

Der Militärarzt im Peacekeeping-Einsatz

Andrea Leitgeb

Die militärische Führung und der Arzt

Im Auslandseinsatz kommen auf die verantwortlichen Ärzte und die militärische Führung viele Aufgaben und Probleme zu, welche diese gemeinsam bearbeiten müssen. Um ein beiderseitiges Verständnis für die jeweiligen Entscheidungen, Vorhaben und deren Ausführung zu erlangen, ist es für die militärische Führung und die Ärzte wichtig, die normativen Grundlagen, Handlungs- und Entscheidungsmöglichkeiten jeweils im eigenen Bereich, und die aktuellen Einsatzbestimmungen von beiden Bereichen zu kennen.

Schon im Vorfeld sieht man einen Unterschied im Anforderungsprofil für die verschiedenen leitenden Funktionen im Einsatz. Offiziere aller Ebenen müssen verschiedene Kurse (Offizierskurs für Friedenserhaltende Operationen – FEO, Stabslehrgang 1+2, Führungslehrgang 2, Stabsoffizierskurs FEO) absolvieren, um als Führungspersonal in einen Auslandseinsatz entsandt zu werden¹. Dies sind Kurse, welche hauptsächlich auf die eigene Verwendung ausgerichtet sind.

Für Offiziere des Militärmedizinischen Dienstes waren bisher neben der Basisausbildung (ABA kurz, MMBA) keine verpflichtenden weiterführenden militärischen Führungskurse oder Ausbildungen vorgesehen. Gerade im Einsatz kann dadurch ein Spannungsfeld zwischen medizinischer und militärischer Kompetenz entstehen.

Alle militärischen Entscheidungen, die nur im entferntesten Sinn eine Einbeziehung der San- Einrichtung mit sich ziehen (Krisenbewältigung, Übungen, Sportveranstaltungen, Besuche, Sondereinsätze etc.), bedürfen einer genauen Planung seitens des Arztes (Personalsicherstellung) mit der entsprechenden Vorlaufzeit. Der Arzt ist verantwortlich für die Sicherstellung der San-Versorgung solcher Gegebenheiten, darf aber dabei nicht den Routinebetrieb außer Acht lassen.

¹ KdoIE – Handbuch für Soldaten im Auslandseinsatz 2003, S. 48ff.

Der Arzt muss in alle Planungen mit einbezogen werden und muss auch in beratender Funktion agieren. Das bedeutet einerseits, dass er über militärisches Wissen verfügen muss, andererseits, dass es an der militärischen Führung liegt, ihm dieses (vor allem bei Miliz-/zivilen Ärzten) im Vorfeld zu vermitteln, so dass eine effiziente Planung im militärischen und medizinischen Sinn durchgeführt werden kann. Es ist somit eine „Hol-und-Bring-Schuld“ von beiden Seiten gefordert, da nur so der „Teamcharakter“ die Bedeutung erlangt, mit der es auch möglich ist, gemeinsam schwierige Situationen im Einsatz zu bewältigen.

In den folgenden Kapiteln werden diese Punkte erörtert und beleuchtet und die Probleme im Einsatz dargestellt.

Rechtliche Grundlagen

Der Arzt im Peacekeeping-Einsatz hat eine besondere Rolle in der Verantwortung gegenüber den eigenen Kameraden, zivilen UN-Angestellten, den Soldaten der anderen Kontingente und schließlich auch gegenüber der zivilen Bevölkerung, die sich oft in Notfällen an ihn wendet.

Für den Peacekeeping-Einsatz gelten grundsätzlich die österreichische Rechtsordnung mit den nationalen medizinischen Berufsgruppengesetzen (z.B. das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, Ärztegesetz, Sanitätergesetz) mit den entsprechenden Normen und Zusatzbestimmungen, welche gerade im Einsatz eine tragende Relevanz haben, sofern kein diesbezügliches Normativ vorgesehen ist. Dies ist in den jeweiligen ROE (rules of Engagement) und im Status of Forces Agreement (SOFA) und oft auch in einem Memorandum of Understanding (MOU) im Einverständnis mit dem jeweiligen Gastland festgelegt.

Es kann durchaus vorkommen, dass der Arzt im Einsatz vor dem fachlichen Problem steht, eine Behandlung oder einen Eingriff, welchen er noch nie oder sehr selten gemacht hat, durchführen zu

müssen. Wenn hier die Möglichkeit besteht, ein adäquates ziviles Krankenhaus im Einsatzraum zu benutzen, muss dies in solchen Situationen in Anspruch genommen werden. Hier hat der Arzt die Pflicht, im Rahmen seiner Eigenverantwortung und zum Schutz des höchsten Gutes, des Lebens, zu agieren, denn laut österreichischem Sanitäts (San)-Konzept und auch der UN-Charta steht es jedem Soldaten in einem Einsatz zu, möglichst mit gleicher Qualität wie in einem Heimatspital behandelt zu werden. Diese Entscheidung hat ausschließlich durch den Arzt zu erfolgen. Es ist daher für den Arzt unerlässlich, entsprechende Erfahrung über die rechtlichen Rahmenbedingungen eines Einsatzes (legal framework) mitzubringen.

Die folgenden Punkte sind von besonderer Relevanz und dienen als Basis für alle Entscheidungsfindungen in Verbindung mit der militärärztlichen Verantwortung in einem Einsatz.

2.1 Welche Gesetze sind im Notfall / Krisenfall aufgehoben?

Aus rechtlicher Sicht betrachtet sind sehr wenige Gesetze aufgehoben und in Ermangelung einer militärischen Notverordnung ist das medizinische Personal gefordert, in seinem Eigenverantwortungsbereich im Zusammenhang mit einer oft schwierigen komplexen Güterabwägung, sich im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen in Verbindung mit den militärischen Interessen zu bewegen. Wenn ein Arzt eine schwierige Operation/Behandlung übernimmt, ohne die Spezialkenntnisse oder die notwendigen technischen Hilfsmittel zu besitzen, weil ein rechtzeitiger Transport in das nächste Krankenhaus nicht möglich ist, und der Eingriff misslingt, oder aus der Behandlung entstehen Folgeschäden,

„so hat der Arzt nicht rechtswidrig gehandelt, da der vorgenommene Eingriff/Behandlung mit Rücksicht auf die Dringlichkeit der Maßnahmen und die übrigen ungünstigen

Begleitumstände zwar riskant, aber im Interesse des gefährdeten Rechtes (Leben) unbedingt notwendig war.“²

Die Bestimmungen für Notfall- und Katastrophenmedizin finden hier ebenfalls ihre Anwendung.

2.2 Befehlsgebung und deren Ausführung

Für alle Soldaten im Auslandseinsatz gilt die ADV, für Beamte zusätzlich die einschlägigen Bestimmungen des BDG, die ADV ebenso für zivile Ärzte, welche im Rahmen ihrer Freiwilligenmeldung nach dem KSE-BVG entsendet werden und im Einsatz als Heeresgefolge mit Sondervertrag gelten.

Bei Zivilisten und nicht uniformierten Personen im Rahmen von CIMIC oder anderen Kooperationen ist dieser Bereich im Vorfeld eines Einsatzes mit der jeweiligen Organisation abzustimmen.

§ 44 Abs. 1-3 BDG³:

1. *„Der Beamte hat seine Vorgesetzten zu unterstützen, und ihre Weisungen, soweit verfassungsgesetzlich nicht anders bestimmt ist, zu befolgen. Vorgesetzter ist jeder Organwalter, der mit Dienst- oder Fachaufsicht über den Beamten betraut ist.*
2. *Der Beamte kann die Befolgung einer Weisung ablehnen, wenn die Weisung entweder von einem unzuständigen Organ erteilt worden ist oder die Befolgung gegen strafgesetzliche Vorschriften verstoßen würde.*
3. *Hält der Beamte eine Weisung eines Vorgesetzten aus einem anderen Grund für rechtswidrig, so hat er, wenn es sich nicht wegen Gefahr im Verzug um eine unaufschiebbare Maßnahme handelt, vor Befolgung der*

² Misslewitz Johann/Ellinger Alfred: Recht für Ärzte und Medizinstudenten Wien, 1992.

³ Jahrbuch GÖD (Gewerkschaft öffentlicher Dienst), 2003.

*Weisung seine Bedenken dem Vorgesetzten mitzuteilen.
Der Vorgesetzte hat eine solche Weisung schriftlich zu erteilen, widrigenfalls sie als zurückgezogen gilt.“*

Einsatzrelevante militärische Weisungen sind grundsätzlich von den Ärzten zu befolgen. Es ist aber möglich, dass Entscheidungen getroffen und Befehle erteilt werden können, die im Ernstfall das Weiterbestehen der medizinischen Einsatzfähigkeit gefährden würden, die durch das Sanitätspersonal aufrecht zu erhalten ist. Hier hat der Arzt das Recht und die Pflicht, auf diese Problematik hinzuweisen und entsprechende Lösungsvorschläge aus medizinischer Sicht abzugeben um dann gemeinsam mit der militärischen Führung eine Entscheidung zu treffen.

2.3 Einlassungsfahrlässigkeit

Bei krisenhaften Ereignissen oder Einsatzübungen muss der Arzt von Anfang an in die militärische Planung mit einbezogen werden (siehe Kap. 1.), die Entscheidung und Verantwortung über Art und Weise der Bewältigung von medizinischen Problemen obliegt, mit entsprechender Rücksichtnahme auf Erfüllung des militärischen Ziels, ausschließlich ihm.

Werden von der militärischen Führung zum Beispiel Evakuierungsmaßnahmen verlangt, die das gesamte Notfallteam inklusive der Patienten gefährden würden, so würde auch das militärische Ziel nicht erreicht werden und der Arzt seinem Auftrag nicht gerecht werden und außerdem eine Übernahmefahrlässigkeit begehen:

„Die Fahrlässigkeit an sich kann jedoch nicht nur darin bestehen, „im Rahmen einer schwierigen Tätigkeit einen Fehler zu machen, sondern eben auch schon darin, diese Tätigkeit überhaupt zu übernehmen bzw. sich auf sie einzulassen, obwohl dem Handelnden, für ihn erkennbar, die dazu erforderlichen

*geistigen und körperlichen Voraussetzungen fehlen“
(Übernahmefahrlässigkeit).⁴*

Seitens des vorhandenen medizinischen Budgets (national als auch von Seiten der UN) entsteht für Ärzte vereinzelt bei fachlich überfordernden Problemstellungen ein Handlungsdruck, jedoch bei Kenntnis von erreichbaren adäquaten zivilen Spitalern gilt es, diese nach Abwägung der eigenen Ressourcen zu nutzen.

§ 6 StGB

1. *„Fahrlässig handelt, wer die Sorgfalt außer acht lässt, zu der er nach den Umständen verpflichtet ist und nach seinen geistigen und körperlichen Verhältnissen befähigt ist und die ihm zuzumuten ist, und deshalb nicht erkennt, dass er einen Sachverhalt verwirklichen könne, der einem gesetzlichen Tatbild entspricht.*
2. *Fahrlässig handelt auch, wer es für möglich hält, dass er einen solchen Sachverhalt verwirkliche, ihn aber nicht herbeiführen will.“*

2.4 Schweigepflicht

Ein Kontingent im Einsatz ist wie ein kleines Dorf. Jeder kennt jeden, man weiß um Probleme der Kameraden Bescheid, es entstehen Gerüchte und auf den Arzt kommen viele Fragen über bestimmte Patienten zu. Auch von Seiten der militärischen Führungsebene besteht ein verständliches Interesse, über den Genesungszustand der Mitarbeiter Bescheid zu wissen, da oft Mangel an Personal herrscht und Posten gerade im Einsatz unbedingt besetzt sein müssen.

Der Mediziner ist nicht nur „Behandelnder“, sondern auch, gemeinsam mit dem Psychologen (je nach Einsatz ist ein Psychologe

⁴ Barta Heinz, Schwamberger Helmut, Staudinger Roland – Medizinrecht für Gesundheitsberufe 1999, Verlag, S. 186.

vorgesehen) und dem Geistlichen, Ansprechpartner für viele persönliche Anliegen der Soldaten. Hier ist es wichtig, die nötige Sensibilität an den Tag zu legen und in keinem Fall das Vertrauen zu erschüttern, indem der Arzt, zum Beispiel ohne vorherige Entbindung durch den Patienten, die Schweigepflicht auch in nicht medizinischen Belangen bricht. Dies ist oft sehr schwierig und manchmal fehlt auch das nötige Verständnis seitens der militärischen Führung, da bei bestimmten Umständen das militärische Interesse nach einer prompten Aufklärung verlangt, um damit eine Sicherstellung des primär militärischen Auftrags gewährleisten zu können.

Da der Arzt im Einsatz im Auftrag des Kommandanten auch als Gutachter für die Dienstfähigkeit der Patienten (Amtsarzt) tätig ist und im Rahmen dieser Tätigkeit nicht an die Schweigepflicht gebunden ist, ist hier die dienstliche Weitergabe von Patientendaten nach den gesetzlichen Bestimmungen erlaubt, er muss jedoch, da er als eine Person im kurativen und Gutachter-Bereich fungiert, eine genaue Abwägung der zu vermittelnden Daten treffen.

Es ist hier darauf hinzuweisen, dass für das gesamte medizinische Personal, genau so wie für das psychologische und geistliche Personal, eine gesetzlich sehr rigorose Schweigepflicht besteht und dass die dienstliche Weitergabe von Patientendaten auch den Empfänger an die Schweigepflicht bindet.

Zur Hintanhaltung diesbezüglicher interner Konflikte ist es sehr empfehlenswert, die im Ressort erlassenen Bestimmungen im Rahmen der Kommandanteneinweisung vor dem Einsatz vorzubringen.

§ 54 Ärztegesetz

- 1. „Der Arzt und seine Hilfspersonen sind zur Verschwiegenheit über alle ihnen in Ausübung ihres Berufes anvertrauten oder bekannt gewordenen Geheimnisse verpflichtet.*
- 2. Die Verschwiegenheitspflicht besteht nicht, wenn*

- *nach gesetzlichen Vorschriften eine Meldung des Arztes über den Gesundheitszustand bestimmter Personen vorgeschrieben ist,*
- *Mitteilungen oder Befunde des Arztes an die Sozialversicherungsträger und Krankenfürsorgeanstalten oder sonstigen Kostenträgern in dem Umfang, als er für den Empfänger zur Wahrnehmung der ihm übertragenen Aufgaben eine wesentliche Voraussetzung bildet, erforderlich sind,*
- *die durch die Offenbarung des Geheimnisses bedrohte Person den Arzt von der Geheimhaltung entbunden hat,*
- *die Offenbarung des Geheimnisses nach Art und Inhalt zum Schutz höherwertiger Interessen der öffentlichen Gesundheitspflege oder der Rechtspflege unbedingt erforderlich ist.“*

2.5 Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG)⁵

Die Problematik stellt sich öfter, dass San- Elemente anderer Nationen unter anderen Prämissen arbeiten. So dürfen etwa Sanitäter (Medics und Paramedics, Medical Assistents) internationaler Streitkräfte nach ihrem nationalen Recht mehr „ärztliche“ Tätigkeiten durchführen als österreichische. Somit ist es für sie leichter, mit weniger Personal in bestimmten Situationen zu agieren und den Anforderungen des UN-Medical Support zu entsprechen und für den österreichischen Arzt stellt sich die Herausforderung einer oft zusätzlich schwierigen Personalplanung.

Der nun ausschließlich festgelegte Einsatz von ausgebildeten Rettungs- und Notfallsanitätern entspannt diese Situation zwar, aber letztendlich ist immer noch der Arzt für alle durchgeführten

⁵ Flemmich Günter / Ivansits Helmut, Einführung in das Gesundheitsrecht und die Gesundheitsökonomie (GuKG) 2000, ÖGB Verlag, 2. Auflage, S. 62.

Tätigkeiten verantwortlich und ein Vergleich mit Ausbildungen anderer Nationen noch nicht zulässig.

§ 15 GuKG Abschnitt II

1. *„Der mitverantwortliche Tätigkeitsbereich umfasst die Durchführung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen nach ärztlicher Anordnung.*
2. *Der anordnende Arzt trägt die Verantwortung für die Anordnung (Anordnungsverantwortung), der Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege trägt die Verantwortung für die Durchführung der angeordneten Tätigkeiten (Durchführungsverantwortung).*
3. *Im mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich hat jede ärztliche Anordnung vor Durchführung der betreffenden Maßnahmen schriftlich zu erfolgen. Die erfolgte Durchführung ist durch den Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege durch deren Unterschrift zu bestätigen.*
4. *Die ärztliche Anordnung kann in medizinisch begründeten Ausnahmefällen mündlich erfolgen, sofern auch dabei die Eindeutigkeit und Zweifelsfreiheit sichergestellt sind. Eine Übermittlung der schriftlichen Anordnung per Telefax oder im Wege automationsunterstützter Datenübertragung ist zulässig, sofern die Dokumentation gewährleistet ist. Die schriftliche Dokumentation der ärztlichen Anordnung hat unverzüglich, längstens aber innerhalb von 24 Stunden zu erfolgen.“*

2.6 Dokumentations- und Sorgfaltspflicht

Aus mangelhafter oder unterlassener Dokumentation kann eine Verletzung der Sorgfaltspflicht (Fahrlässigkeit) entstehen, wenn dem weiterbehandelnden Arzt dadurch Kausalzusammenhänge oder mögliche Folgeschäden unersichtlich bleiben, Berichte lokaler ziviler Einrichtungen müssen unbedingt auf internationaler Ebene verfasst sein, um im Rahmen der Sorgfaltspflicht die Dokumentation zu

gewährleisten. Dies ist häufig eine Problematik, der sich der Arzt im Einsatz stellen muss. Es langen Berichte in Arabisch, Französisch, schlechtem Englisch oder anderen Sprachen ein, die erst im Original dokumentiert, aber auch einer verständlichen Übersetzung zugeführt werden müssen, einerseits für den Arzt, der nach den gestellten Diagnosen eine Weiterbehandlung durchführen muss, andererseits für die Weitergabe an den nächsten Behandelnden z. B. im Heimatland.⁶

Persönliche Voraussetzungen und Anforderungen

3.1 Ausbildung

Die Grundvoraussetzungen für den Arzt im Auslandseinsatz sind das ius practicandi und das Notarztdiplom. Eine zusätzliche Facharztausbildung (Chirurgie, Unfallchirurgie oder Innere Medizin und andere Fachgebiete) ist im Feldspital gefordert. Man muss sich allerdings im Klaren sein, dass, vor allem im Einsatz, die „kleine Chirurgie“ und die Notfallversorgung von Unfallverletzten sehr wohl an der Tagesordnung stehen. Daher ist es für einen Allgemeinmediziner unerlässlich, auch in diesem Gebiet entsprechende Erfahrungen mitzubringen.

Viele Ärzte besitzen zwar ein gültiges Notarztdiplom, sind aber nie im Rettungsdienst eingebunden. In Ermangelung eines oft notwendigen Updates sollte dies, im Umfang von einer Woche bei der Vorbereitung auf den Einsatz angedacht werden. (siehe Kap.6.2.)

3.2 Sprache

Die übliche Amtssprache von Missionen ist Englisch. Der Arzt betreut nicht nur die österreichischen Soldaten, sondern auch Soldaten anderer Kontingente und Zivilpersonen. Abseits der mit kurativen medizinischen Tätigkeiten verbundenen

⁶ VBl I 27. Folge 2001 – Nr. 59, S. 427.

Kommunikationsfähigkeit sind alle Berichte und Statistiken an die UN in Englisch zu verfassen, „Briefings“ werden ebenso in englischer Sprache abgehalten.

Neuerungen seitens der UN werden ebenso in Englisch herausgegeben und müssen für den Leser, da sie oft wichtige Details für die Ärzte enthalten, klar verständlich sein. Für Bataillonsärzte ist der Level C gefordert, für alle anderen Ärzte Level B.⁸ Der derzeit geforderte Level B für die stellvertretenden Ärzte liegt vor allem bei Briefings und anderen Besprechungen, Verfassen von Berichten für die UN und auch beim Lesen von eingehenden UN Berichten unter den Ansprüchen. Ein englisches Sprachprofil „Level C“ für alle Ärzte im Einsatz und auch für einen Teil des restlichen San-Personals ist daher dringend zu empfehlen, da ein klares Verständnis einsatzrelevanter Schriftstücke mitunter auch aus rechtlichen Gründen gegeben sein muss und dadurch ein zusätzlicher Stressfaktor für den Arzt entfällt.

3.3 Psychische Anforderungen

Man muss sich bewusst sein, dass ein Arzt im Einsatz vom Arbeitsprofil, der Verantwortung und dem zeitlichen Ablauf her einer besonderen psychischen Belastung ausgesetzt ist.

Ein Beispiel der Med-Diensteinteilung am Golan 2001/02:

- 24h/7 Tage/Woche:
 - 1 Notarztteam (FMT- Forward Medical Team) – (Arzt, Notfall-sanitäter, Kraftfahrer)
 - 1 Medical Team – im Camp mit 3 Personen, wenn volle Personalbesetzung besteht wird dieses als zweites FMT eingesetzt, 1 SanUO als Hauptdienst für ambulantes und stationäres Patientenaufkommen.
- 8h/5Tage/Woche:
 - 2 SanUO für Administration, Logistik und Apothekenservice
- 8h/7Tage/Woche:

- 1 zusätzlicher Kraftfahrer für Patiententransport in zivile Einrichtungen
- 1 Arzt zur Unterstützung des Batallionsarztes (SMO Senior Medical Officer) während Briefings oder anderen Besprechungen

Wenn man bedenkt, dass meistens nur 2 Ärzte vor Ort sind, bedeutet dies, dass der Arzt im Einsatz eine praktisch durchgehende Dienstzeit (entweder Hauptdienst - 24h mit sofortiger Notarztbereitschaft oder Bereitschaftsdienst mit Piepser und 30 Minuten Vorlaufzeit) hat und sich fast nie, so wie andere Kameraden, vom Dienort weit weg oder überhaupt entfernen darf, außer im Urlaub. Die ständige Anwesenheitspflicht und Bereitschaft, meist wechseln sich diese OHNE Freistunden dazwischen ab, verlangen eine besondere Akzeptanz vom Betroffenen, da oft wochenlang keine Freizeit möglich ist.

Auch muss der Arzt immer auf dem neuesten Stand der militärischen Lage sein, um dies seinen Mitarbeitern zu vermitteln und, wenn notwendig, schon im Vorfeld von möglichen Sondereinsätzen oder Übungen die zusätzliche Personalplanung und andere Vorkehrungen zu treffen.

Besonders für Ärzte aus dem zivilen Bereich ist es daher wichtig, im ständigen Kontakt mit der militärischen Führung zu sein, um das notwendige militärische Feed-back zu erhalten. Die militärische Führung setzt dieses Wissen natürlich voraus, es ist aber nicht von der Hand zu weisen, dass in einer ca 5 Wochen dauernden Vorbereitungszeit für den Einsatz der militärische Aspekt nur basisnahe angeschnitten wird und das Manko an militärischem „Know-how“ groß ist und einen zusätzlichen Stressfaktor für den Arzt bedeutet (siehe Kap.6.2.).

UN-Anforderungen bezüglich des ärztlichen Versorgungsbereichs

In den „Guidelines for Peacekeeping Operations“ sind die Standards der medizinischen Betreuung genau aufgelistet:¹⁷

1. *Basic medical support shall be available to all members of a mission, uniformed as well as civilian.*
2. *The mission is responsible for basic medical support to:
Primary and emergency health services (LEVEL 1)*

LEVEL ONE MEDICAL SUPPORT

This is usually the first level where a doctor is available. It provides first line primary health care, emergency resuscitation, stabilization and evacuation of casualties to the next level of medical care within a peacekeeping mission.

CONTINUUM OF SERVICES

- 3.1. *Primary and emergency care (Formerly Level 1) which is TCC responsibility.*
- 3.2. *Mission Hospital care (Formerly Level 2 and 3) which is mission responsibility*
- 3.3. *Out of Mission Hospital care, which is Mission/UN responsibility*

LEVEL I als erste Ebene der ärztlichen Versorgung ist vergleichbar mit ROLE 1 der NATO, wobei hier schon eine Kapazität von ca 10 Betten für die Behandlung von banalen Erkrankungen wie in einem kleinen San-Revier vorgesehen ist.

Wenn für den Einsatz eine höhere San- Versorgungsebene gefordert ist, wird die ärztliche Versorgung auch im LEVEL III (Feldspital) in Verantwortung der truppenstellenden Kontingente sichergestellt.

⁷ United Nations – Medical Guidelines for Peacekeeping Operations – www.un.org/Depts/dpko/milad/fgs2/unsas_files/hospital.htm.

Ein Beispiel der UN-Anforderungen am Golan 2001/2002 im Rahmen des UNDOF/AUSBATT mit einem Überblick des UNDOF Medical Service:

Für ca 550 Soldaten sind 3 Ärzte zur Betreuung von LEVEL I vorgesehen.

Die zusätzlichen Anforderungen neben der Routinearbeit und einer ständigen Notarztbereitschaft für das Kontingent sind:

- Hygieneinspektionen der kontingenteigenen Küchen
- Wasserhygiene
- Stellen eines zusätzlichen Notarztteams als Begleitung für: externe Besucher auf Stützpunktbesichtigungen, beim Minensuchdienst sowie bei außerordentlichen Veranstaltungen (ca. 20 mal/Jahr)
- Stellen von zusätzlichem San-Personal (meist SanUO) als Begleitung von Lieferungen für das Kontingent (meist 1-2 Tage)

Zusätzlich wird ein Zahnarzt und ein Labor für Basisuntersuchungen gestellt(entsprechend einer ROLE 1+).

Die oben angeführten Aufgaben zeigen, dass im Vergleich zu den Guidelines der UN noch einige ärztliche Agenden zusätzlich zum festgelegten Tätigkeitsprofil gefordert werden.

Daraus ergibt sich ein weiteres Personalproblem, mit dem der Arzt zu kämpfen hat.

Meist ist nur ein Arzt im Camp, der die Routinearbeit (Visite, Ambulanz, etc.) und die Notarztbereitschaft abdecken muss, so kann es vorkommen, dass er aus diesen Gründen nicht an Briefings teilnehmen kann und so in ein Informationsdefizit kommt, da die ausgegebenen Protokolle oft noch eines klärenden Gesprächs bedürfen, welches er erst viel später führen kann und somit bei relevanten Vorausplanungen, die im eigenen Bereich getätigt werden müssen, in Verzug kommt.

Routine und außerplanmäßige Anforderungen

Hier einige der häufigsten Erkrankungsbilder (außer Notfällen) in absteigender Reihenfolge:

Erkrankung	ambulant	stationär	ziviles Spital	ziv. Facharzt	Dauer
Infekte der oberen Luftwege	X	X		X	5 – 10 Tage
Durchfallserkrankungen		X			4 – 7 Tage
Bewegungsapparat/Unfälle		X	X	X	bis 3 Wochen
kleine Chirurgie	X	X		X	bis 10 Tage
allergische Reaktionen	X	X	X		3 – 10 Tage
HNO-Erkrankungen	X	X		X	bis 8 Tage
Hauterkrankungen	X			X	1 – 3 Wochen
Kreislauf/Überlastungssyndrome	X	X			Bis 5 Tage
Zahnmedizin	X			X	Kontrollen

Das Aufkommen dieser Erkrankungen ist teilweise saisonbedingt und abhängig von der Tätigkeit der Betroffenen. Es kann mit 1% - 2% Ausfällen pro Woche aufgrund von Erkrankungen und Verletzungen gerechnet werden. Diese Ausfallzahl ist immer und bei allen Einsatzarten, auch wenn es zu keinen Kampfhandlungen kommt, den Berechnungen für medizinische und militärische Belange zu Grunde zu legen.⁸ Die ungefähren Verweildauern sind in Tab.1 angeführt, jedoch sind dies nur die Zeiten für relativ unkomplizierte Fälle.

Dazu kommt, dass bei manchen Erkrankungen eine Aggravation durch psychische Begleitumstände hinzukommt (Heimweh, Lagerkoller, Probleme mit Kameraden etc.) und dies vom Arzt erkannt und dementsprechend durch begleitende Gespräche oder Behandlung gemanagt werden muss. Dazu muss er bei Grenzfällen in Zusammenarbeit mit dem Psychologen und dem Kommandanten oder dem Geistlichen (je nach Einsatz ist ein Psychologe vor Ort) Lösungsvorschläge für den Patienten erörtern, jedoch stellt sich hier wieder die Verschwiegenheitspflicht in den Vordergrund und somit für den Arzt die Abwägung der Notwendigkeit der „dienstlichen“ Weitergabe von Befunden und Krankenberichten. (siehe Kap. 2.4.).

⁸ San- Konzept des ÖBH 2000.

Psychologische Probleme werden meist im Rahmen einer anderen Erkrankung im Zuge von Anamnesegesprächen durch den Arzt erkannt. Die weiterführende Betreuung geschieht dann durch den Psychologen, der jedoch mit dem Arzt - wenn notwendig - zusammenarbeiten muss, denn die Somatisierung psychischer Probleme bedarf ärztlicher Betreuung. Dafür ist es wichtig, dass der Psychologe im San-Team eingegliedert ist und an allen für ihn relevanten Besprechungen nach Maßgabe des Arztes teilnimmt.

5.1 Management im Einsatzbereich und zivilen Einrichtungen

Grundsätzlich besteht, wie oben angeführt, eine 24 Stunden durchgehende sanitätsdienstliche Betreuung in einer festen Sanitätseinrichtung, nach Art des Einsatzes entweder als Feldspital oder San-Revier mit Ambulanz, Bettenstation und Notarztbereitschaft eingerichtet. Dies ist in Form eines Organisations-Plans festgelegt, der sehr straff gehalten ist und bei strikter Befolgung der SOPs kaum Freizeit bzw. Ruhepausen zulässt. Auch bleibt wenig Freiraum für individuelle Wünsche des Personals und in Anbetracht der Verantwortung des Arztes für die Truppe bleibt ihm hier kein Handlungsspielraum. Es muss jedem Mitarbeiter bewusst sein, dass er im Notfall auch in seiner Ruhezeit herangezogen werden kann, das sollte von Anfang an klargestellt werden.

Alle Patienten müssen vom Arzt begutachtet werden und dieser trifft nach eigenem Ermessen die Entscheidung, ob eine Behandlung vor Ort oder in einer adäquaten zivilen Krankenanstalt durchgeführt werden muss. Dazu ist es wichtig, Kontakte mit den zivilen Häusern anzubahnen und aufrecht zu erhalten. Der Arzt muss sich, auch wenn schon mehrjährige Erfahrungen bestehen, immer selbst ein Bild der zivilen Einrichtungen machen und den Kontakt mit den zivilen Ärzten suchen, damit er die Behandlungen dort verantworten kann.

Ein Punkt, der zusätzlich zum Routinedienstplan einkalkuliert werden muss, ist ein zusätzlicher Kraftfahrer und bei Bedarf auch ein

zusätzlicher Sanitäter für Fahrten in zivile Spitäler zu Kontrollen, Krankenbesuchen, Entlassungen aus zivilen Einrichtungen mit abschließender Kontaktaufnahme der vor Ort behandelnden lokalen Ärzte und auch „Hausvisiten“, wenn bei Überbelag im Krankenrevier (z.B. Grippezeit) leicht erkrankte Patienten in den jeweiligen Stützpunkten besucht werden. Das ist mit den bestehenden Personalressourcen oft nur schwer möglich.

5.2 Betreuung der zivilen Bevölkerung

ÄG § 48

„Der Arzt darf die Erste Hilfe im Falle drohender Lebensgefahr nicht verweigern.“

ÄG § 49

„Ein Arzt ist verpflichtet, jeden von ihm in ärztliche Beratung oder Behandlung übernommenen Gesunden und Kranken ohne Unterschied der Person gewissenhaft zu betreuen.“

In der lokalen zivilen Bevölkerung ist es bekannt, dass die im Einsatz tätigen Ärzte besser ausgestattet sind als die regionalen Ordinationen. Bei Notfällen ist der Weg ins nächste zivile Krankenhaus oft sehr weit und es ist naheliegend, die nächste Erste Hilfe zu beanspruchen, aber auch bei banalen Erkrankungen wird der Einsatzarzt oft konsultiert. Abgesehen von der Selbstverständlichkeit, Erste Hilfe zu leisten, gilt es hier, mit der entsprechenden Sensibilität und Kenntnis um die Ressourcen der jeweiligen zivilen Einrichtungen, die zivilen Patienten zu „erziehen“, in nicht dringenden Fällen sehr wohl ihre eigenen lokalen Ärzte zu konsultieren.

Das aus mehreren Gründen

- a. Insbesondere in Einsätzen auf den Golanhöhen sind die lokalen zivilen Ärzte zwar über jede Hilfe bezüglich ihrer Patienten dankbar, wenn diese jedoch mit Vorliebe den Einsatzarzt konsultieren (kürzerer Weg, weniger Wartezeit, keine Kosten, eventuell größeres Medikamentenspektrum als im eigenen Land, schlechtere medizinische Versorgung auf dem Land, etc), so bedeutet das für lokale zivile Ärzte einen Verdienstentgang und somit eine Beschneidung seiner Lebensgrundlage. Das könnte zu einer Konfliktsituation führen, in der sich der Einsatzarzt voll gegenüber dem Gastland zu verantworten hat.

- b. Primär sind Einsatzärzte für das Kontingent verantwortlich. Die Beschaffung von medizinischem Material ist genau berechnet und soll für die Soldaten bereit gehalten werden. Ein Mehr an Behandlungs- und Medikamentenaufwand bedeutet höhere Kosten und es besteht die Gefahr, dass bestimmte Medikamente zur Neige gehen, bevor Nachschub kommt und so für die eigene Truppe ein Versorgungsmangel produziert wird.
- c. Ein Beispiel des Royal Army Medical Corps für die Problembewältigung von zivilem Patientenaufkommen in Bosnien-Herzegowina⁹ zeigt, dass vor allem im Wiederaufbau nach Kriegsgeschehen die medizinischen Ressourcen eines Landes stark geschmälert sind und abseits der eigenen Truppenbetreuung eine Hilfeleistung des medizinischen Personals nicht nur für lokale zivile Patienten, sondern auch für die funktionelle Wiederherstellung der medizinischen Einrichtungen und der „medizinischen Selbständigkeit“ gefordert ist. Nach Beseitigung der ersten Versorgungsengpässe im zivilen Bereich war die Politik des Royal Corps jene, abseits der Notfallhilfe nur mehr eine beratende Funktion für die lokalen Ärzte auszuüben und elektive Behandlungen oder Operationen nur auf Anfrage der lokalen Ärzte durchzuführen.
- d. Die Präsenz eines fremden Militärspitals kann die Erwartungen einer medizinisch schlecht versorgten Bevölkerung nach Kriegsgeschehen auf einen landesunüblich hohen Standard setzen. Die lokale Bevölkerung versteht es nicht, dass ein Militärspital, das für die Betreuung von akut erkrankten jungen, generell gesunden Soldaten eingerichtet ist, keine oder nur wenig Ressourcen für chronisch erkrankte, ältere Patienten bietet.

⁹ Michael C. Reade, MB BS (Hons), BSc(Med), Captain, Royal Australian Army Medical Corps (attached as Medical Officer, 16 Close Support Medical Regiment, Royal Army Medical Corps, Bosnia-Herzegowina, July-August, 2000) – Medical assistance to civilians during peacekeeping operations – wielding the double-edged sword; www.mja.com.au/public/issues/173_11_041200/reafe/reafe.html.

Wird eine Behandlung eines zivilen Patienten begonnen, so kann die Unmöglichkeit der Nachbetreuung oder gar stationären Behandlung solcher Patienten schließlich zu einem schlechteren medizinischen Versorgungsstandard infolge mangelnder Nachsorge führen als der lokale medizinische Standard bietet.

6 Rekrutierung von Ärzten

Zur Zeit werden für den Auslandseinsatz folgende Medien verwendet:¹⁰

- Heeres Personal Amt – Internet
- Werbung bei zivilen Organisationen über AMS, Berufsmessen, verschiedene Events
- Homepage ÖBH
- Ärztezeitung
- Liste KdoIE mit eingemeldetem Ärztepool

Meiner Meinung nach ist die Wirksamkeit einiger dieser Rekrutierungsmöglichkeiten ist jedoch zu wenig auf die Zielgruppe Ärzte ausgerichtet und bedarf einer Überarbeitung.

6.1 Ärztemangel im Auslandseinsatz

Pro Monat laufen im Kommando IE ca 300 Freiwilligenmeldungen ein. Davon sind nur 3% San-Personal (5-9 Personen, davon max. 1-2 Ärzte). Von den derzeitigen Militärärzten waren bis jetzt ca 30% im Einsatz, diese mitunter mehrmals. Es zeigt sich, dass zwar jeden Monat ca 1-2 Ärzte in den „Auslandseinsatzpool“ eingemeldet werden, aber unter Berücksichtigung von Unabkömmllichkeit im Falle von Personalmangel im eigenen Spitalsbereich, Lebensplanung, unvorhergesehenen Ereignissen und aktuellen Jobangeboten (besonders bei Miliz- oder zivilen Ärzten, welche sich oft während der Wartezeit auf eine Facharztausbildungsstelle oder

¹⁰ VBl. I 45. Folge 2003 . Nr. 116, S. 364.

Ordinationszuteilung für den Einsatz als Zeitüberbrückung melden) reduziert sich diese Zahl drastisch und so ist ein ständiger Mangel an Ärzten für den Auslandseinsatz die Konsequenz.

Die häufigsten Gründe von Ärzten, sich *nicht* für einen Einsatz zu melden sind:

Für zivile/Miliz-Ärzte:

- **Ordination** – 3 - 6 Monate oder mehr nicht in seiner Praxis zu sein bedeutet für einen Arzt einen gewaltigen bürokratischen und finanziellen Aufwand, die Patienten „wandern“ teilweise in andere Ordinationen, welche eine sichere Kontinuität der ärztlichen Betreuung gewährleisten, ab.
- **Spitalsärzte** – in einem Angestelltenverhältnis wird es für einen Arzt kaum möglich sein, für mehrere Monate außer Dienst zu gehen, kein Krankenhausbetreiber oder Abteilungsleiter kann bei der heutigen Situation auf Personal verzichten, der Arzt müsste unbezahlten Urlaub beantragen oder gar kündigen.
- **Vorbereitungszeit** – zu der Einsatzzeit kommen nochmals ca. 7 Wochen Vorbereitung dazu, während dieser Zeit ist das Betreiben einer ärztlichen Ordination nicht möglich und bei Spitalsärzten bleibt der Arbeitsplatz unbesetzt.
- **Familie** – es ist, besonders mit Kindern, schwierig, die Familie für eine so lange Zeit zu verlassen und die wenigsten, außer ausgesprochenen Individualisten, können sich ad hoc für einen Auslandseinsatz entscheiden. Mit Familie bedarf dies einer langen Vorausplanung, welche aber oft nicht möglich ist.
- **Lukrativität** – der finanzielle Anreiz ist nur für die wenigsten Ärzte ein Grund, sich für einen Einsatz zu entschließen.
- **Einsatzraum und Auftrag** – je nach politischer Lage im Einsatzgebiet wird die persönliche Entscheidung für einen Einsatz gefällt.

Für Militärärzte:

- **Der Versorgungsauftrag im eigenen Land** kann nicht mehr gewährleistet werden, wenn zu viele Militärärzte im Einsatz sind, in Zukunft wird dies ohne Grundwehrdienst leistende Ärzte (GWD-Ärzte) noch schwieriger sein.
- **Familie und Kinder** – Militärärzte sind nicht nur im Auslandseinsatz tätig, sondern nehmen auch an Inlands- und Auslandsübungen teil. Beruflich bedingt besuchen sie Kongresse und diverse andere Fortbildungsveranstaltungen (welche Pflicht für jeden Arzt sind) und so kommen zum Auslandseinsatz noch Zeiten der Abwesenheit dazu, was sich mit Partnerschaft und Familie nur bis zu einem gewissen Grad vereinbaren lässt.
- **Ordination** – ca 30% der Militärärzte betreiben eine Ordination, um außerhalb des Militärs am aktuellen Stand der Medizin zu bleiben und einige erhalten ihr medizinisches Wissen durch sporadische Nebenbeschäftigungen wie zusätzliche Nachtdienste in zivilen Spitälern oder Praxisvertretungen. Eine vorübergehende Schließung von Ordinationen oder Abgabe der Ordinationsvertretungen an andere Ärzte bietet für die Patienten einer Ordination keine Behandlungskontinuität und die Zuverlässigkeit einer Praxisvertretung durch Militärärzte wäre auch nicht mehr gegeben und somit auch die Möglichkeit von zukünftigen diesbezüglichen Angeboten.

Einen weiteren Grund stellen die immer weniger werdenden GWD-Ärzte mit ius practicandi dar. Bei der nunmehr fixierten Einberufung mit dem 18. Lebensjahr und einer drastischen Beschränkung der Aufschubsmöglichkeiten wegen eines Studiums oder des Turnus wird aus diesem Pool kein Arzt mehr (weder als Turnusarzt im HSP/MSP noch für den Einsatz) zu rekrutieren sein, was die Zahl der Ärzte für den Einsatz noch mehr beschränkt und auch in den HSP/MSP die dort arbeitenden Militärärzte noch mehr an den Routinebetrieb bindet.

6.2 Vorbereitung

Es gibt verschiedene Kategorien von Ärzten, die sich für den Auslandseinsatz melden, bei denen auf unterschiedliche Schwerpunkte in der Vorbereitungszeit geachtet werden muss.

1. Militärarzt/Milizarzt mit Einsatzerfahrung: Diese Personengruppe eignet sich am optimalsten für den Einsatz, denn bis auf die einsatzrelevanten Vorbereitungen (Lage, Auftrag, gemeinsame Vorarbeit mit dem militärischen Führungspersonal und dem San-Personal) ist hier kaum noch etwas hinzuzufügen, aber die Zahl beschränkt sich auf sehr wenige.

2. Militärarzt/Milizarzt/ziviler Arzt, erstmalig im Einsatz: Hier bedarf es abseits der grundlegenden einsatzrelevanten Vorbereitungen einer intensiveren Schwerpunkterfassung in Bezug auf militärische Führung im Einsatz und truppenärztliche Tätigkeiten.

Für alle Ärzte (außer Intensivmedizinern, Anästhesisten und aktive Notärzte) ist ein Notarzauffrischkurs mit verschiedenen einsatzrelevanten Schwerpunkten abzudecken.

Es ist zu bemerken, dass bei manchen Ärzten ein verständliches Manko an militärischen Basics vorhanden ist und diese dadurch eine entweder anders gegliederte oder längere Vorbereitungszeit für einen Einsatz benötigen würden, um im Einsatz als vollwertige militärische und medizinische Personengruppe akzeptiert zu werden.

7 Zukunftsperspektiven

Abgesehen von Peacekeeping- und anderen laufenden Einsätzen wird in naher Zukunft das Projekt „Kräfte für internationale Operationen (KIOP)“ tragend werden. Dies erfordert auf dem San- Sektor noch einen zusätzlichen, derzeit unauffüllbaren Personalbestand, der dann in seiner Einmeldezeit von 3 Jahren keinem anderen Einsatz zugeführt werden kann. Auch die derzeitige Attraktivität des Angebotes ist für Ärzte aus allen Bereichen nicht adäquat (siehe Kap.6.1.).

Conclusio

In Zusammenschau der einzelnen Punkte zeigt sich, dass ein Arzt im Einsatz einem multivalenten Anforderungsprofil gerecht werden muss. Im medizinischen Bereich ist er in der kurativen allgemeinmedizinischen, notfallmedizinischen und, je nach Verwendung, fachärztlichen Schiene tätig und zugleich Truppenarzt und Gutachter. Im militärischen Bereich ist er Mediator in Krisensituationen und Berater für den Kommandanten in allen medizinischen Belangen.

Neben dem Routineablauf sind zusätzliche Aufgaben zu erledigen und die notfallmäßige Betreuung der zivilen Bevölkerung lässt oft Einblicke in schlecht versorgte Gebiete und in die Schwierigkeiten der örtlichen medizinischen Betreuung zu, ein Vergleich mit gewohnten Standards ist in diesen Fällen nicht zulässig und fordert vom Arzt neben der fachlichen Herausforderung ebenso psychische Stärke, solche Eindrücke zu verkraften. Eine Diensterteilung mit abwechselnden Bereitschafts- und Notfalldiensten lässt kaum Zeit für Regeneration und fordert zusätzlich Substanz.

Besonderes Augenmerk ist auf die vollwertige Integration in die militärische Führungsschiene zu legen, um eine maximale Effizienz der San-Versorgung im Einsatz zu gewährleisten. Zwischen militärischer Führung und dem Arzt besteht ein enges dienstliches Verhältnis, das nur durch gegenseitiges Verständnis und Akzeptanz für die Problematik des jeweils anderen Fachbereiches spannungsfrei gehalten werden kann.

Der Benefit der diesbezüglich neuen Regelungen (Aufwertung der Stellung des Arztes im Batallionsstab, Sanitäter mit Notfallkompetenz als Regel im Einsatz, besser geschultes San-Personal) ist teilweise aus Personalmangel und unerfüllten Ausbildungserfordernissen noch nicht erfüllbar, gibt aber der Bedeutung des Arztes im Auslandseinsatz eine bessere Gewichtung.

Literaturnachweis

KdoIE – Handbuch für Soldaten im Auslandseinsatz 2003.

Misslewitz/Ellinger, Recht für Ärzte und Medizinstudenten 1992.
Jahrbuch GÖD 2003.

Heinz Barta, Helmut Schwammberger, Roland Staudinger –
Medizinrecht für Gesundheitsberufe.

Ärztegesetz 2004.

Günther Flemm, Helmut Ivansitsich – Einführung in das
Gesundheitsrecht und die Gesundheitsökonomie (GuKG).

VBl. I 27. Folge 2001 – Nr. 59.

VBl. I 45. Folge 2003 . Nr. 116.

Smo Undof/Ausbatt Leitgeb Andrea MD – Reviewing UNDOF
Medical Service.

United Nations – Medical Guidelines for Peacekeeping Operations –
www.un.org/Depts/dpko/milad/fgs2/unsas_files/hospital.htm [i. O.]
San-Konzept 2000.

Michael C. Reade, MB BS(Hons), BSc(Med), Captain, Royal
Australian Army Medical Corps (attached as Medical Officer, 16
Close Support Medical Regiment, Royal Army Medical Corps,
Bosnia-Herzegowina, July-August, 2000) – Medical assistance to
civilians during peacekeeping operations – wielding the double-edged
sword.–

www.mja.com.au/public/issues/173_11_041200/reafe/reafe.html.