsylvania ab. Trotz der gezielten Bekämpfung der Terroristen starben bei dem Absturz alle 44 Menschen an Bord. So konnten zwar die PassagierInnen an Bord nicht gerettet werden, sie verhinderten aber durch ihre Heldentat ein noch größeres Unglück. Zu sagen bleibt dennoch, dass im gegenständlichen Fall nicht der Staat sie getötet und geopfert hat, sondern sie Opfer eines/-r Attentäters/Attentäterin wurden. Dies bedeutet einen großen Unterschied. Denn speziell in der heutigen Zeit, wo Gefahren an jeder Ecke lauern, ist das Szenario in welchem einem/einer BürgerIn durch den eigenen Staat Unheil droht, kaum denkbar. Für das Gesamtwohl der BürgerInnen geopfert zu werden, ist in den wenigsten Köpfen von uns EuropäerInnen vorstellbar.

Wahrscheinlich gibt es in diesem Fall kein richtiges Handeln. Es ist eher eine Koexistenz von falsch und falscher. Man muss sich klar werden, dass bei einem solchen moralischen Dilemma kein Mensch mit weißer Weste unbeschadet davonkommt. Sowohl diejenigen, die die Maschine abschießen würden, als auch diejenigen die es nicht tun würden. Beide Entscheidungen verursachen enormes Leid. Am Ende des Tages bleibt der deutsche Pilot ein Täter, der das Recht gebrochen hat. Ob er jedoch schuldig gesprochen wird, oder der Abschuss eine Notwendigkeit war, bleibt in diesem fiktiven Fall ungeklärt und obliegt in der Realität den Richtern.

#### 4.3 Rechtliche Lage in Österreich

*Als Rechtsgut ist das **Leben** eines jeden Menschen dem Leben eines anderen **gleichwertig**. Es gibt kein sozial oder biologisch minderwertiges oder gar „lebensunwertes Leben“. Auch eine Missgeburt, dh ein völlig verunstalteter Mensch, ist ein von Menschen gezeugtes und geborenes Lebewesen und ebenso geschützt wie ein Erwachsener in der Blüte seines Lebens, ein Kind während der Geburt oder ein Sterbender. <sup>22</sup>*

Aus diesem Kommentar zum österreichischen Strafgesetzbuches geht klar hervor, dass Menschenleben nicht gegeneinander abgewogen werden dürfen. Jedes Leben ist demnach

---

<sup>22</sup> Moos in Höpfel/ Ratz, Vorbemerkungen zu §§ 75 - 79 StGB, 2. Auflage, 2002, S. 7

gleich viel Wert. Im Falle eines Gedankenexperiments, in dem man sich entscheiden muss, entweder einen/eine 80-Jährigen/-Jährige oder ein Kind zu retten, gibt uns das Recht keine Richtlinie, wie wir zu handeln haben. Es macht keinen Unterschied wie jung, alt, lebensfähig oder willig, „gut“ oder „schlecht“ der Mensch, um dessen Leben es geht, ist [29]. Wir als MedizinerInnen sind in diesem Gedankenexperiment mit der Entscheidung vom Gesetzgeber alleine gelassen und müssen uns in dieser speziellen Situation auf unsere moralischen Werte verlassen.

Das Gesetz stellt hier weiters nicht deutlich klar, ob mehrere Menschenleben wertvoller sind als das Einzelne. Wenn, wie oben erläutert, jedes Leben gleich viel Wert ist und wir diesem die Wertigkeit eins geben, wiegen dann zwei Leben nicht doppelt so viel wie das einzelne, also Wertigkeit zwei? Nein, denn das Leben ist nach Beginn der Geburt absolut geschützt und unterliegt nicht dem utilitaristischen Güterabwägungsprinzip. Rechtlich kann also allgemein betrachtet kein einzelnes Leben gegen mehrere Leben aufgewogen werden. [29].

Weiters fällt einem am Ende des Textes die Stelle „ein Kind während der Geburt“ auf. Durch diese stellt sich einem die Frage, ob ungeborene Kinder weniger Wert sind als Kinder während der Geburt oder lebende Menschen. Die folgende Textstelle gibt Aufschluss:

*Das **Rechtsgut des ungeborenen menschlichen Lebens** wird in der sozialen und rechtlichen Wertskala der Rechtsgüter wesentlich **geringer eingestuft** als das des menschlichen Lebens nach der Geburt... wonach das Leben der Mutter als **höherwertig** einzustufen ist als das werdende Leben... Im rechtlichen Ergebnis besteht somit zwischen „während“ und „nach“ der Geburt kein Unterschied. Dieser möglichst frühe Zeitpunkt dient dem **Schutz** des noch gänzlich im Mutterleib befindlichen und gerade ins äußere Leben tretenden Menschen vor fahrlässigen oder vorsätzlichen Verletzungen... **Beginn der Geburt** und damit der Menschwerdung im strafrechtlichen Sinn mit dem tatsächlichen **Einsetzen der regelmäßigen Eröffnungswehen** anzusetzen, die den Gebärmutterhalskanal*

*eröffnen, dadurch die beginnende Trennung beider Organismen kennzeichnen und unmittelbar die Ausstoßung des Kindes aus dem Mutterleib einleiten.* <sup>23</sup>

Es wird hier deutlich, dass ein Unterschied zwischen einem ungeborenen Kind und dem lebenden Kind gemacht wird. Den Status „lebend“ erhält das Kind ab dem Zeitpunkt des Beginns der Geburt. Bis zum Eintreten der Eröffnungswehen unterliegt das Kind den Paragraphen §§ 96 ff StGB, den Schwangerschaftsabbruch betreffend. Die Tötung eines Kindes bei der Geburt ist im § 79 StGB normiert. Dieser bestraft die Mutter, welche ihr Kind während der Geburt tötet, mit einer Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren [47].

Bei einem Unfall, bei dem das Leben einer schwangeren Frau am Spiel steht, ist das Rechtsgut des Lebens der Frau dementsprechend höher einzustufen als das des ungeborenen Kindes. Es besteht hier eine medizinische Indikation zum Schwangerschaftsabbruch [28]. Kurz gesagt Mama vor Kind.

#### **4.4 Rechtliche Aspekte der Triage**

Es gibt keine eigene gesetzliche Regelung zum Thema Triage in der präklinischen Notfallmedizin. ÄrztInnen oder MitarbeiterInnen eines Rettungsunternehmens, die zu einem Großunfall oder einer Katastrophe kommen, stehen vor folgenschweren Entscheidungen. Gerade den Fall einer Katastrophensituation betreffend, in dem die Kategorie vier verletzten Personen eine geringe Überlebenschance zuschreibt und sie damit in der Behandlungspriorität unterordnet, können diese Entscheidungen zwischen Leben und Tod entscheiden. Der Mensch ist in Österreich verpflichtet, Hilfe zu leisten. Ein Arzt und eine Ärztin haben eine sogenannte erweiterte Hilfeleistungspflicht, da ihnen eine Garantenstellung zugeschrieben wird. Ein Garant muss dafür einstehen, dass ein Taterfolg, nicht eintritt – hier das Sterben. ÄrztInnen haben also strafrechtliche Verantwortung alles in ihrer Macht stehende zu tun um PatientInnen zu helfen. Handelt es sich aber um einen Fall der unterlassenen Hilfeleistung, wenn sie einen Menschen, der in die Kategorie vier fällt, nicht behandeln? Oder bezüglich der Garantenstellung sogar um einen Fall der Tötung durch Unterlassen?

---

<sup>23</sup> Moos in Höpfel/ Ratz, Vorbemerkungen zu §§ 75 - 79 StGB, 2. Auflage, 2002, S. 8-9



Wie bereits erwähnt ist das Leben unverfügbar, gleichgültig in welchem Stadium und gleichgültig wer darüber verfügt. Dieses rigide Konzept wird nunmehr durch das PatVG für den Teilbereich der passiven Sterbehilfe durchbrochen. Der Wille des/der Patienten/Patientin ist allerdings der Schlüsselpunkt für die Strafbarkeit der passiven Euthanasie. In allen anderen Fällen muss, falls eine Garantenpflicht besteht – die z.B. ÄrztInnen die zu einer Unfallstelle kommen innehaben – der/die PatientIn gerettet werden. Im Fall der Tötung durch Unterlassung (in der Triage z.B. bei Kategorie vier) kommt eine Rechtfertigung durch Pflichtenkollision in Betracht. Dies ist der Fall, wenn der/die TäterIn - hier der/die behandelnde Arzt/Ärztin - von zwei oder mehreren Lebensrettungspflichten nur eine erfüllen kann. Die Beurteilung ist strittig, aber dem Argument, dass der Grund der rechtlich eine Handlung gebietet aus guten, gleichwertigen Gründen entfällt. Der Normadressat muss im Falle einer solchen Pflichtenkollision die freie Wahl haben. Derjenige/diejenige, der/die sich entscheidet eine dieser Pflichten zu erfüllen, handelt nicht rechtswidrig. Aus strafrechtlichen Gesichtspunkten handelt es sich um eine Pflichtenkollision. Gerade die Verteilung medizinischer Ressourcen betreffend besagt diese Konstellation hier, dass die Rechtsordnung (jedenfalls das Strafrecht betreffend) keinen verbindlichen Verteilungsmaßstab zur Verfügung stellt [29]. Das bedeutet, bei standartgemäßer Triage scheidet eine strafrechtliche Verantwortung des/der durchführenden Mitarbeiters/Mitarbeiterin aus [30]. Andere Meinungen finden, dass eine erforderliche Triage auf Grund der Vielzahl an Verletzten keines besonderen Rechtfertigungsgrundes bedarf, da bereits die Handlungspflicht auf Grund der eingeschränkt zur Verfügung stehenden Möglichkeiten beschränkt ist [31].



## 5. Abschließendes Fazit

In meiner Arbeit wurden ethische Aspekte der Triage und Allokationsfragen diskutiert, sowohl im Krankenhaus als auch im präklinischen Bereich. In den oben beschriebenen Textstellen wird deutlich, dass Triage und Allokation, MedizinerInnen und MitarbeiterInnen des Gesundheitssystems vor große psychische Belastungen stellen. Vor allem in der präklinischen Triage, die in Überlastungsphasen vorkommt, kann ein Mensch in die Situation kommen, wo er über Leben oder Sterben eines/einer Patienten/Patientin entscheiden muss.

Ausgehend von den Anfängen an einem Schlachtfeld der französischen Armee erreichte die Triage als Konzept unzählige Länder und Krankenhäuser dieser Welt. Die Idee, mehrere Soldatenleben zu retten, fand Einzug in die zivile Bevölkerung/ Medizin und ist heutzutage kaum mehr aus der Präklinik und den Spitälern wegzudenken. Sowohl in Extremsituationen wie Großunfällen und Katastrophen, als auch im medizinischen Alltag ist sie essentiell und hat einen fixen und hohen Stellenwert. In der Diplomarbeit zeigte sich bei der Beschreibung der präklinischen und hospitalen Triage-Systeme eine deutliche Differenz der Entwicklung. Internationale Expertengruppen verbessern die täglich in Spezialambulanzen verwendeten Systeme durch kontinuierliche Treffen. Eintreffende Feedbacks führen stets zu Überarbeitungen und so werden neue Versionen entwickelt. In der außerhalb des Krankenhauses stattfindenden Notfallmedizin scheint die Weiterentwicklung nicht so konsequent zu funktionieren. Natürlich werden diese Systeme seltener verwendet und sind nicht das tägliche Brot der NotärztInnen. Doch sollte das keinen Grund darstellen auch hier einen Fortschritt zu fokussieren.

Unzählige Menschen suchen oft als ersten medizinischen Kontakt die Notfallambulanzen der Spitäler auf, obwohl sie bei niedergelassenen ÄrztInnen besser versorgt wären. Gerade HausärztInnen, die mit der jeweiligen Patientengeschichte meist vertraut sind, können besser auf die konsultierenden Menschen eingehen und, zwar mit wenigeren, dafür aber gezielteren Untersuchungen die Ursachen der Konsultation leichter herausfinden und beheben. Dennoch wird dieser sinnvolle Weg oft nicht eingeschlagen. Die erhoffte kürzere Wartezeit, die sofortige 24 stündliche Erreichbarkeit (vor allem auch am Wochenende) und die oftmals schlechte Einbindung einzelner Bevölkerungsgruppen ins Gesundheitswesen

treiben die Menschen in die Spitäler. So entsteht neben der enormen finanziellen Belastung des Gesundheitssystems ein PatientInnenüberschuss, mit dem die Notfallambulanzen täglich zu kämpfen haben. In diese, durch diese enorme Anzahl von PatientInnen überforderten Ambulanzen, können Triage-Systeme eine Struktur bringen. Die Systeme versuchen zu verhindern, dass PatientInnen mit ernsthaften Problemen lange Zeit, während ein/eine Arzt/Ärztin mit der Versorgung stabiler PatientInnen beschäftigt ist, unversorgt bleiben und dadurch Schaden erleiden. Das führt oft zu Unmut bei den wartenden PatientInnen. „Eigentlich sind doch alle Menschen gleich und sollten auch so behandelt werden“. Niemand wartet gerne Ewigkeiten auf Untersuchungen und Behandlungen. Es wäre Aufgabe der Gesundheitsbehörden die PatientInnen aufzuklären, dass in Notfallambulanzen kritische PatientInnen bevorzugt werden müssen. Dies schmälert keinesfalls das Leiden des wartenden PatientInnen, aber kann davon ausgegangen werden, dass dieser – außer ein paar verlorener „Nerven“ – meist keine bleibenden Schäden durch die Wartezeit davon trägt. Notfallambulanzen sollten deshalb in Eingangsbereichen oder auf Informationsblättern ihre Systeme offenlegen und erklären und damit die eintreffenden Hilfesuchenden schulen. Die meisten Menschen würden diese Herangehensweise verstehen und Rücksicht auf das Personal und schwer verletzte oder akut erkrankte PatientInnen nehmen, anstatt für Unruhe zu sorgen. Ein weiterer, in meinen Augen positiver Schritt, wären Versorgungszentren mit besserer Einbindung der Bevölkerung für Erstkonsultationen. Zentren mit mehreren ÄrztInnen können erweiterte Öffnungszeiten und breitere Kompetenzen anbieten. Somit werden sie für die PatientInnen attraktiver und entlasten die überforderten Notfallambulanzen der öffentlichen Spitäler.

Weiters wurde die Triage in der Präklinik beschrieben und analysiert. Diese findet sich bei der Einstufung der Einsatz-Priorität durch die Leitstelle, wie auch bei Großunfällen und Katastrophen durch das Personal vor Ort. Wie bereits erwähnt kommt es bei der Triage vor Ort neben logistischen Problem besonders zu psychischer Belastung, moralischen Dilemmata und ethischen Konflikten. PatientInnen der Kategorie vier mit schlechten Überlebenschancen, die zu viele der begrenzten Ressourcen benötigen würden, werden nach hinten gereiht und erliegen während dieser Wartezeit meist ihren Verletzungen. Zwischen Leben und Tod entscheiden zu müssen bringt Menschen an die Grenzen der psychischen Belastbarkeit. Triage-Systeme bieten in diesen Szenarien eine Stütze. Sie sind leicht anwendbar und ermöglichen mit wenigen Eindrücken eine einfache Einteilung in

die Gruppen eins bis drei. Die Gruppe vier besitzt im PLS jedoch keine klaren Angaben und ist damit stark von der Ansicht des Triage-Personals abhängig.

Fragen wie: „welches Leben ist mehr wert?“, „wer verdient zuerst Hilfe?“ und „wiegt die Rettung mehrere den Verlust eines einzelnen Lebens ab?“ können ethisch nicht einheitlich beantwortet werden. Verschiedene ethische Ansätze und Theorien liefern anderslautende Antworten und sind für eine klare Beantwortung nicht geeignet. Im Endeffekt muss sich jeder Mensch, vor allem das Personal im medizinischen Bereich, selbst reflektieren. Es muss sich kontroversen Fragen und Gedankenexperimenten stellen. Gerade in psychisch fordernden Situationen, die schnelle Entscheidungen verlangen, bleibt zu wenig Zeit für ethische Grundsatzdiskussionen. Es sollte deshalb bereits vor solchen Einsätzen eine klare Haltung in den Köpfen des Personals existieren, welches die Entscheidungen vor Ort treffen muss.

Als Conclusio ist festzuhalten, dass Triage-Systeme nach wie vor eine wichtige Rolle in der Medizin tragen. Gerade im intrahospitalen Management sind sie existenziell. Mit dem MTS und anderen Systemen haben sich diese Einteilungen weltweit etabliert. Sie werden durch die jeweiligen Experten fortwährend weiterentwickelt und bleiben so stets aktuell. In der Präklinik, zumindest in Österreich, ist dieser Fortschritt nicht ausreichend gegeben. Seltener Gebrauch und fehlende internationale Vernetzung lassen die Entwicklung stagnieren. So sind die aktuell verwendeten PLS gerade in den schwierigsten und wichtigsten Momenten, nämlich der Entscheidung zwischen Leben und Tod, nicht ausreichend ausgeführt. Neue Systeme, die den NotärztInnen und SanitäterInnen zur Seite stehen und mit einfachen und genauen Angaben diese Entscheidung abnehmen, wären wünschenswert. Denn am Einsatzort, beziehungsweise während der Triage, ist die/der Notärztin/Notarzt in seiner Entscheidungsfindung alleine und die höchste medizinische Instanz. Ohne KollegInnen und ohne ethisches Konzil lastet der gesamte psychische Druck auf seinen/ihren Schultern. Gerade für PatientInnen, die in die Kategorie vier fallen, sollten neben einer genaueren Anleitung auch digital unterstützte Systeme angedacht werden. Mit Hilfe von Computersystemen lassen sich genauere und präzisere Listungen erstellen. Computer können mit Algorithmen darüber hinaus eine genauere Aufschlüsselung der verfügbaren und benötigten Ressourcen liefern. Diese erwähnten Ansätze erfordern viel Forschung und Gelder für die Entwicklung. Doch wenn man bedenkt, welche psychischen Traumata die MitarbeiterInnen davon tragen können, müssen Erneuerungen

vorangetrieben werden. Ein europaweiter Zusammenschluss wäre denkbar, da Katastrophen sowohl in der Nähe von Grenzen passieren können und auch Ausmaße annehmen können, die ein einzelner Staat nicht zu bewältigen vermag.

## 6. Glossar und Abkürzungen

<b>Abb.:</b>	Abbildung
<b>Abs.:</b>	Absatz
<b>AGN:</b>	Arbeitsgemeinschaft Notfallmedizin
<b>AKH:</b>	Allgemeines Krankenhaus
<b>ÄND:</b>	Ärztenotdienst
<b>ATS:</b>	Australasian Triage Scale
<b>BZ:</b>	Blutzucker
<b>Ca.:</b>	Circa
<b>CRP:</b>	Herz - Kreislauf Wiederbelebung
<b>DA:</b>	Dienstarzt/ Dienstärztin
<b>dh:</b>	das heißt
<b>DS:</b>	Dienststelle
<b>ERC:</b>	European Resuscitation Council
<b>ESI:</b>	Emergency Severity Index
<b>IPS:</b>	Ipswich Triage Scale
<b>Jumbo:</b>	Großraum Rettungswagen des Mediziner corps
<b>LLS:</b>	Landesleitstelle
<b>MC:</b>	Mediziner corps
<b>MTG:</b>	Manchester Triage Group
<b>MTS:</b>	Manchester Triage System
<b>NA:</b>	Notarzt/ Notärztin
<b>NEF:</b>	Notarzteinsatzfahrzeug
<b>NTS:</b>	National Triage Scale
<b>ORF:</b>	Österreichischer Rundfunk
<b>ÖNK:</b>	Österreichischen Gesellschaft für Notfall- und Katastrophenmedizin
<b>ÖRK:</b>	Österreichisches Rotes Kreuz
<b>PatVG:</b>	PatientInnenverfügungsgesetz
<b>RM:</b>	RettungsmedizinerIn
<b>RTW:</b>	Rettungs- Transportwagen
<b>SRF:</b>	Schweizer Radio und Fernsehen

**StGB:** Strafgesetzbuch  
**PLS:** PatientInnenleitsystem  
**UKH:** Unfallkrankenhaus  
**z.B.:** zum Beispiel

## 7. Abbildungen

Abbildung 1: Das Logo des Medizinercorps Graz.

Abbildung 2: Jumbo Ost und Jumbo West in der Hofgasse in Graz, April 2015.

Abbildung 3: PLS des Jumbos, Graz Oktober 2017.

Abbildung 4: Beispieldiagramm des Manchester Triage-Systems anhand des Symptoms „Thoraxschmerz“ [18].

Abbildung 5: Version 4 des ESI [21].

## 8. Quellen

1. Oswald Silvia, Prause Gerhard (2010): Geschichte der Grazer Notfallmedizin, Graz
2. <https://austria-forum.org/af/Wissenssammlungen/Briefmarken/1993/Ärztfunkdienst> (abgerufen 30.10.2017)
3. <http://www.rotekreuz.at/stmk/rettungsdienst/hilfe-im-notfall/> (abgerufen am 30.10.2017)
4. <http://www.agn.at/die-agn/> (abgerufen 30.10.2017)
5. Bezirksstelle Graz Stadt - Landesverband Steiermark (1989): 100 Jahre Grazer Rettung, Graz
6. Medizinische Universität Wien (2017): <https://www.meduniwien.ac.at/web/ueberuns/organisation/universitaetskliniken/universitaetsklinik-fuer-notfallmedizin/> (abgerufen am 01.11.2017)
7. Bundeskanzleramt Österreich (2017): Bundesgesetz über Ausbildung, Tätigkeitsbereich und Beruf der Sanitäter (Sanitättergesetz - SanG), <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20001744> (abgerufen am 30.09.2017)
8. Landesverband Steiermark (2015): Rechtliche Grundlagen und Richtlinien des ÖRK und des Landesverband Steiermark für die Ausübung der allgemeinen und besonderen Notfallkompetenz
9. Dudenredaktion: <https://www.duden.de/node/744823/revisions/1373145/view> (abgerufen am 02.09.2017)
10. Hansak Peter, Bärnthaler Martin, Pessenbacher Klaus, Pertutschnig Berthold (2010): LPN Notfall – San Österreich, Band 2, Edelwecht: Stumpf + Kossendy Verlag, S. 1234 - 1243
11. Dudenredaktion: <https://www.duden.de/node/741897/revisions/1371369/view> (abgerufen am 02.09.2017)
12. Ernest Pichlbauer (2012): <http://www.rezeptblog.at/abo-literaturservice-allokation-allokationsproblem> (abgerufen am 11.09.2017)
13. Mohr Jürgen, Schubert Christoph (1992): Ethik der Gesundheitsökonomie, Berlin/ Heidelberg: Springer Verlag, S. 67ff.
14. Eckert Wolfgang (2005): Triage in Gerabek Werner, Haage Bernhard, Keil Gundolf, Wegner Wolfgang (Hrsg.): Enzyklopädie Medizingeschichte, Berlin/ New York: Walter de Gruyter



15. Iserson Kenneth V., Moskop John C. (2007): Triage in Medicine Part I: Concept, History, and Types in American Collage of Emergency Physicans, Vol. 49, No. 3, p. 276 - 278
16. Krey Jörg (2010): <http://www.ersteinschaetzung.de/content/triage-der-medizin-i> (abgerufen am 21.09.2017)
17. Martin Eigler (2012): Ethik in der präklinischen Notfallmedizin am Beispiel des Grazer Rettungswesens, Graz
18. Mackway-Jones Kevin, Marsden Janet, Windle Jill (2010): Ersteinschätzung in der Notaufnahme Das Manchester - Triage - System, 3. Auflage, Bern: Hans Huber Verlag
19. Krey Jörg (2010): <http://www.ersteinschaetzung.de/content/entwicklung-des-mts> (abgerufen am 04.09.2017)
20. Universitätsklinik Graz (2009): Pressemitteilung zum Pilotenprojekt, Graz
21. Krey Jörg (2010): <http://www.ersteinschaetzung.de/content/emergency-severity-index> (abgerufen am 05.09.2017)
22. Krey Jörg (2010): <http://www.ersteinschaetzung.de/content/australasian-triage-scale> (abgerufen am 12.09.2017)
23. Lutz – Bachmann Matthias (2013): Grundkurs Philosophie, Band 7, Stuttgart: Reclam, S. 13 - 26
24. Prof. Dr. Wilhelm Vossenkuhl (2011): Freiheit: Philosophie - Uni Auditorium, Grünwald: Komplett-Media
25. von Kutschera Franz (1999): Grundlagen der Ethik, Berlin/ New York: Walter de Gruyter, S. 42 - 50
26. Sporken Paul (1971): Darf die Medizin was sie kann?, Düsseldorf: Patmos Verlag
27. Panza Christopher, Potthast Adam (2011): Ethik, Weinheim: Wiley-VCH Verlag, S.109 - 176
28. Smoller (1992): Salzburger Kommentar zum Strafgesetzbuch, Triffterer/ Rosbaud/ Hinterhofer
29. Velten (2013): Salzburger Kommentar zum Strafgesetzbuch, Triffterer/ Rosbaud/ Hinterhofer
30. Peters Mike (2010): Triage – Rechtliche Implikation, [http://zefq-journal.com/article/S1865-9217\(10\)00156-X/pdf](http://zefq-journal.com/article/S1865-9217(10)00156-X/pdf) (abgerufen 8.11.2017)
31. Lippert Hans-Dieter, Weissauer W. (1984): Das Rettungswesen, Berlin/ Heidelberg: Springer

32. Bundeskanzleramt (2017): Gesamte Rechtsvorschrift für Ärztegesetz 1998, <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011138> (abgerufen aus dem RIS 03.11.2017)
33. Hansak Peter, Bärnthaler Martin, Pessenbacher Klaus, Pertutschnig Berthold (2010): LPN Notfall – San Österreich, Band 2, Edelwecht: Stumpf + Kossendy Verlag, S. 1142 – 1143
34. Daniel Nöthen (2011): Einführung in Immanuel Kants Moralphilosophie, <http://danielnoethen.de/KI.pdf> (abgerufen am 04.10.2017)
35. Kein Autor: <https://zellux.net/m.php?sid=66> (abgerufen am 25.10.2017)
36. Dieter Birnbacher (2013): Analytische Einführung in die Ethik, 3. Auflage, Berlin/ New York: Walter De Gruyter, S. 253 ff.
37. Frederick Schiwek: Utilitarismus, <http://utilitarismus.com> (abgerufen am 16.10.2017)
38. Seite „Genfer Gelögnis“ in Wikipedia, Die freie Enzyklopädie. Bearbeitungsstand: 12.11.2017, [https://de.wikipedia.org/wiki/Genfer\\_Deklaration\\_des\\_Weltärztebundes](https://de.wikipedia.org/wiki/Genfer_Deklaration_des_Weltärztebundes) (abgerufen 20.11.2017)
39. [www.medunigraz.at](http://www.medunigraz.at) (abgerufen am 08.10.2017)
40. Das Österreichische Rote Kreuz: Leitbild, <https://www.rotekreuz.at/site/leitbild/die-rotkreuz-grundsaeetze/> (abgerufen am 27.10.2017)
41. Hansak Peter, Bärnthaler Martin, Pessenbacher Klaus, Pertutschnig Berthold (2010): LPN Notfall – San Österreich, Band 2, Edelwecht: Stumpf + Kossendy Verlag, S. 1134 – 1140
42. Pschyrembel (2013): Klinisches Wörterbuch, 264. Auflage, Berlin: de Gruyter, S. 2100
43. Bossaert, Perkins, Askitopoulou, Raffay, Greif, Haywood, Mentzelopoulos, Nolan, Van de Voorde, Xanthos (2015), Kapitel 11 - Ethik in der Reanimation und Entscheidungen am Lebensende in ERC 2015, S. 1035 ff.
44. Bundeskanzleramt (2017): Gesamte Rechtsvorschrift für Patientenverfügungs Gesetz, <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20004723> (abgerufen aus dem RIS 30.10.2017)
45. Bereitgestelltes Foto aus dem Fotoarchiven des MC der BS Graz-Stadt
46. Seite „Terror – ihr Urteil“ in Wikipedia, Die freie Enzyklopädie. Bearbeitungsstand: 20.09.2017, [https://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Terror\\_-\\_Ihr\\_Urteil&oldid=169268775](https://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Terror_-_Ihr_Urteil&oldid=169268775) (abgerufen am 22.09.2017)
47. Österreichisches Strafgesetzbuch §79, abgerufen aus dem RIS am 11.11.2017,

<https://www.jusline.at/gesetz/stgb/paragraf/79>

48. Taurek John (1977): Should the umber count?, Philosophy and Public Affairs, Princeton University Press, Vol. 6, No. 4, pp. 293-316,  
<http://links.jstor.org/sici?sici=0048-3915%28197722%296%3A4%3C293%3ASTNC%3E2.0.CO%3B2-Y> (abgerufen 25.11.2017)
49. Kontokollias Joanis S. (1994): Arzt im Rettungsdienst, 3. Auflage, Edelwecht: Stumpf und Kossendey Verlag, S. 417 ff.
50. Böhles Boris (2014): Über ein vermeintes Recht aus Menschenliebe zu lügen, Grin Verlag
51. WStLA: Brand des Ringtheaters, Bearbeitungsstand: 17.07.2017,  
<https://www.wien.gv.at/wiki/index.php?title=Ringtheaterbrand&oldid=289820>  
(abgerufen am 14.11.2017)
52. WStLA: Wundarzt, Bearbeitungsstand: 03.11.2017,  
<https://www.wien.gv.at/wiki/index.php?title=Wundarzt&oldid=301521> (abgerufen am 14.11.2017)
53. Privatfotos des Autors Bernhard Remschmidt