



**University of
Zurich** UZH

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
University Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2023

Ethische Herausforderungen für Militärmediziner:innen durch veränderte Kriegsführung

Messelken, Daniel

DOI: <https://doi.org/10.30965/29498570-20230006>

Other titles: Ethical Challenges for Military Health Care Personnel Caused by Changes in Warfare

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-231980>

Journal Article

Published Version

Originally published at:

Messelken, Daniel (2023). Ethische Herausforderungen für Militärmediziner:innen durch veränderte Kriegsführung. *Zeitschrift für medizinische Ethik*, 69(1):74-92.

DOI: <https://doi.org/10.30965/29498570-20230006>



Ethische Herausforderungen für Militär- mediziner:innen durch veränderte Kriegsführung

Ethical Challenges for Military Health Care Personnel Caused by Changes in Warfare

Daniel Messelken | ORCID: 0000-0003-4765-2391

Fachzentrum ZH Militärmedizinethik, Universität Zürich, Schweiz
messelken@ethik.uzh.ch

Abstract

Military healthcare personnel are in the difficult position of working in the military and in the health sector. In international humanitarian law, their position is particularly protected to allow for the care of the wounded. This paper elaborates on this distinctive role and examines the extent to which the protection of the medical task is called into question by changing forms of warfare. Challenges in so-called asymmetric and hybrid wars are taken as examples.

Militärmediziner:innen befinden sich in der schwierigen Position, zugleich im Militär und im Gesundheitsbereich zu arbeiten. Im humanitären Völkerrecht wird ihre Position besonders geschützt, um die Versorgung von Verletzten zu ermöglichen. Der vorliegende Beitrag führt diese besondere Rolle aus und untersucht, inwiefern der Schutz der medizinischen Aufgabe durch veränderte Formen der Kriegsführung in Frage gestellt wird. Beispielhaft wird auf Herausforderungen in so genannten asymmetrischen und hybriden Kriegen eingegangen.

Keywords

military medicine – military medical ethics – impartiality – neutrality – dual loyalty – asymmetrical warfare – hybrid warfare – role ethics

Militärmedizin – Militärmedizinethik – Unparteilichkeit – Neutralität – doppelte Loyalität – asymmetrische Kriegsführung – hybride Kriegsführung – Rollenethik

1 Einleitung

Militärmediziner:innen¹ befinden sich in der schwierigen Position, zugleich als Soldat:innen und im Gesundheitsbereich zu arbeiten. Sie sind damit zwei verschiedenen Berufsethiken unterworfen, die unterschiedlicher kaum sein könnten. Die Militäréthik definiert Bedingungen für den Einsatz auch tödlicher Gewalt, während die Medizinethik mit den Pflichten von Ärzt:innen gegenüber Patient:innen und der Erhaltung oder Wiederherstellung von Gesundheit befasst ist. Die Rolle von Militärärzt:innen wurde vor diesem Hintergrund sogar als „inhärente moralische Unmöglichkeit“ bezeichnet.²

Das Ziel des vorliegenden Beitrags ist es, die Auswirkungen moderner Kriegsführung auf das Arbeitsumfeld und die Rolle des militärischen Gesundheitspersonals aufzuzeigen und ausgewählte ethische Herausforderungen deutlich zu machen, die aufgrund charakteristischer Merkmale aktueller Kriege aufkommen. Zunächst werden die Rolle und das Selbstverständnis von Militärmediziner:innen vorgestellt. Im dritten Abschnitt werden einige spezifische Charakteristika moderner Kriege bzw. moderner Kriegsführung anhand der Beispiele asymmetrischer und hybrider Kriege vorgestellt. Die Auswahl richtet sich danach, ob sich relevante Effekte in Bezug auf die Hauptfragestellung ergeben. Im vierten Teil werden eine Reihe ethischer Herausforderungen analysiert, mit denen Militärmediziner:innen aufgrund von Veränderungen der Kriegsführung konfrontiert sind.

Der Beitrag konzentriert sich auf *militärisches* Gesundheitspersonal und betrachtet die Herausforderungen von humanitären Organisationen in ähnlichen Kontexten nur am Rande. Nicht behandelt werden Verletzungen durch neuartige Waffen, da dies in erster Linie ein medizinisches Problem ist, und auch die Beteiligung von Mediziner:innen an der Entwicklung von Waffen wird ausgeklammert. Ebenso nicht einbezogen werden ethische Probleme im Kontext mit Flüchtenden, Pandemien, (Natur-)Katastrophen. Diese sind zwar häufig Begleiterscheinungen von Konflikten, hängen aber nicht direkt mit veränderter Kriegsführung zusammen.

1 Im vorliegenden Beitrag bezeichnet der Begriff Mediziner:in alle Personen, die in erster Linie Aufgaben im Gesundheitsbereich haben. Er entspricht dem im Englischen üblichen Begriff „Health Care Personnel“.

2 Sidel/Levy (2003), 296.

2 Rolle und berufsethische Verpflichtungen militärischen Gesundheitspersonals

In diesem Abschnitt wird zunächst das Selbstverständnis von Armeesaniätätsdiensten vorgestellt und dann kurz auf völkerrechtliche Rahmenregelungen für Medizin in bewaffneten Konflikten eingegangen. Die besondere Stellung zwischen medizinischem und soldatischem Beruf wird aufgezeigt und mit Hilfe des Konzepts doppelter Loyalität die Spannung bezeichnet, die der Rolle militärischen Gesundheitspersonals inhärent ist.

2.1 *Selbstverständnis und Auftrag*

Das Selbstverständnis verschiedener Armeesaniätätsdienste hängt eng mit deren Kernauftrag zusammen und wird von diesem massgebend bestimmt. Dieser beinhaltet beispielsweise in der Schweizer Armee folgende Punkte:

Durch präventive Massnahmen Verluste durch Krankheit und nicht ein-satzbedingte Verletzungen verhindern; [...] Die Einsatzfähigkeit, Kampfkraft und Moral der Truppe erhalten oder wiederherstellen, soweit diese durch Gesundheitsstörungen beeinträchtigt werden; [...] Als Partner des KSD jederzeit jedem Patienten (zivil oder militärisch) die bestmögliche sanitätssdienstliche Versorgung zukommenlassen.³

In ähnlicher Weise wird auch der Auftrag des bundesdeutschen Sanitätssdienstes beschrieben, wobei hier explizit verschiedene Patient:innengruppen genannt werden:

Unser Kernauftrag ist es, die Gesundheit der Soldatinnen und Soldaten zu schützen, zu erhalten und wiederherzustellen. Wir versorgen im Einsatz entsprechend unserem Auftrag die deutschen Soldatinnen und Soldaten, die Soldatinnen und Soldaten unserer Partnernationen und alle uns anvertrauten Patientinnen und Patienten und setzen dafür notfalls unser Leben ein.⁴

Die Auflistung und damit sichtbar gemachte Unterscheidung verschiedener Populationen aufgrund ihrer Gruppenzugehörigkeit verweist bereits auf eine Quelle ethischer Probleme für militärmedizinisches Personal. Denn sobald

³ Schweizer Armee (2013), 3.

⁴ Sanitätssdienst der Bundeswehr (2022).

Unterscheidungen potenzieller Patient:innen nicht mehr ausschliesslich anhand medizinischer Kriterien erfolgen, sondern (auch) unter militärischen Gesichtspunkten und nach militärischen Notwendigkeiten, müssen Ansprüche aus zwei sehr unterschiedlichen Richtungen berücksichtigt werden.

Der Kernauftrag militärischer Sanitätsdienste besteht aus militärischer Sicht unbestritten darin, die Gesundheit und Kampfkraft der eigenen Soldat:innen zu gewährleisten. Vor allem in Friedenszeiten und ausserhalb von Einsätzen sind sie dabei aber fraglos wie zivile Ärzt:innen an die üblichen medizin-ethischen Grundsätze gebunden.

2.2 *Völkerrechtliche Regelungen*

In militärischen Einsätzen und insbesondere während bewaffneter Konflikte müssen die Regelungen des humanitären Völkerrechts eingehalten werden. Dieses „räumt Tod, Verletzung und Zerstörung als unvermeidliche Begleiterscheinung bewaffneter Konflikte ein, hat aber das Ziel, menschliches Leid zu verhindern, wo es unnötig ist, und es zu lindern, wo es nicht verhindert werden kann.“⁵ Zu diesem Ziel können und sollen militärische Gesundheitseinrichtungen beitragen. Ihre Angehörigen haben daher im Kriegsvölkerrecht zum einen eine besondere Stellung und Rechte, zum anderen aber auch besondere Pflichten:

Art. 19 Stehende Sanitätsanstalten und bewegliche Sanitätsformationen des Sanitätsdienstes dürfen unter keinen Umständen angegriffen werden, sondern sind von den am Konflikt beteiligten Parteien jederzeit zu schonen und zu schützen.⁶

Sie geniessen diesen besonderen Schutz allerdings nur als „eine natürliche Folge der Erfordernisse, die die Achtung und den Schutz der Opfer von bewaffneten Konflikten gewährleisten sollen.“⁷ Geschützt sind also eigentlich die Verwundeten; der Schutz der Mediziner:innen ist dazu subsidiär. Weiterhin ist der Schutz an die Bedingung geknüpft, dass sich die Angehörigen der Sanitätsdienste nicht an Kampfhandlungen beteiligen und sie nicht „ausserhalb ihrer humanitären Aufgaben zur Begehung von Handlungen verwendet werden, die den Feind schädigen.“⁸

5 Melzer (2016), 133 f., Übersetzung des Autors.

6 International Committee of the Red Cross (2013), GC1, §19.

7 Baccino-Astrada (1982), 31, Übersetzung des Autors.

8 International Committee of the Red Cross (2013), GC1, §21.

Gemäss humanitärem Völkerrecht ist militärisches Gesundheitspersonal zudem an medizinethische Grundsätze gebunden und es ist verboten, es zu Handlungen zu zwingen, welche gegen medizinethische Prinzipien verstossen würden.⁹ Gemäss geltender rechtlicher Regelungen für bewaffnete Konflikte können und sollen sich Militärmediziner:innen also auf ihre medizinische Rolle berufen und im Zweifelsfall ihren medizinethischen Verpflichtungen folgen.

2.3 *Ethische Verpflichtungen*

Das Völkerrecht schweigt selbst aber in Bezug auf konkrete Inhalte ethischer Verpflichtungen oder deren Herkunft. Diese ‚Lücke‘¹⁰ wurde bereits 1956 von der *World Medical Association (WMA)* mit der *Havana Declaration*¹¹ adressiert, die medizinethische Richtlinien für Kriege aufstellt. Die Bedeutung solcher Prinzipien wurde 2016 in einem unter der Ägide des *International Committee of the Red Cross (ICRC)* erarbeiteten Dokuments mit dem Titel *Ethical Principles of Healthcare in Times of Armed Conflict and Other Emergencies*¹² neu bestärkt.¹³ Wie schon in der *Havana Declaration* wird auch in den neuen *Principles* die grundsätzliche Konstanz medizinethischer Prinzipien in friedlichen wie konfliktbelasteten Kontexten angenommen, denn „ethische Prinzipien ändern sich nicht [...] und bleiben dieselben wie in Friedenszeiten“.¹⁴ Ebenso soll die grundlegende Aufgabe von Mediziner:innen und ihre Verpflichtung gegenüber Patient:innen unangetastet bleiben:

Die Hauptaufgabe des Gesundheitspersonals ist es, die körperliche und geistige Gesundheit des Menschen zu erhalten und Leiden zu lindern. Sie haben die erforderliche Pflege mit Menschlichkeit zu leisten, wobei die Würde der betroffenen Person zu achten ist und jede Diskriminierung ausgeschlossen ist [...]. Wenn sie bei der Ausübung ihrer beruflichen Pflichten widersprüchliche Loyalitäten haben, ist ihre

9 International Committee of the Red Cross (2013), GC1, §12; International Committee of the Red Cross (2014), AP1, §16; Henckaerts et al. (2005), Rule 26.

10 Eigentlich macht das Reden von einer ‚Lücke‘ nur bedingt Sinn, denn ethische Prinzipien können nicht wie Recht gesetzt werden. Die Lücke ist also zum einen strukturell bedingt und zum anderen wohl auch gewollt, damit medizinethische Prinzipien von geeigneten Stellen erarbeitet und vorgeschlagen werden können.

11 World Medical Association (1956).

12 International Committee of the Red Cross (ICRC) et al. (2015).

13 Die Beteiligung einer Reihe weiterer internationaler Organisationen (neben ICRC u. a. WMA, ICMM, ICN) an der Erarbeitung des Dokuments und das spätere *Endorsement* des veröffentlichten Dokuments durch weitere Organisationen (u. a. WHO, COMEDS) verleiht dem Dokument und seinen Inhalten zusätzliches Gewicht.

14 International Committee of the Red Cross (ICRC) et al. (2015), §1.

primäre Verpflichtung im Sinne ihrer ethischen Grundsätze gegenüber ihren Patient:innen.¹⁵

Oder, sehr kurz in den Worten von Annas: „Physician First, Last, and Always“.¹⁶ Im Alltag von militärischem Gesundheitspersonal ist die Verpflichtung auf Medizinethik offensichtlich nicht immer leicht mit dem Selbstverständnis und der Kernaufgabe der Armeesaniättsdienste zu vereinbaren, die eine Bevorzugung bestimmter Populationen ungeachtet medizinischer Notwendigkeit erforderlich machen kann. Solche widersprüchlichen Verpflichtungen können zu Spannungen innerhalb von Individuen oder mit militärischen Hierarchien und Organisationen führen.¹⁷

2.4 *Doppelte Loyalität und weitere Faktoren für ethische Konflikte*

Wenn medizinethische Pflichten mit solchen aus dem militärischen Arbeitskontext kollidieren, spricht die Literatur von einer Situation doppelter oder gemischter Loyalität.¹⁸ Im Selbstverständnis des Sanitätssdienstes der Bundeswehr wird diese Problematik sogar erwähnt, denn Angehörige des Sanitätssdienstes unterliegen „sowohl den besonderen Verpflichtungen unserer Heilberufe als auch den Rechten und Pflichten als Soldatinnen und Soldaten.“¹⁹ Derartige Spannungen werden in der Literatur und von Betroffenen als Auslöser von ethischen Konflikten bei der Ausübung militärmedizinischer Tätigkeiten wahrgenommen.²⁰ Zwar wurde das Konzept einer *Dual Loyalty* ursprünglich nicht im Rahmen der Militärmedizin beschrieben, es lässt sich aber sehr gut übertragen. Die *British Medical Association* beschreibt Besonderheiten doppelter Loyalität von militärischem Gesundheitspersonal folgendermassen:

Die beruflichen und ethischen Pflichten von Ärzt:innen erfordern, dass sie Leben erhalten, Kranke und Verwundete versorgen und Leiden verringern. Als Angehörige der Streitkräfte besteht ein Teil ihrer Rolle darin, diejenigen nichtmedizinischen Militärkolleg:innen zu unterstützen, deren Funktion darin besteht, den Feind anzugreifen und ihm Schaden zuzufügen. Es können daher Umstände eintreten, in denen Ärzt:innen

15 International Committee of the Red Cross (ICRC) et al. (2015), §3, 6, Übersetzung des Autors.

16 Annas (2008).

17 Vollmuth (2015).

18 Vgl. International Dual-Loyalty Working Group (2008).

19 Sanitätssdienst der Bundeswehr (2022).

20 Vgl. etwa Hooft (2022); Mehring (2015); Vollmuth (2015); Wilson (2022).

unter Druck geraten, ihre Verpflichtungen oder Loyalitäten gegenüber dem Militär über ihre ethischen Pflichten zu stellen.²¹

Da militärische Befehle eine besondere Form von Loyalität verlangen und ihnen prinzipiell Folge geleistet werden muss, kann der Konflikt zwischen der militärischen und der medizinischen Rolle von militärischem Gesundheitspersonal besonders brisant sein. Zumindest kann er von den Betroffenen als besonders dringlich empfunden werden. Als Beispiel für Konflikte könnte etwa genannt werden, wie das Patientengeheimnis gegen ein militärisches Interesse, oder wie individuelle Bedürfnisse einer:ines Patient:in gegen kollektive Bedürfnisse einer Armeeeinheit abgewogen werden. Ebenso werden so genannte *Winning Hearts and Minds*-Kampagnen häufig genannt, oder die Verwendung von militärisch relevanten Informationen, die im Kontext medizinischer Aktivitäten (zufällig oder absichtlich) gewonnen wurden.²²

Andere typische ethische Herausforderungen, mit denen sich militärisches Gesundheitspersonal konfrontiert sieht, entstehen aber nicht aus doppelter Loyalität, auch wenn der Konflikt zwischen militärischer und medizinischer Verpflichtung in den meisten Fällen mitschwingt. Andere wichtige Faktoren können vor allem in Einsatzszenarien in den Bereichen Ressourcenknappheit, interkulturelle Differenzen (mit Verbündeten oder im Kontakt mit lokaler Bevölkerung) entstehen.

3 Moderne Kriege und Kriegsführung

Konflikte sind seit Menschengedenken auch mit dem Einsatz von Gewalt ausgetragen worden, und es ist klar, dass sich die Methoden der Kriegsführung über verschiedene Epochen verändert haben. Technologische Entwicklungen sind dabei ebenso Motor für Veränderungen wie strategische Überlegungen, natürliche Gegebenheiten und Ideologien. In Bezug auf neue Kriegsformen in der jüngeren Vergangenheit, die im vorliegenden Beitrag interessiert, wird oft von asymmetrischen und hybriden Kriegen gesprochen.²³ Auf die

21 BMA Medical Ethics Committee and Armed Forces Committee (2012), 7, Übersetzung des Autors.

22 Williamson (2011); Chamberlin (2015).

23 Der Ukraine-Krieg ist in gewisser Weise zugleich Beweis und Gegenbeweis für die Relevanz der Thesen zu veränderter Kriegsführung. Denn zum einen lässt sich der Beginn des Konfliktes mindestens bis zum teilweise hybrid geführten Konflikt um die Krim und deren Annexion durch Russland im Frühling 2014 zurückzeichnen. Zum anderen stellt sich der Krieg in der Ukraine seit dem russischen Einmarsch im Februar 2022 vor allem als konventioneller zwischenstaatlicher Krieg dar, mindestens in Bezug

Auswirkungen der veränderten Kriegsführung auf die Rolle des militärischen Gesundheitspersonals soll in den folgenden Abschnitten (3.1–3.2) eingegangen werden und dann ergänzend noch *Human Performance Enhancement* als ein spezifisch medizinischer Beitrag zur Kriegsführung betrachtet werden (3.3).

3.1 *Asymmetrische Kriegsführung*

Asymmetrische Methoden sind so alt wie der Krieg selbst, geht es in ihnen doch darum, Schwächen des Gegners zu finden und ausnutzen. Der Begriff der asymmetrischen Kriegsführung wurde aber erst nach dem Ende des Kalten Krieges und nach dem 11. September 2001 prominent.²⁴ Mit ihm wird damit auch die Abkehr vom Paradigma der zwischenstaatlichen symmetrischen Kriege bezeichnet. Offensichtlich sind auch Kriege zwischen Staaten nicht symmetrisch in Bezug auf alle Aspekte, insbesondere nicht hinsichtlich der Stärke und Ausrüstung von Armeen. Asymmetrische Strategien zielen darauf ab, eigene Stärken und Schwächen der anderen Seite gezielt auszunutzen. Sie gehören damit auch zur üblichen Strategie ansonsten symmetrischer Kriege. In Konflikten zwischen sehr ungleichen Akteuren wie etwa im so genannten ‚Krieg gegen den Terrorismus‘ kommt der Asymmetrie aber eine wichtigere Rolle zu; insbesondere, wenn asymmetrische Methoden der Kriegsführung dazu führen, dass bestehende Normen explizit in Frage gestellt oder absichtlich ausgehebelt werden, wie es das folgende Zitat beschreibt:

At its simplest, asymmetric warfare is violent action undertaken by the ‘have-nots’ against the ‘haves’ whereby the have-nots, be they state or sub-state actors, seek to generate profound effects [...] by employing their own specific relative advantages against the vulnerabilities of much stronger opponents. Often this will mean that the weak will use methods that lie outside the ‘norms’ of warfare, methods that are *radically different*.²⁵

Deutlich wird dies etwa beim Einsatz terroristischer Methoden, welche die Norm der Unterscheidung zwischen Kombattant:innen und Nichtkombattant:innen bewusst verletzt, um strategische Vorteile zu erreichen. Oder auch, wenn Guerillataktiken eingesetzt werden und sich Kämpfende in der Bevölkerung unsichtbar machen, statt wie reguläre Truppen Uniform und Waffen als sichtbare Zeichen ihrer Zugehörigkeit zur Armee offen zu tragen. Asymmetrie und

auf die Dimension des Konflikts und die Führung durch staatliche Armeen. Verschiedene Formen der Kriegsführung überlagern sich in den meisten bewaffneten Konflikten.

24 Als grundlegende Publikation gilt oft Johnson/Metz (2001).

25 Thornton (2007), if., Hervorhebung im Original.

asymmetrische Vorteile können also sowohl auf der strategischen als auch auf den taktischen oder operativen Ebenen gesucht werden.²⁶

Auch wenn man aus dem Gesagten schliessen könnte, dass der analytische Nutzen des Paradigmas der asymmetrischen Kriegsführung in Bezug auf spezifische neue Aspekte eher gering ist, möchte ich einen Punkt herausheben, der für die militärische Gesundheitsversorgung relevant ist. Pfanner spricht davon, dass die „Trennlinie zwischen Kombattant:innen und Zivilist:innen in asymmetrischen Kriegen [...] bewusst verwischt und manchmal getilgt wird.“²⁷ Ähnliches gilt letztlich für die Grenzen von Krieg und Frieden und auch die geographische Abgrenzung des Kriegsgebiets. Wenn diese Unterscheidungen verschwimmen, bewusst nicht mehr eingehalten werden und in der Folge der Krieg weder räumlich noch anderweitig klar abgegrenzt ist, wird auch die Abgrenzung medizinischer Versorgung als ‚ausserhalb des Krieges stehend‘ schwieriger. Wo die Seiten unklar sind, wird auch die unparteiische Positionierung im ‚Dazwischen‘ oder in einem neutralen Raum erschwert.²⁸ Auf diese Effekte und die mit ihnen verbundenen ethischen Herausforderungen wird in Abschnitt 4 noch genauer eingegangen, hier möchte ich zunächst auf neuere Kriegsformen zurückkommen.

3.2 *Hybride Kriege und Kriegsführung*

Mit der Bezeichnung von Bedrohungen, Konflikten und Kriegen als ‚hybrid‘ geht in erster Linie die Erkenntnis einher, dass diese Herausforderungen nicht rein militärischer Natur sind.²⁹ Die erste breit rezipierte Verwendung des Begriffs ‚hybrider Krieg‘ ist in einem Beitrag von zwei US-amerikanischen Militärangehörigen mit dem Titel *Future Warfare: The Rise of Hybrid Wars*.³⁰ Der Begriff ‚hybrider Krieg‘ wird dort als Gefäss benutzt, um eine Vielzahl möglicher zukünftiger Bedrohungen zu beschreiben, die alle als Merkmale solcher neuartigen Kriege in Frage kommen. Eine Eingrenzung des Begriffs hybrider Krieg scheint dabei gar nicht gewollt zu sein und dieser bleibt bis heute unter-definiert.³¹ Nach Münkler ist er gar Ausdruck einer „semantischen Ratlosigkeit“ und wird verwendet als „Sammelbegriff, mit dem recht unterschiedliche Formen organisierter Gewalt sowie völkerrechtlich unzulässiger Einflussnahme auf einen anderen Staat bezeichnet werden.“³² Dennoch (oder

26 Vgl. Johnson/Metz (2001), 4f.

27 Pfanner (2005), 153, Übersetzung des Autors.

28 Messelken (2017).

29 Vgl. Glenn (2009).

30 Hoffman/Mattis (2005).

31 Vgl. Solmaz (2022); Tenenbaum (2015).

32 Münkler (2015), 22.

vielleicht auch wegen dieser Ungenauigkeit) wurde die Bezeichnung von Konflikten als hybrid in den letzten Jahren vermehrt verwendet.

In der breiteren Öffentlichkeit wurden hybride Bedrohungen (beziehungsweise die Bezeichnung von Bedrohungen als hybrid) wohl zum ersten Mal im Zusammenhang mit der Annexion der Krim durch Russland 2014 wahrgenommen. Die NATO verwendete die Charakterisierung ‚hybrid‘ damals, um die von Russland eingesetzten Methoden zu bezeichnen und unter neue Formen der Kriegsführung zu subsumieren. Seitdem werden Mittel und Strategien wie zum Beispiel reguläre und irreguläre Truppen, die gemeinsam und für das gleiche Ziel mit militärischen Mitteln kämpfen, aber auch Cyber-Warfare, Einmischung in Wahlen, Beeinflussung von Meinungen, Propaganda und andere nicht-kinetische Methoden als Methoden hybrider Kriegsführung verstanden. In einem Dokument der EU-Kommission wird das folgendermassen zusammengefasst:

The concept of hybrid threats aims to capture the mixture of conventional and unconventional, military and non-military, overt and covert actions that can be used in a coordinated manner by state or non-state actors to achieve specific objectives while remaining below the threshold of formally declared warfare.³³

Während hybride Kriege unterhalb einer Schwelle klassischer und erklärter Kriege (zwischen Staaten) bleiben, betreffen sie zugleich verschiedene Bereiche des scheinbar normalen Lebens und sind damit, im Ergebnis ähnlich wie asymmetrische Konflikte, kaum in klarer Weise von nicht-kriegerischen Zuständen abzugrenzen.

Alternativ zur Rede von asymmetrischen oder hybriden Konflikten könnte in Bezug auf die in diesem Beitrag verfolgte Frage nach den Effekten moderner Kriegsführung auf die Rolle von Militärmediziner:innen von ‚*complex emergencies*‘ gesprochen werden, um die veränderten Ausgangsbedingungen zu beschreiben.³⁴ Die *World Health Organization (WHO)* versteht unter solchen komplexen Notfallsituationen:

situations of disrupted livelihoods and threats to life produced by warfare, civil disturbance and large-scale movements of people, in which any emergency response has to be conducted in a difficult political and security environment.³⁵

33 The European Commission (2016).

34 Vgl. Messelken/Winkler (2022).

35 World Health Organization (WHO)/Wisner/Adams (2002), 4.

Zwar ist die primäre Aufgabe militärischer Gesundheitsversorgung nicht wie die der WHO im Bereich ziviler Medizin. Aber Militärmediziner:innen agieren eben auch in den als *complex emergencies* beschriebenen Kontexten und sind dabei wie ihre zivilen Kolleg:innen als Nothelfer:innen im Einsatz. Die Herausforderungen, die sich aus den als komplexe Notfälle beschriebenen Kontexten ergeben, sind für alle Mediziner:innen ähnlich, sofern sie in erster Linie in ihrer Rolle als Mediziner:in arbeiten.

3.3 *Human Performance Modification/Enhancement*

Eine vollkommen andere Form von Innovation im Bereich Kriegsführung ist für diesen Beitrag noch von besonderer Relevanz, da sie eine sehr viel direktere Beteiligung von medizinischem Personal (oder medizinisch geschultem Personal) an *acts harmful to the enemy* beinhaltet. Die Rede ist von medizinischem *Human performance enhancement (HPE)*, der Leistungssteigerung mithilfe medizinischer oder pharmakologischer Mittel. Zwar ist auch das keine ganz neue Methode in der Kriegsführung,³⁶ neuere Forschung und Mittel könnten aber zu einer qualitativen und quantitativen Veränderung des Einsatzes von HPE führen. In Bezug auf konkrete Einsatzmöglichkeiten ist heute vieles noch Spekulation, aber es geht bereits jetzt um mehr als Science-Fiction-Phantasien.³⁷

Allgemein versteht man unter HPE „biomedizinische Eingriffe, die dazu dienen, die menschliche Verfassung oder Leistungsfähigkeit über das Mass hinaus zu verbessern, das zur Wiederherstellung oder Erhaltung der Gesundheit erforderlich ist.“³⁸ Es geht also darum, „Fähigkeiten über das spezies-typische Niveau oder den statistisch normalen Leistungsbereich eines Individuums hinaus zu steigern“.³⁹ Die Abgrenzung findet vor allem gegenüber therapeutischen medizinischen Eingriffen statt, welche aus *medizinischer* Perspektive notwendig sind und mit dem Ziel durchgeführt werden, einen (statistischen/individuellen) Normalzustand wiederherzustellen, der durch Krankheit oder Verletzung beeinträchtigt ist.⁴⁰ Bei HPE werden Eingriffe hingegen nicht aus medizinischer Indikation durchgeführt, sondern gezielt zur Steigerung bestimmter Leistungen/Fähigkeiten über den Normalzustand hinaus eingesetzt. Welche das jeweils sind, ergibt sich aus kontextuellen Anforderungen bzw. den Wünschen und Zielen der HPE-Empfänger:innen

36 Zumindes die enthemmende Wirkung von Alkohol bzw. Drogen und die Leistungssteigerung durch Aufputzmittel sind lange bekannte und eingesetzte Methoden.

37 Vgl. etwa de Boisboissel/Revue (2020); Messelken/Winkler (2020).

38 Juengst/Moseley (2016), Übersetzung des Autors.

39 Allhoff/Moor/Weckert (2010), 3, Übersetzung des Autors.

40 Vgl. Daniels (2000).

oder Auftraggeber:innen. Offen gelassen sind in den genannten Definitionen ebenso die Fragen, welche konkreten Mittel genutzt werden, ob diese zum Beispiel reversibel sind oder ob sich das *Enhancement* auf die körperliche oder kognitive Leistungsfähigkeit auswirkt.

Dass der Einsatz leistungssteigernder Mittel überhaupt zum Aufgabenspektrum eines Armeesaniätätsdienstes gehört, ist nicht selbstverständlich. Der Rückgriff auf HPE lässt sich als Präventionsauftrag oder als Beitrag zur *Force Health Protection* verstehen. Diese wird in der Doktrin der NATO verstanden als:

All medical efforts to promote or conserve physical and mental well-being, reduce or eliminate the incidence and impact of disease, injury and death and enhance operational readiness and combat effectiveness of the forces.⁴¹

Während Gesundheitsprävention (z. B. Malaria-Prophylaxe) klar als Teil der medizinischen Kernaufgabe der militärischen Gesundheitsversorgung zu sehen ist, ist das bei HPE nicht so eindeutig. Denn während sich der Nutzen von klassischer Prävention an der Erhaltung der Gesundheit messen lässt und dabei dieselben Kriterien wie in zivilen Kontexten angelegt werden können, sind der Nutzen von und die Motivation für den Einsatz von HPE explizit militärischer Natur. Aus ethischer Sicht scheint HPE daher geradezu ein Lehrbuchbeispiel für die möglichen Rollenkonflikte von Militärmediziner:innen zu sein, da es sich bei HPE-Massnahmen um medizinische Eingriffe handelt, die aus medizinischer Sicht nicht notwendig sind, sondern rein militärisch begründet werden.⁴² Klar ist, dass HPE nur auf der eigenen Seite und auch dort nur selektiv zum Einsatz kommt.⁴³ Etwas provokant könnte man von der ‚Militarisierung‘ oder *weaponization* der Medizin sprechen; entsprechend kann die Beteiligung von Militärmediziner:innen an HPE auch als Überschreitung der Grenze zwischen rein humanitärer und militärischer Tätigkeit interpretiert werden. Aus ethischer Perspektive ist eine solche Entwicklung sehr kritisch zu betrachten. Es wird in der Literatur bereits diskutiert, ob mit der Beteiligung an HPE ein Verlust des völkerrechtlichen Schutzes einhergehen könnte.⁴⁴

41 NATO (2019), Annex F, Hervorhebung des Autors.

42 Ich habe einige ethische Fragen im Zusammenhang mit HPE an anderer Stelle (Messelken [2020a]) analysiert.

43 Es besteht allerdings, wie gesehen, auch keine medizinische Notwendigkeit, es wird also nicht direkt eine therapeutisch notwendige Behandlung vorenthalten.

44 Vgl. Liivoja (2017).

4 Effekte und Herausforderungen

Im verbleibenden Teil dieses Beitrags sollen die bisherigen Analysen zusammengeführt und aufgezeigt werden, mit welchen ethischen Herausforderungen Militärmediziner:innen durch veränderte Kriegsführung konfrontiert sind. Konkret wird dabei auf die Praxis von *embedded medical personnel* (4.1) und Missachtungen der Prinzipien von Neutralität und Unparteilichkeit (4.2) eingegangen.

4.1 ‚Eingebettete‘ medizinische Versorgung

Die Hauptaufgabe der Armeesaniätätsdienste liegt in der medizinischen Versorgung der Armeeangehörigen. Dazu gehört während kriegerischen Konflikten offensichtlich die Behandlung von im Gefecht Verletzten. Hinsichtlich der Qualität der Behandlung setzt sich z. B. der Sanitätsdienst der Bundeswehr die „Maxime, die uns anvertrauten Soldatinnen und Soldaten weltweit so zu versorgen, dass das Ergebnis dem fachlichen Standard in Deutschland entspricht.“⁴⁵ Um das damit verbundene Ziel (möglichst wenige Opfer beklagen zu müssen) zu erreichen, ist eine möglichst zeitnah zur Verwundung einsetzende Behandlung entscheidend. Wenn es zum Einsatz von Bodentruppen kommt, werden daher Militärmediziner:innen teilweise in kämpfende Einheiten ‚eingebettet‘ in Einsätze geschickt, damit sie nötigenfalls sofort zur Stelle sind. Diese Entwicklung hängt mit den Realitäten neuer Kriegsformen zusammen, in denen es oft keine Frontlinie gibt, *hinter* der klassischerweise die Versorgung der Verwundeten organisiert wurde. Wenn unklar ist, wo und wann (z. B. Patrouillen in Afghanistan) angegriffen wird und damit auch in grösserer Distanz zu Stützpunkten gerechnet werden muss, scheint die Einbettung medizinischer Einheiten ein probates Mittel zur schnellen Versorgung zu sein.

Allerdings geht durch eine solche ‚Einbettung‘ der Abstand zwischen militärischen und medizinischen Einheiten und Funktionen verloren. Das ist zum einen wörtlich, d. h. im geographischen Sinn zu verstehen: Es gibt keinen räumlichen Abstand zwischen kombattanten und geschützten Einheiten, wie er völkerrechtlich gefordert ist.⁴⁶ Zum anderen geht Abstand aber auch im übertragenen Sinn verloren: Angehörige der Sanitätsdienste fühlen sich, wenn sie häufig in kämpfende Einheiten eingebettet sind, stärker als Soldat:innen und weniger als Mediziner:innen. Das äussert sich etwas in Forderungen

45 Sanitätsdienst der Bundeswehr (2022).

46 International Committee of the Red Cross (2013), GC1, §19.

nach besserer Bewaffnung, vollständiger Abtarnung der Schutzzeichen⁴⁷ oder der Übernahme militärischer Organisationskulturen.⁴⁸ Im Ergebnis wird die konzeptuelle und tatsächliche Unterscheidung von medizinischen und militärischen Aufgaben und Einheiten verwischt. Eine Abgrenzung ist aber wichtig, um die oben diskutierte Herausforderung einer doppelten Loyalität zur verringern, die der „janusköpfigen“ beruflichen Identität⁴⁹ von Militärmediziner:innen inhärent ist, und um ihnen die Einhaltung medizin-ethischer Prinzipien zu erleichtern. Die Einbettung in kämpfende Einheiten kann also als nachvollziehbare Reaktion auf neue Kriegsrealitäten gesehen werden; sie kommt aber mit der Gefahr, die Sonderstellung der medizinischen Aufgabe mindestens perspektivisch zu hintergehen.

4.2 *Missachtung von Neutralität/Guilt by association*

In den vergangenen Jahren und im Kontext asymmetrischer und hybrider Konflikte ist von einem Anstieg direkter Angriffe auf medizinische Einrichtungen gesprochen worden.⁵⁰ Davon sind zum einen die eben genannten eingebetteten medizinischen Einheiten betroffen. Zum anderen sind solche Angriffe auch ein Symptom für die mangelnde Akzeptanz des geschützten Status, den Gesundheitspersonal und medizinische Infrastruktur völkerrechtlich und aus ethischer Perspektive genießen sollten. Ohne derartige Angriffe damit zu rechtfertigen, muss man aber leider feststellen, dass auf allen Seiten und auch in philosophischen Auseinandersetzungen das Postulat der Neutralität medizinischer Aktivitäten unter Druck geraten ist.

In der philosophischen Debatte innerhalb der ‚revisionistischen‘ Theorie des gerechten Krieges wird etwa argumentiert, dass die medizinische Versorgung von *unjust combattants* ein Beitrag zu einer (künftigen) ungerechten Bedrohung sein kann⁵¹ oder eine pflegerische Handlung nicht automatisch deswegen entschuldigt ist, weil sie in erster Linie medizinische Zwecke verfolgt.⁵² Die klassische (funktionalistische) Unterscheidung zwischen Beitrag zu kriegerischen Aktivitäten und Beitrag zu menschlichen Bedürfnissen⁵³

47 Vgl. von Uslar (2009).

48 Vgl. Hooft (2022), 99ff., 186ff.

49 Vgl. Gordon (2015), 189.

50 Vgl. Tamanini/International Committee of the Red Cross (ICRC) (2015); Rubenstein (2021).

51 Frowe (2014), 202.

52 Fabre (2009), 55.

53 Vgl. Walzer (2000), 146.

wird in der neueren Auslegung so nicht mehr gemacht.⁵⁴ Dabei geht eine Unterscheidung verloren, die Nagel in *War and Massacre* wie folgt beschreibt:

[M]edical attention is a species of attention to completely general human needs, not specifically the needs of a combat soldier, and our conflict with the soldier is not with his existence as a human being.⁵⁵

In der Praxis zeigen sich ähnliche Herangehensweisen (vor allem im Kontext des so genannten *War on Terror* und anderen neuen Kriegen) zum Beispiel in der Kriminalisierung humanitärer Hilfe oder in deren Behinderung in Regionen, in denen „Terroristen“ vermutet werden.⁵⁶ Hilfe wird illegalisiert, weil sie *auch* Angehörigen von Konfliktparteien zugute kommen *könnte*. Unparteiische Hilfe für alle Menschen, die in einer betroffenen Regionen leben, wird verunmöglich bzw. würden die Helfenden ein grosses Risiko eingehen, eben nicht als neutral sondern als Teil des Konfliktes betrachtet zu werden. Der indirekte und auch langfristige Schaden der Missachtung humanitärer Prinzipien übersteigt dabei die direkten Schäden militärischen Gewalteinsatzes.⁵⁷

Militärisches Gesundheitspersonal wiederum ist in der Frage, wer behandelt werden darf, in vielen Fällen durch missionsspezifische Vorgaben eingeschränkt und kann entsprechend nicht allein auf der Basis medizinischer Kriterien entscheiden. Solche *Medical Rules of Eligibility* sind in der Praxis notwendig, um die Versorgung der eigenen Truppen angesichts knapper Ressourcen zu garantieren. Sie stellen aber auch eine ethisch fragwürdige Bevorzugung ausgewählter Populationen dar, die mit den Prinzipien der Unparteilichkeit und Neutralität nicht vereinbar ist und zumindest aus ethischer Perspektive unter Rechtfertigungsdruck steht.⁵⁸

5 Abschluss

Krieg ist leider eine Konstante der bisherigen Menschheitsgeschichte. Wie er geführt wird, unterliegt einem ständigen Wandel, der durch neue Technologien ebenso vorangetrieben wird wie durch strategische Überlegungen und

54 Ich habe diese Debatte in Messelken (2020b) ausführlicher dargestellt.

55 Nagel (1972), 141.

56 Vgl. Palama (2022); Pozo Marín/Ben Ali (2021).

57 Vgl. Wise (2017).

58 Messelken (2023).

Ideologien. So lange wie kriegerische Auseinandersetzungen gibt es aber in verschiedensten Kulturen auch Ideen und Traditionen, nach denen auch in Kriegen nicht alles erlaubt ist. Solche Vorstellungen haben sich zwar in der Praxis oft nicht durchsetzen können, aber die über 150-jährige Idee der Genfer Konventionen und die noch ältere Idee der Begrenzung des Krieges muss gegen eine Entgrenzung von Gewalt und Kriegen verteidigt werden; dies auch und gerade angesichts neuer und tendenziell entgrenzter Formen der Kriegsführung, wie sie sich etwa in asymmetrischen und hybriden Kriegen zeigen. Der Schutz medizinischer Versorgung und die Aufrechterhaltung humanitärer Räume in kriegerischen Konflikten ist gewissermassen ein Minimum, und zugleich auch ein Test für Ernsthaftigkeit der (eigenen) Anstrengung zur Begrenzung von Kriegen.

Danksagung

Die Arbeit am vorliegenden Text wurde finanziert vom Kompetenzzentrum Militär- und Katastrophenmedizin (Armeestab Sanität, Schweizer Armee). Die vertretenen Positionen sind ausschliesslich diejenigen des Autors und keine offiziellen Positionen der finanzierenden Institutionen.

Bibliographie

- Allhoff, F., Lin, P., Moor, J., and Weckert, J. (2010). Ethics of human enhancement: 25 questions & answers. *Studies in Ethics, Law, and Technology* 4 (1).
- Annas, G. J. (2008). Military Medical Ethics – Physician First, Last, Always. *New England Journal of Medicine* 359 (11), 1087–1090.
- Baccino-Astrada, A. (1982). *Manual on the Rights and Duties of Medical Personnel in Armed Conflicts*. Geneva: ICRC.
- BMA Medical Ethics Committee and Armed Forces Committee (2012). *Ethical decision-making for doctors in the armed forces: a tool kit*. London. Online available: <https://www.bma.org.uk/advice/employment/ethics/armed-forces-ethics-toolkit> (Retrieved: 29.11.2022).
- Chamberlin, S., and Eagan, M. (2015). Medicine as a Non-Lethal Weapon: The Ethics of “Winning Hearts and Minds”. *Ethics and Armed Forces* 1, 9–16.
- Daniels, N. (2000). Normal Functioning and the Treatment-Enhancement Distinction. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 9 (3), 309–322.
- de Boisboissel, G., and Revue, M., Eds. (2020). *Enhancing Soliders. A European Ethical Approach*. Paris: CREC/EuroISME.

- Fabre, C. (2009). Guns, Food, and Liability to Attack in War. *Ethics* 120 (1), 36–63.
- Frowe, H. (2014). *Defensive killing*. Oxford.
- Glenn, R.W. (2009). Thoughts on “Hybrid” Conflict. *Small Wars Journal* 2.
- Gordon, S. (2015). Chapter 9. The British Military Medical Services and Contested Humanitarianism. In: S.A. Abramowitz, and C. Panter-Brick, Eds., *Medical Humanitarianism*, Pennsylvania, 176–190. Online available: <https://www.degruyter.com/document/doi/10.9783/9780812291698-011/html> (Retrieved: 17.8.2022).
- Henckaerts, J.-M., Doswald-Beck, L., Alvermann, C., and ICRC, Eds. (2005). *Customary international humanitarian law*. Cambridge.
- Hoffman, F.G., and Mattis, J.N. (2005). Future Warfare: The Rise of Hybrid Wars Proceedings. *Proceedings Magazine*, 18–19.
- Hooft, F. (2022). *White coats, green jackets*. Utrecht (Dissertation).
- International Committee of the Red Cross (2013). *The Geneva Conventions of 12 August 1949*. Geneva.
- International Committee of the Red Cross, Ed. (2014). *Protocols Additional to the Geneva Conventions of 12 August 1949*. Geneva: ICRC.
- International Committee of the Red Cross (ICRC), World Medical Association (WMA), International Committee of Military Medicine (ICMM), International Council of Nurses (ICN), and International Pharmaceutical Federation (FIP) (2015). *Ethical Principles of Health Care in Times of Armed Conflict and Other Emergencies*. Geneva: ICRC. Online available: https://www.icrc.org/en/download/file/9567/ethical_principles_of_health_care.pdf (Retrieved: 9.11.2022).
- International Dual-Loyalty Working Group (2008). Dual-Loyalty and Human Rights in Health Professional Practice: Proposed Guidelines and Institutional Mechanisms. In: F. Allhoff, Ed., *Physicians at War: The Dual-Loyalties Challenge*, Dordrecht, 15–38.
- Johnson, D.V., and Metz, S. (2001). *Asymmetry and US military strategy: definition, background, and strategic concepts*. DIANE Publishing.
- Juengst, E., and Moseley, D. (2016). Human Enhancement. In: E.N. Zalta, Ed., *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*, Stanford.
- Liivoja, R. (2017). Biomedical Enhancement of Warfighters and the Legal Protection of Military Medical Personnel in Armed Conflict. *Medical Law Review* 26 (3), 421–448.
- Mehring, S. (2015). *First do no harm: medical ethics in international humanitarian law*. Leiden, Boston.
- Melzer, N. (2016). *International Humanitarian Law: A Comprehensive Introduction*. Geneva: ICRC.
- Messelken, D. (2017). Medical Care During War: A Remainder and Prospect of Peace. In: F. Demont-Biaggi, Ed., *The Nature of Peace and the Morality of Armed Conflict*, Palgrave Macmillan, 293–321.

- Messelken, D. (2020a). Ethical Reflections on the Role of Military Health Care Providers in Enhancement. In: G. de Boisboissel, and M. Revue, Eds., *Enhancing Soliders. A European Ethical Approach*, Paris: CREC/EuroISME, 128–134.
- Messelken, D. (2020b). Medizinische Neutralität unter Beschuss. In: B. Kobow, J. Brandl, und D. Messelken, Hrsg., *Analytische Explikationen & Interventionen*, Paderborn, 328–348.
- Messelken, D. (2023). Medical Rules of Eligibility – Can preferential medical treatment provisions be ethically justified? In: S.M. Eagan, and D. Messelken, Eds., *Resource Scarcity in Austere Environments – An Ethical Examination of Triage and Medical Rules of Eligibility*, Cham: Springer.
- Messelken, D., and Winkler, D., Eds. (2022). *Health Care in Contexts of Risk, Uncertainty, and Hybridity*. Cham: Springer. Online available: <https://link.springer.com/10.1007/978-3-030-80443-5> (Retrieved: 25.11.2021).
- Messelken, D., and Winkler, D., Eds. (2020). *Ethics of Medical Innovation, Experimentation, and Enhancement in Military and Humanitarian Contexts*. Cham: Springer.
- Münkler, H. (2015). Hybride Kriege. Die Auflösung der binären Ordnung von Krieg und Frieden und deren Folgen. *Ethik und Militär* (2), 22–25.
- Nagel, T. (1972). War and massacre. *Philosophy & Public Affairs* 1 (2), 123–144.
- NATO (2019). *Allied Joint Doctrine for Medical Support*. *AJP-4.10(C)*. NATO Standardization Office (NSO).
- Palama, A. (2022). Impact of US Anti-Terrorism Legislation on the Obligation of Non-state Armed Groups to Provide Medical Care to the Wounded and Sick Under IHL. In: D. Messelken, and D. Winkler, Eds., *Health Care in Contexts of Risk, Uncertainty, and Hybridity*, Cham, 49–76. Online available: https://link.springer.com/10.1007/978-3-030-80443-5_4 (Retrieved: 15.9.2022).
- Pfanner, T. (2005). Asymmetrical warfare from the perspective of humanitarian law and humanitarian action. *International Review of the Red Cross* 87 (857), 149–174.
- Pozo Marín, A., and Ben Ali, R. (2021). Guilt by association: Restricting humanitarian assistance in the name of counterterrorism. *International Review of the Red Cross* 103 (916/917), 539–554.
- Rubenstein, L.S. (2021). *Perilous medicine: the struggle to protect health care from the violence of war*. New York.
- Sanitätsdienst der Bundeswehr (2022). *Auftrag und Selbstverständnis des Sanitätsdienstes*. Online unter: <https://www.bundeswehr.de/de/organisation/sanitaetsdienst/aufgaben-und-selbstverstaendnis-sanitaetsdienst-bundeswehr> (Zugriff: 28.11.2022).
- Schweizer Armee (2013). *Sanitätsdienst der Armee. Reglement 59.020d*. Bern: Schweizer Eidgenossenschaft.
- Sidel, V.W., and Levy, B.S. (2003). Physician-Soldier: A moral dilemma? In: T.E. Beam, L.R. Sparacino, Eds., *Military Medical Ethics*. Vol 1, Washington, 293–329.

- Solmaz, T. (2022). 'Hybrid Warfare': One Term, Many Meanings. *Small Wars Journal* (February). Online available: <https://smallwarsjournal.com/index.php/jrnl/art/hybrid-warfare-one-term-many-meanings> (Retrieved: 10.11.2022).
- Tamanini, M., and International Committee of the Red Cross (ICRC) (2015). *Health Care in Danger – violent incidents affecting the delivery of health care. January 2012 to December 2014*. Geneva: ICRC.
- Tenenbaum, E. (2015). Hybrid Warfare in the Strategic Spectrum: An Historical Assessment. In: G. Lasconjarias, J.A. Larsen, Eds., *NATO's Response to Hybrid Threats*, Rome: NATO Defense College, Research Division, 95–112.
- The European Commission (2016). *FAQ: Joint Framework on Countering Hybrid Threats*. Online available: https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/MEMO_16_1250 (Retrieved: 10.11.2022).
- Thornton, R. (2007). *Asymmetric warfare: threat and response in the 21st century*. Polity.
- Vollmuth, R. (2015). Die Gefahr der „schiefen Ebene“ – Sanitätspersonal zwischen Medizinethik und militärischem Auftrag. *Ethik und Militär* 2015–01.
- von Uslar, R. (2009). Rotes Kreuz im Fadenkreuz. *Wehrmedizin und Wehrpharmazie* (3), 44–52.
- Walzer, M. (2000). *Just and unjust wars a moral argument with historical illustrations*. 3rd Ed. New York: Basic Books.
- Williamson, J. (2011). Using humanitarian aid to 'win hearts and minds': a costly failure? *International Review of the Red Cross* 93 (884), 1035–1061.
- Wilson, C.B. (2022). Dual Loyalty/ Military Medicine. *World Medical Journal* 70 (3), 4–7.
- Wise, P.H. (2017). The Epidemiologic Challenge to the Conduct of Just War: Confronting Indirect Civilian Casualties of War. *Daedalus* 146 (1), 139–154.
- World Health Organization (WHO), Wisner, B., and Adams, J. (2002). *Environmental health in emergencies and disasters*. Geneva: WHO.
- World Medical Association (1956). *WMA Regulations in Times of Armed Conflict (Havana Declaration)*. Geneva: WMA.