

Aus dem Institut für Ethik und Geschichte der Medizin
(Prof. Dr. C. Wieseemann)
der Medizinischen Fakultät der Universität Göttingen

Das Alter als Verteilungskriterium in der medizinischen humanitären Hilfe

Eine ethische Analyse internationaler humanitärer Richtlinien

INAUGURAL-DISSERTATION

zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizinischen Fakultät der
Georg-August-Universität zu Göttingen

vorgelegt von

Johannes Georg Michael Immler

aus

Kassel

Göttingen 2022

Dekan: Prof. Dr. med. W. Brück

Betreuungsausschuss

Betreuer*in: Prof. Dr. rer. nat. S. Schicktanz

Ko-Betreuer*in: Prof. Dr. med. E. Hummers

Prüfungskommission

Referent*in: Prof. Dr. rer. nat. S. Schicktanz

Ko-Referent*in: Prof. Dr. med. E. Hummers

Drittreferent*in: Prof. Dr. med. R. Dressel

Datum der mündlichen Prüfung: 21.11.2023

Hiermit erkläre ich, die Dissertation mit dem Titel „Das Alter als Verteilungskriterium in der medizinischen humanitären Hilfe – Eine ethische Analyse internationaler humanitärer Richtlinien“ eigenständig angefertigt und keine anderen als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet zu haben.

Göttingen, den 20.01.2023

.....

(Unterschrift)

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	III
Tabellenverzeichnis	IV
Abkürzungsverzeichnis	V
1 Einleitung	1
1.1 Stand der Forschung und Ausgangsüberlegungen	3
1.1.1 Relevante Begriffsdefinitionen: Medizinische humanitäre Hilfe; humanitäre Richtlinien	3
1.1.2 Medizinethische Ausgangslage: Die Abwesenheit eines anerkannten ethischen Konzepts der medizinischen humanitären Hilfe	6
1.1.3 Empirischer Forschungsstand	8
1.2 Fragestellung und Ziele der Arbeit	11
2 Material und Methoden	13
2.1 Deskriptiv-ethische Problemanalyse zum Alter als Verteilungskriterium in der medizinischen humanitären Hilfe	13
2.1.1 Wahl einer deskriptiv-ethischen Zugangsweise	13
2.1.2 Literaturrecherche zum ethischen Diskurs	15
2.2 Qualitative Inhaltsanalyse ausgewählter humanitärer Richtlinien	16
2.2.1 Wahl der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring als methodischen Zugang	16
2.2.2 Dokumente als Datenmaterial der qualitativen Inhaltsanalyse	17
2.2.3 Bestimmung des Ausgangsmaterials	18
2.2.3.1 Systematisierung humanitärer Richtlinien	18
2.2.3.2 Auswahlkriterien	20
2.2.3.3 Recherche und Auswahlbegründung	21
3 Ergebnisse I: Deskriptiv-ethische Problemanalyse	24
3.1 Moralische Anforderungen an Verteilungsentscheidungen der medizinischen humanitären Hilfe im globalen Kontext	24
3.2 Ethische Grundlagen zur Verteilung knapper Ressourcen im Kontext medizinischer humanitärer Hilfe	28
3.3 Das Alter als Verteilungskriterium	31
3.3.1 Utilitaristische Argumente	31
3.3.2 Priority View	34
3.3.2.1 Das Argument der fairen Lebenszeit	34
3.3.2.2 Das Argument der natürlichen Lebensspanne	36
3.3.2.3 Das Argument der klugen Lebensplanung	39
3.3.2.4 Zwischenfazit	41
3.4 Altersbilder im interkulturellen Kontext	42
3.5 Fazit	47
4 Ergebnisse II: Qualitative Inhaltsanalyse ausgewählter humanitärer Richtlinien	50
4.1 Kategorienbildung auf der Basis identifizierter ethischer Ansätze und Argumente	50
4.1.1 Deduktive Bestimmung der Hauptkategorien	50
4.1.2 Ausdifferenzierung des Kategoriensystems	53

4.2	Analyse der einzelnen Richtlinien	58
4.2.1	ICRC-Code of Conduct.....	58
4.2.2	Sphere-Handbuch.....	60
4.2.3	WMA-Patienten-Richtlinien	64
4.2.4	WMA-Desaster-Richtlinien.....	65
4.2.5	ICN-Richtlinien	67
4.2.6	MSF-Richtlinien.....	69
4.2.7	HelpAge-Richtlinien.....	70
4.2.8	STC-Richtlinien.....	72
4.3	Vergleichende Analyse der Richtlinien.....	75
4.3.1	Spannungsfeld organisationsübergordnete/organisationsinterne Richtlinien.....	75
4.3.2	Spannungsfeld berufsgruppenspezifische/organisationsinterne Richtlinien	76
4.3.3	Spannungsfeld organisationsübergordnete/berufsgruppenspezifische Richtlinien	78
4.4	Die Rolle von (inter)kulturellen Altersbildern in den Richtlinien.....	78
4.4.1	Altersdefinitionen	78
4.4.2	Interkulturelle Altersbilder und die Verteilung knapper Ressourcen	80
4.5	Zusammenfassung der qualitativen Inhaltsanalyse	81
4.5.1	Analyse der einzelnen Richtlinien	81
4.5.1.1	Identifizierte Regelungen zum Alter als Verteilungskriterium	83
4.5.1.2	Textimmanente (In)Konsistenzen bezüglich des Alters als Verteilungskriterium	84
4.5.2	Vergleichende Analyse der Richtlinien.....	85
4.5.3	Interkulturelle Altersbilder in den Richtlinien.....	88
5	Diskussion	89
5.1	Limitationen der Arbeit.....	89
5.1.1	Methodische Limitationen	89
5.1.1.1	Entwicklung und Verwendung des Kategoriensystems	89
5.1.1.2	Auswahl der Richtlinien.....	90
5.1.2	Grenzen ethischer Kritik im globalen Kontext	91
5.2	Etwaige Vorteile transparenter, ethisch begründeter Verteilungskriterien.....	92
5.2.1	Praktische Vorteile transparenter Verteilungskriterien.....	92
5.2.2	Transparente Verteilungskriterien und die Legitimation humanitärer Richtlinien.....	93
5.3	Argumente zum Alter als Verteilungskriterium im Lichte interkultureller Altersbilder	96
5.3.1	Die Bedeutung interkulturell divergierender Altersbilder für utilitaristische Abwägungen zum Alter als Verteilungskriterium.....	96
5.3.2	Die Heterogenität von Lebenslaufkonzepten im interkulturellen Kontext als Gegenargument zu den Argumenten der fairen Lebenszeit, der natürlichen Lebensspanne und der klugen Lebensplanung	97
5.4	Ausblick.....	100
6	Zusammenfassung.....	102
7	Anhang.....	104
8	Literaturverzeichnis	107

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Systematisierung humanitärer Richtlinien.....	20
Abbildung 2: Endgültiges Kategoriensystem	52
Abbildung 3: Analyse der einzelnen Richtlinien (Ergebnisse).....	82
Abbildung 4: Richtlinienvergleichende Analyse (Ergebnisse).....	86

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Entwicklung der Schlagwörter zur Literaturrecherche aus den Bereichsfeldern	15
Tabelle 2: Auflistung der analysierten Richtlinien.....	23
Tabelle 3: Kodierte Textstellen im ICRC-Code of Conduct.....	58
Tabelle 4: Kodierte <i>allgemeine Wertestements</i> im Sphere-Handbuch	60
Tabelle 5: Kodierte <i>konkrete Handlungsanweisungen</i> im Sphere-Handbuch.....	61
Tabelle 6: Kodierte Textstellen in den WMA-Patienten-Richtlinien	64
Tabelle 7: Kodierte Textstellen in den WMA-Desaster-Richtlinien	65
Tabelle 8: Kodierte Textstellen in den ICN-Richtlinien	67
Tabelle 9: Kodierte Textstellen in den MSF-Richtlinien	69
Tabelle 10: Kodierte Textstellen in den HelpAge-Richtlinien	71
Tabelle 11: Kodierte Textstellen in den STC-Richtlinien.....	72
Tabelle A1: Kategoriendefinitionen der deduktiv gebildeten Hauptkategorien	104

Abkürzungsverzeichnis

HelpAge-Richtlinien	<i>older people in disasters and humanitarian crisis: guidelines for best practice</i>
ICN-Richtlinien	<i>ICN code of conduct for nurses</i>
ICRC-Code of Conduct	<i>code of conduct for the International Red Cross and Red Crescent Movement and non-governmental organizations (NGOs) in Disaster Relief</i>
MSF	<i>médecins sans frontières, Ärzte ohne Grenzen</i>
MSF-Richtlinien	<i>guidelines for assessment in emergencies</i>
NGO	<i>non-governmental organization, Nichtregierungsorganisation</i>
QALY	<i>quality adjustet life year, Qualitätskorrigiertes Lebensjahr</i>
SADD	<i>sex and age aggregated data, geschlechts- und altersbezogene Daten</i>
Sphere-Handbuch	<i>the sphere project – Humanitäre Charta und Mindeststandards in der humanitären Hilfe</i>
STC-Richtlinien	<i>emergency assessment toolkit – guidelines and sectoral checklists for child-orientated emergency assessment</i>
UHC	Universal Health Coverage
WHO	World Health Organization
WMA-Desaster-Richtlinien	<i>WMA statements on medical ethics in the event of disasters</i>
WMA-Patienten-Richtlinien	<i>WMA decleration of lisbon on the rights of the patient</i>

1 Einleitung

"You're playing God because you have to at some point because there are just too many, there's just too many sick cases [...]" (Sinding et al. 2010). Mit diesen Worten beschreibt eine humanitäre Helferin, die als Krankenschwester in einem karibischen Krankenhaus im humanitären Einsatz arbeitete, ihr Empfinden, als sie nach den größten Belastungen ihrer dortigen Tätigkeit gefragt wurde. Konkret beschreibt die Befragte im Folgenden den Konflikt, eine Auswahl zwischen lebensbedrohlich erkrankten Patient*innen treffen zu müssen. Aufgrund knapper medizinischer Ressourcen konnten nicht alle Betroffenen die überlebenswichtige Behandlung erhalten, so dass entschieden werden musste, wer behandelt wurde und wem die Behandlung – mit den entsprechenden Konsequenzen – verwehrt blieb (ebd.). Die intuitiv nachvollziehbare Belastung durch eine solche Entscheidungsfindung unterliegt sicher komplexen Gründen, welche auch von persönlichen Erfahrungen und Eigenschaften geprägt werden. Einem Teil der Belastung könnte zugrunde liegen, dass die Verteilung knapper Ressourcen bei einem nicht zu deckenden Bedarf zu einem Konflikt unterschiedlicher – in diesem Falle überlebenswichtiger – Interessen führt und einige davon durch die Entscheidungsträger*innen zurückgewiesen werden müssen. Hier besteht also das moralische Dilemma, zwischen mehreren gebotenen Handlungen eine Auswahl treffen zu müssen, da die Erfüllung all dieser angesichts knapper Ressourcen nicht möglich ist. Weiterhin mag ein Teil der angesprochenen Belastung in dem subjektiven Empfinden liegen, *Gott spielen zu müssen*, wenn die Verteilungsentscheidung eigenständig getroffen werden muss und dabei nicht auf einen vorgegebenen Leitfaden zurückgegriffen werden kann (Hunt 2011). Ein noch größeres Leid stellt sich bei solchen Verteilungsentscheidungen wohl auf der Seite der hiervon Betroffenen ein. Für diese bedeutet eine Verteilungsentscheidung zu ihren Ungunsten das Versagen einer medizinischen Behandlung trotz eines – möglicherweise überlebenswichtigen – Bedarfs an dieser in der eigenen Person.

Das moralische Dilemma einer notwendigen Auswahl von zu behandelnden Patient*innen im Falle eines Missverhältnisses von medizinischem Bedarf und Ressourcen ist keinesfalls auf das Feld der humanitären Hilfe beschränkt. Spätestens seitdem Baron Larrey, leitender Chirurg der Rheinarmee unter Napoleon Bonaparte, Vorgaben zur Behandlungsreihenfolge von Verwundeten machte, wurde sich unter dem Stichwort der Triage mit der Priorisierung bei der Patient*innenauswahl ausgiebig auseinandergesetzt (Ten Have 2014). Die diesbezügliche ethische Diskussion umfasst auch – wenngleich nicht ausschließlich – das moralische Dilemma, überlebenswichtige Maßnahmen aufgrund knapper Ressourcen nur einem gewissen Anteil von Erkrankten zukommen lassen zu können (Sass 2006). Gesundheitssysteme in sogenannten industriestaatlichen Gesellschaften unterlagen in jüngerer Zeit hingegen lange dem Glauben, dass überlebensnotwendige Behandlungsressourcen jenen, welche diese benötigen, grundsätzlich zur Verfügung gestellt

werden können (Hick und O’Laughlin 2006). Dies änderte sich schlagartig im Frühjahr 2020 mit dem Ausbruch der Covid-19-Pandemie. Bilder von nicht mehr zu versorgenden Patient*innen platzierten die Notwendigkeit einer Priorisierung bei der Verteilung medizinischer Behandlungsmöglichkeiten allseits spürbar in der kollektiven Wahrnehmung. Interviews mit medizinischem Personal aus Bergamo ließen sich diesbezüglich kaum noch von den eingangs aufgeführten Aussagen der humanitären Helferin im karibischen Krankenhaus unterscheiden: „Auch das ist eine schreckliche Aussage. Aber leider ist sie zutreffend. Wir sind nicht in der Lage, auf Wunder zu hoffen“ antwortete Christian Salaroli, ein in Bergamo arbeitender Anästhesist, am 9. März 2020 auf die Frage, ob er covidkrankte Patient*innen mit geringeren Überlebenschancen sterben ließe, um die Behandlung anderer covidkranker Patient*innen zu ermöglichen (Rainews 2020). Und der Arzt führte fort: „Manche gehen gebrochen daraus hervor. Solche Entscheidungen müssen bei einer großen Zahl getroffen werden, wiederhole ich“ (ebd.). Auch an diesen Aussagen lässt sich die psychische Belastung für die Träger von Verteilungsentscheidungen ablesen und das Leid derjenigen, die von der Entscheidung betroffen sind, zumindest erahnen.

Moralische Dilemmata, die sich aus der Notwendigkeit einer Patientenauswahl im Kontext knapper medizinischer Ressourcen ergeben, stellen sich also konkret ein. Vor diesem Hintergrund stellt sich unweigerlich die Frage, anhand welcher Kriterien eine solche Verteilung erfolgen kann. Die Anwendung und Bestimmung etwaig adäquater Auswahlkriterien wird dabei ausgiebig, strittig und differenziert diskutiert (3.2). Der sogenannte Birkenhead-Drill¹, welcher unter der Formulierung „Frauen und Kinder zuerst“ allgemeine Bekanntheit erlangt hat, lässt bereits erahnen, dass das Alter – aber eben auch nicht nur das Alter – ein Kriterium bei der moralischen Beurteilung für die Verteilung überlebenswichtiger Ressourcen (in diesem Falle Plätze in Rettungsbooten bei einem Schiffsuntergang) darstellen könnte. Im medizinethischen Diskurs reichen die diesbezüglichen Standpunkte von einer alleinigen Berücksichtigung des Alters als Verteilungskriterium, beispielsweise anhand scharfer Altersgrenzen (so z.B. Callahan 1995), bis zu einer konsequenten Nichtberücksichtigung des Alters bei Verteilungsentscheidungen (bspw. Leenen 1982).

Im Kontext medizinischer humanitärer Hilfe ergibt sich dabei ein grundlegendes Problem: Ein anerkanntes Konzept zu einer Ethik der humanitären Hilfe, an welchem unter anderem die Frage nach einer Verteilung knapper Ressourcen im humanitären Einsatz diskutiert werden könnte, existiert bislang nicht (Karadag und Hakan 2012). Damit stellt sich die Frage, inwiefern die ethische Beurteilung von Verteilungsentscheidungen in diesem Kontext erfolgen kann. Gleichzeitig wurden ethische Konflikte, welche sich aus Verteilungsentscheidungen ergeben, als eine der maßgeblichen Belastungen für humanitäre

¹ Der sogenannte Birkenhead-Drill wurde 1852 von Robert Salmond, Kapitän der HMS Birkenhead, beim Untergang dieses Schiffes, das britische Soldaten und deren Angehörigen transportierte, ausgerufen, um die Verteilung der nicht ausreichenden Plätze in Rettungsbooten zu bestimmen (Wilkinson 2012).

Helfer*innen im Einsatz identifiziert (Durocher et al. 2017). Dabei entspringt – wie auch in den aufgeführten Zitaten angedeutet – ein Teil des Konflikts einem Mangel an ethischen Ressourcen, auf die im Fall einer notwendigen Entscheidungsfindung zurückgegriffen werden könnte (Hunt 2011). Eine diesbezügliche Ressource könnten humanitäre Richtlinien darstellen und ein Rückgriff auf solche wird humanitären Helfer*innen bei der Entscheidungsfindung in Verteilungsfragen empfohlen (Hunt et al. 2013). Damit wird den inhaltlichen Regelungen humanitärer Richtlinien eine große praktische Relevanz zuteil.

1.1 Stand der Forschung und Ausgangsüberlegungen

1.1.1 Relevante Begriffsdefinitionen: Medizinische humanitäre Hilfe; humanitäre Richtlinien

Für die vorliegende Arbeit war es wichtig, ein Verständnis bezüglich des Begriffs der *medizinischen humanitären Hilfe* zu entwickeln. Eine allgemeingültige Definition des Begriffs der humanitären Hilfe gibt es nicht, vielmehr handelt es sich hierbei um ein vielschichtiges Handlungs- und Politikfeld (Lieser 2013). Einen Vorschlag zu einem Begriffsverständnis liefern Weingärtner et al. und beschreiben humanitäre Hilfe als „bedarfsorientierte Nothilfe, die während oder im Nachgang einer von Menschen verursachten Krise oder einer Naturkatastrophe stattfindet mit dem Ziel, Leben zu retten, Leid zu mindern und die Menschenwürde zu erhalten, sowie die Prävention und Vorsorge für vergleichbare Situationen zu stärken, wenn Regierungen und lokale Akteure überfordert, außer Stande beziehungsweise nicht willens sind, angemessene Hilfe zu leisten“ (Weingärtner et al. 2011). Dabei werden die vielschichtigen Aspekte deutlich, welche eine diesbezügliche Definition beinhalten muss: Es geht um eine Handlung (Hilfeleisten), unter bestimmten Umständen (Krise/Katastrophe; Unmöglichkeit der Bewältigung durch lokale Akteure) mit bestimmten Zielen (Leben retten, Leid mindern) unter der gleichzeitigen Würdigung bestimmter Wertvorstellungen (Menschenwürde erhalten).

Zur Annäherung an ein diesbezügliches Begriffsverständnis im Rahmen der vorliegenden Arbeit erscheint dabei zunächst wichtig, was an dieser Stelle mit bestimmten Umständen, in denen humanitäre Hilfe stattfindet, gemeint ist (Krise, Katastrophe). Auch diese Begriffe sind unscharf. Beispielsweise ist fraglich, ab wann eine Katastrophe beginnt. Die Vereinten Nationen definieren eine Katastrophe² als (1) ernsthafte Störung der Funktionsfähigkeit einer Gesellschaft, mit (2) umfangreichen Verlusten an Menschenleben und (3) umfangreichen Wirtschafts- oder Umweltschäden, (4) deren Folgen die betroffene Gesellschaft nicht mit eigenen Ressourcen bewältigen kann (Lieser 2013). Dabei wird einerseits nach der Dynamik

² An dieser Stelle findet, anders als in dem von Weingärtner et al. vorgeschlagenen Begriffsverständnis, keine begriffliche Unterscheidung zwischen einer Katastrophe und einer Krise bezüglich des Umstandes, in dem humanitäre Hilfe geschieht, statt.

des Eintritts einer Katastrophe unterschieden (plötzlich vs. verzögert) und andererseits nach deren Ursprung (Mensch vs. Natur). Für die vorliegende Arbeit ist hierbei die Unterscheidung bezüglich des Ursprungs der Katastrophe von Bedeutung. Für die ethische Beurteilung von Verteilungsentscheidungen spielt es nämlich eine Rolle, ob diese im Rahmen von Konflikt- und Kriegssituationen stattfinden, da sich hierbei zusätzliche ethische Fragen stellen können (Sajed 2005). Denn die ungleiche Unterstützung der Konfliktparteien könnte sich wiederum auf den Konflikt auswirken, womit weitere ethische Aspekte zu berücksichtigen wären (Dijkzeul und Reinhardt 2013). Die ethischen Überlegungen im Rahmen dieser Arbeit sollen sich auf das Alter als Verteilungskriterium im Kontext des interkulturellen Rahmens der medizinischen humanitären Hilfe beschränken, so dass das Betrachten von Verteilungsentscheidungen im Krieg oder Konflikt an dieser Stelle ausgeklammert wird. Gegenstand dieser Arbeit ist damit derjenige Bereich humanitärer Hilfe, in welchem sie bei Naturkatastrophen oder durch Menschen ausgelösten Katastrophen eingreift, solange diese nicht im Rahmen eines Kriegs- oder Konfliktfalles ausgelöst wurden (beispielsweise auch durch Menschen verursachte Unfälle mit definitionsgemäßer gesellschaftlicher Tragweite).

Eine weitere begriffliche Abgrenzung der humanitären Hilfe muss im Verhältnis zur Entwicklungszusammenarbeit beleuchtet werden: Während die humanitäre Hilfe eher akute Hilfe in akuten Notlagen beschreibt, ist mit Entwicklungszusammenarbeit eher eine andauernde und nachhaltige Bekämpfung von gesellschaftlich bedrohlichen Umständen gemeint (Lieser 2013). Gleichwohl ist auch diese Grenze nicht scharf zu ziehen, da humanitäre Hilfsorganisationen ihrer Arbeit ebenfalls einen nachhaltigen Aspekt zugrunde legen und sich nicht auf „feuerwehrtartige Nothilfe-Einsätze“ beschränken (Varga et al. 2005). Gegenstand der vorliegenden Bearbeitung ist zudem nur das Handlungsfeld der *medizinischen* humanitären Hilfe. Daher werden andere Bereiche der humanitären Hilfe, wie die Versorgung mit Nahrung, Wasser, sanitären Anlagen, Unterkünften, Kleidung und weiteren Hilfsgütern im Rahmen dieser Arbeit ebenfalls ausgeklammert.

Der Begriff *humanitäre Richtlinien* bedarf ebenfalls der Erarbeitung eines diesbezüglichen Verständnisses. Allgemein beschreibt der Richtlinienbegriff solche Handlungs- oder Ausführungsvorschriften, die von kontextspezifischen Institutionen oder Instanzen formuliert wurden und deren Ausgestaltung bezüglich Inhalt und Wirkung jeweils im spezifischen Kontext ermittelt und verstanden werden muss.³

³ Beispielsweise gilt im deutschsprachigen medizinischen Kontext eine kontextspezifische Charakterisierung des Richtlinienbegriffs: Hierunter werden dort solche Regelungen verstanden, die von einer hierzu gesetzlich legitimierten Institution verfasst wurden und deren Aussagen verbindlicher Charakter zugesprochen wird (Huber 2013). Hierzu zählen beispielsweise sozialrechtliche Richtlinien zum Vertragsarztrecht. In Abgrenzung hierzu bezeichnet im deutschsprachigen medizinischen Kontext der Begriff der Leitlinien solche Handlungsempfehlungen zur medizinischen Praxis, die systematisch entwickelt und wissenschaftlich begründet sind, aber eher einen empfehlenden als einen verpflichtenden Charakter haben (vgl. ebd.).

Im Feld der humanitären Hilfe gilt, dass angesichts der äußerst heterogenen Gemeinschaft humanitärer Akteure auch eine unübersichtliche Anzahl von verschiedenen ausgestalteten und an unterschiedlichen Stellen formulierten Regelwerken und Handlungsanweisungen zum Durchführen humanitärer Hilfe existiert (Lieser 2013). Ein Großteil der humanitären Regelwerke ist in englischer Sprache verfasst und wird in der Literatur regelmäßig als *guidelines* bezeichnet (bspw. Fraser et al. 2015). Dieser Begriff kann auf verschiedene Weise ins Deutsche übersetzt werden. In der deutschsprachigen Literatur zur humanitären Hilfe wird der *Richtlinien*begriff regelmäßig analog zum Begriff der *guidelines* in der englischsprachigen Literatur verwendet (bspw. Schmitz 2013). Entstehungsgeschichtlich zeigt sich, dass Regelwerke und Handlungsanweisungen im Kontext der humanitären Hilfe überwiegend vom Kreis der humanitären Akteure selbst mit der Absicht zur Selbstverpflichtung formuliert wurden (Roßbach 2013). Zu Beginn der 1990er Jahre stiegen mit dem Ende des Kalten Krieges die mediale Wahrnehmung humanitärer Katastrophen und damit auch die Anzahl humanitärer Nichtregierungsorganisationen (NGOs) sowie deren Einsatzzahlen stark an (ebd.). In diesem zeitlichen Kontext entschlossen sich humanitäre NGOs verstärkt zum Verfassen selbstverpflichtender Regelwerke, welche die Qualität humanitärer Hilfseinsätze sichern sollten (ebd.). Solche Regelwerke wurden von den Verfassern unterschiedlich bezeichnet. Neben dem Begriff *guidelines*, wurde beispielsweise auch der Begriff *Standards* (z.B. im Sphere-Handbuch⁴) oder der Begriff *Kodex* (z.B. ICRC-Code of Conduct⁵) verwendet. In der wissenschaftlichen Literatur werden auch diese anders betitelten Regelwerke wiederum regelmäßig als *guidelines* (bspw. Hunt 2011) beziehungsweise als *Richtlinien* (bspw. Schmitz 2013) bezeichnet. Insgesamt zeigt sich also, dass im Kontext medizinischer humanitärer Hilfe als Handlungs- und als Forschungsfeld nicht von einer kontextspezifischen Bedeutung des Richtlinienbegriffs ausgegangen werden kann. Vielmehr wird der Begriff in diesem Rahmen in einem weiten Verständnis angewandt, um Regelwerke und Handlungsanweisungen zu bezeichnen. Statt einer Systematisierung humanitärer Regelwerke über eine begriffliche Einordnung anzustreben, erscheint es daher sinnvoller, die Systematisierung anhand eines institutionellen Regelungsbereiches (organisationsintern, organisationsübergeordnet, berufsgruppenspezifisch) und anhand eines inhaltlichen Regelungsbereiches (allgemeine Wertestements, konkrete Handlungsanweisungen) vorzunehmen.⁶ Im Rahmen dieser Arbeit werden daher solche Regelwerke als humanitäre Richtlinien verstanden, die entweder auf organisationsinterner, organisationsübergeordneter oder berufsgruppenspezifischer Ebene mit selbstverpflichtendem Charakter verfasst wurden und entweder allgemeine Wertestements oder konkrete Handlungsanweisungen zum Handeln humanitärer Helfer*innen im humanitären Einsatz enthalten.

⁴ *The Sphere Project – Humanitäre Charta und Mindeststandards in der humanitären Hilfe* (2012)

⁵ *Code of Conduct for the International Red Cross and Red Crescent Movement and Non-Governmental Organizations (NGOs) in Disaster Relief* (1994)

⁶ Vgl. zu dieser Einordnung unten: 2.2.3.1 Systematisierung humanitärer Richtlinien.

1.1.2 Medizinethische Ausgangslage: Die Abwesenheit eines anerkannten ethischen Konzepts der medizinischen humanitären Hilfe

Die Diskussion ethischer Fragestellungen im Kontext der medizinischen humanitären Hilfe unterliegt – wie eingangs beschrieben – der Herausforderung, dass ein anerkanntes ethisches Konzept der medizinischen humanitären Hilfe bislang nicht existiert.⁷ Aufgrund der Komplexität ethischer Fragestellungen im humanitären Kontext erscheint ein einfacher Rückgriff auf bekannte ethische Konzepte aus anderen Kontexten nicht zielführend, um ethische Fragestellungen in diesem Rahmen abschließend zu diskutieren (Schwartz et al. 2012). Vielmehr müssen im humanitären Kontext verschiedene ethische Ansätze und Argumente aus verschiedenen anderen Bereichen identifiziert und berücksichtigt werden, um die Vielzahl an ethisch relevanten Aspekten und Perspektiven im humanitären Kontext besser zu erfassen und so die Annäherung an einen angemessenen ethischen Zugang zu diesem Feld zu ermöglichen (O'Mathuna 2014).

Die Komplexität ethischer Fragestellung im humanitären Kontext entspringt dabei mehreren Besonderheiten: Zunächst findet medizinische humanitäre Hilfe in besonders ressourcenarmen Kontexten statt, in welchen ein besonders großes Missverhältnis von medizinischem Bedarf auf der einen und knappen Ressourcen auf der anderen Seite besteht (Thiagarajan 2014). Daraus ergeben sich für humanitäre Helfer*innen zusätzliche Aspekte, die es bei ihren Handlungsentscheidungen zu berücksichtigen gilt. Verteilungsentscheidungen müssen in höherer Anzahl und Frequenz getroffen werden, während die vorhandenen Mittel für medizinische Diagnostik und Interventionen in besonderem Maße beschränkt sind (Michael und Zwi 2002). Zudem ist im Rahmen eines humanitären Hilfseinsatzes per begrifflichem Selbstverständnis (vgl. 1.1.1) über die betroffenen Individuen hinaus auch das Gemeinwohl der betroffenen Gesellschaft gefährdet. In dieser Konstellation muss für die ethische Beurteilung von Handlungen humanitärer Helfer*innen gelten, dass nicht allein das individuelle Patientenwohl in den Fokus genommen werden kann, sondern parallel hierzu das Gemeinwohl aller Betroffenen zu würdigen ist (Hakewill 1997). Weiterhin findet medizinische humanitäre Hilfe häufig im interkulturellen Kontext statt, in welchem sich auch dahingehend interkulturelle

⁷ Mit dem Begriff *ethisches Konzept* ist im Rahmen dieser Arbeit ein theoretischer Ansatz gemeint, auf den als umfassende Legitimationsquelle zur ethischen Beurteilung im Rahmen der medizinischen humanitären Hilfe zurückgegriffen werden könnte. Plausible moralische Urteile könnten dabei anhand philosophischer Theorien, anhand von Einzelfallurteilen oder anhand von Prinzipien erfolgen (Schöne – Seiffert 2007, S. 24). Im Bereich der Medizinethik kommt beispielsweise der Anwendung des kohärentistischen Ansatzes von Beauchamp und Childress über deren vier Prinzipien mittlerer Reichweite große Bedeutung zu (Beauchamp und Childress 2012). Die Legitimation von Prinzipienansätzen als Quellen ethischer Beurteilungen ist bereits umstritten (vgl. Clouser und Gert 1990). Jedenfalls wird von ihnen ein kohärentistischer Charakter verlangt, wozu die Kohärenz der Prinzipien mit philosophischen Theorien und ermittelten Einzelfallurteilen entwickelt werden muss und eine Systematisierung, sowie eine inhaltliche Spezifizierung der Prinzipien zu erarbeitet ist (Schöne-Seiffert 2007.). Mit der Abwesenheit eines ethischen Konzepts der medizinischen humanitären Hilfe ist demnach hier gemeint, dass es derzeit keinen theoretischen Ansatz in diesem Sinne gibt, um ethische Fragestellungen, wie beispielsweise die Ressourcenverteilung anhand des Alterskriteriums, abschließend und legitimiert ethisch zu beurteilen.

Unterschiede ergeben können, auf welche Weise Gesundheit, Wohlergehen, Krankheit, Tod und hiermit verbundene Aspekte des Lebens verstanden und erlebt werden (Crigger 2007). Das Erkennen und Würdigen kultureller Gewohnheiten und Bedürfnisse von Patient*innen stellt einen zentralen Aspekt medizinischen Handelns dar und muss daher gleichsam in dessen ethische Beurteilung einfließen (Hunt 2011). Schließlich ist die Beziehung zwischen humanitären Helfer*innen und den Empfänger*innen humanitärer Hilfe regelmäßig durch große Ungleichheit gekennzeichnet: Erstere verfügen über Ressourcen und haben sich meistens bewusst dazu entschieden in einem Kontext zu arbeiten, der von Leid und Mangel bestimmt wird, während die Zweitgenannten häufig ohne anderweitige Optionen in Situationen größter Not und Bedürftigkeit geraten sind (ebd.). Gleichzeitig wird angeführt, dass humanitäre Hilfe als wohltätige Tat zu verstehen sei, auf die es keinen Anspruch gebe und ein moralischer Beurteilungsmaßstab für Handlungen humanitärer Helfer*innen dies zu berücksichtigen hätte (Stapleton et al. 2014). Angesichts dieser Vielzahl ethisch relevanter Aspekte, scheint ein einfacher Rückgriff auf ethische Konzepte aus anderen Bereichen für den Kontext der medizinischen humanitären Hilfe nicht auszureichen. Die Annäherung an einen angemessenen ethischen Zugang muss daher über die Identifikation verschiedener ethischer Ansätze und Argumente aus verschiedenen Bereichen erfolgen.

Auch die humanitären Prinzipien, welche die humanitäre Gemeinschaft durch das Postulieren eigener Wertestements für das eigene Handeln aufgestellt hat, können nicht als anerkanntes ethisches Konzept der humanitären Hilfe angesehen werden. Kernprinzipien dieses selbstverpflichtenden Postulats sind das Prinzip der Humanität, das Prinzip der Unparteilichkeit, das Prinzip der Neutralität und das Prinzip der Unabhängigkeit (Fraser et al. 2014). Allerdings liegt den humanitären Prinzipien kein systematisches Konzept zugrunde: Erstens fehlt eine hierarchische Ordnung zwischen den Prinzipien, auf welche im Falle eines Konflikts mehrerer Prinzipien zurückgegriffen werden könnte (Schwartz et al. 2014). Zweitens existieren keine systematischen Spezifizierungen der einzelnen Prinzipien, welche für die Implementierung in Form eines belastbaren ethischen Konzepts in die humanitäre Praxis notwendig wären (Clarival und Biller-Andorno 2017). Auch vor diesem Hintergrund werden die humanitären Prinzipien nicht als primäre Quellen zur Legitimation für Verteilungsfragen im humanitären Einsatz angesehen (Calain 2012). Vereinzelt gab es theoretische Ansätze zum Versuch einer Systematisierung humanitärer Prinzipien (Clarival und Biller-Andorno 2017). Auch wurde der Versuch einer inhaltlichen Spezifizierung humanitärer Prinzipien unternommen (Rubenstein 2008). Aber auch hierbei werden die argumentativen Ressourcen für ein ethisches Konzept, welches Verteilungsfragen in den Blick nimmt, nicht aus den humanitären Prinzipien selbst, sondern aus anderen ethischen Bereichen⁸ entwickelt (Clarival und Biller-Andorno 2017). Die ethische Beurteilung von

⁸ Konkret erfolgte diese Herleitung hier aus einem Spannungsfeld zwischen einer klinischen Bio- und Medizinethik und einer Public Health Ethik (vgl. dazu auch 3.2)

Handlungen im Rahmen der medizinischen humanitären Hilfe kann daher nicht primär anhand der humanitären Prinzipien erfolgen.

1.1.3 Empirischer Forschungsstand

Empirische Studien, welche humanitäre Richtlinien allgemein auf deren Aussagen zu Verteilungsentscheidungen anhand des Alterskriteriums untersuchen, konnten im Rahmen der Literaturrecherche nicht ermittelt werden.⁹ Allerdings fanden sich zwei Studien, welche die Benachteiligung älterer Leute in humanitären Richtlinien untersuchen, indem nach deren Schlechterstellung bei der Ermittlung altersspezifischer Bedürfnisse gefragt wurde (nächster Absatz). Im Gegensatz zu altersabhängigen Verteilungsentscheidungen *in humanitären Richtlinien* wurde die *tatsächliche Benachteiligung* älterer Menschen in humanitären Einsätzen mehrfach untersucht: Eine quantitativ angelegte Studie aus England wies ein grobes Missverhältnis zwischen der Erwähnung älterer Menschen und Kindern im Jahresbericht des britischen Departments für Entwicklungshilfe nach (Watson 2015). Obwohl im Jahr 2010 12,5% der Weltbevölkerung älter als 60 Jahre waren, wiesen im selben Jahr nur 0,3% der vom *UN Consulted Appeals Process* betreuten humanitären Projekte ein spezifisches Programm zur Hilfe älterer Leute auf (Karunakara und Stevenson 2012). Die unzulängliche Berücksichtigung der Bedürfnisse älterer Menschen in humanitären Katastrophen zeige sich auch an der überdurchschnittlichen Mortalitätsrate dieser Altersgruppe (Atlani-Duault et al. 2018). Beispielsweise stellte sich in einer Datenanalyse der akuten Fluchtbewegung aus dem Süd-Sudan 2012 dar, dass die Mortalität der über 50 Jährigen viermal höher als bei den 5 bis 50 Jährigen und doppelt so hoch wie bei den unter 5 Jährigen geflüchteten Personen war (Karunakara und Stevenson 2012). Ebenso würden altersspezifische Bedürfnisse im Hinblick auf chronische und übertragbare Erkrankungen nur unzureichend berücksichtigt, da diesbezüglich keine ausreichenden Anweisungen für humanitäre Helfer*innen bestünden (Gavazzi et al. 2004).

⁹ Zur Erarbeitung des empirischen Forschungsstandes wurde eine Literaturrecherche durchgeführt. Da ein Großteil der Publikationen im Kontext der humanitären Hilfe in englischer Sprache erfolgte, wurde dabei schwerpunktmäßig, aber nicht ausschließlich, mit englischen Schlagwörtern gesucht. Hierzu wurden in einem ersten Schritt Bereichsfelder aus wichtigen Feldern der vorliegend bearbeiteten Thematik gebildet. Es wurden insgesamt vier Bereichsfelder gebildet, welche als Richtlinien, Prioritätensetzung, humanitäre Hilfe und Alter definiert wurden. Die verwendeten Schlagwörter sind im Folgenden aufgelistet: "Richtlinien", "Guidelines", "Decision making", "Triage", "Patient Selection", "Resource*", "Allocation", "Priority", "Humanitarian Aid", "Humanitarian*", "Humanitäre Hilfe", "Age*", "Age Factors", "Alter*". Die verschiedenen Kombinationen der Schlagwörter wurden unter Zuhilfenahme der Booleschen Operatoren durchgespielt. Verwendete Wildcards und Phrasensuchen sind in der obigen Auflistung mit den Symbolen * bzw. " " angegeben. Im Rahmen der Literaturrecherche wurde hierbei insbesondere die bibliographische Datenbank des US – amerikanischen National Center for Biotechnology Information über deren virtuelle Katalogisierung in Pubmed durchsucht. Anschließend erfolgte eine Suche in Google Scholar mit denselben Suchbegriffen. Die systematische Recherche fand im Frühjahr 2017 statt und wurde zu Beginn 2018 wiederholt. Eine abschließende Sichtung der Pubmed Katalogisierung bezüglich der Recherche von Studien, welche humanitäre Richtlinien hinsichtlich des Alters als Verteilungskriterium untersuchten, fand im Sommer 2022 statt.

Wie erwähnt, fanden sich zwei Studien, welche eine Benachteiligung älterer Menschen *in den Regelungen humanitärer Richtlinien* anhand des Vorgehens bei der Ermittlung altersspezifischer Bedürfnisse untersuchten (HelpAge International 2009; Ärzte ohne Grenzen (MSF) 2012). Dem Alter von Betroffenen kommt im Rahmen humanitärer Einsätze eine entscheidende Rolle bei der Ermittlung spezifischer Bedürfnisse von vulnerablen Gruppen zu (Mazurana et al. 2013). Die inhaltliche Ausgestaltung des Vulnerabilitätskriteriums ist – auch in Abhängigkeit vom Anwendungskontext – Gegenstand wissenschaftlicher Diskussionen (bspw. Orth und Schick Tanz 2017). Für das Feld der humanitären Hilfe werden schwangere Frauen, Kinder, ältere Menschen, unterernährte und immundefiziente Personen regelmäßig als vulnerable Gruppen klassifiziert (Behmer 2012), so dass die Klassifizierung der Altersgruppen von Kindern und älteren Menschen als vulnerabel im Rahmen dieser Arbeit als gegeben angesehen wird. Die Benachteiligung einer vulnerablen Altersgruppe kann dabei auch dergestalt anhand des Alters erfolgen, dass ihre vulnerabilitätsspezifischen Bedürfnisse im Vergleich mit den spezifischen Bedürfnissen einer anderen vulnerablen (Alters-)Gruppe nicht angemessen ermittelt und berücksichtigt werden (O’Laughlin und Hick 2008). Das Ermitteln vulnerabilitätsspezifischer Bedürfnisse findet in der neueren Praxis humanitärer Einsätze häufig über das Einsammeln von geschlechts- und altersbezogenen Daten (*sex and age aggregated Data*, SADD) der betroffenen Bevölkerung statt (Mazurana et al. 2013). Dabei wird eine differenzierte Ermittlung durchgeführt, wie viele Personen in welcher Altersgruppe und mit welchem Geschlecht zu versorgen sind. Je präziser diese Ermittlung erfolge, umso genauer könnten humanitäre Helfer*innen vulnerabilitätsspezifische Bedürfnisse ermitteln, was zu einer Effektivitätssteigerung der humanitären Einsätze führe (ebd.). Um vulnerabilitätsspezifische Bedürfnisse zu ermitteln führen humanitäre NGOs für die Planung ihrer Einsätze und währenddessen sogenannte *needs-assessments* durch, in deren Rahmen dann SADD erhoben werden (Karunakara und Stevenson 2012). Eine Priorisierung anhand des Alters der Betroffenen kann sich dabei aus der Ausgestaltung und dem Umfang der Berücksichtigung als vulnerable Gruppen im Verhältnis zu anderen vulnerablen Altersgruppen ergeben (O’Laughlin und Hick 2008). Wenn die spezifischen Bedürfnisse einer vulnerablen Altersgruppe ausgiebiger ermittelt und berücksichtigt werden als dies bei einer anderen vulnerablen Altersgruppe der Fall ist, dann ergibt sich daraus eine Bevorzugung der erstgenannten Gruppe. Eine solche Priorisierung ist immer auch Gegenstand einer Verteilungsdebatte, denn im Kontext humanitärer Einsätze, in denen eine absolute Ressourcenknappheit besteht, stellt jegliches Handeln humanitärer Helfer*innen eine Ressourcenverteilung dar (ebd.).

Die benannten Studien von HelpAge International und MSF analysierten humanitäre Richtlinien in Bezug auf eine etwaige Benachteiligung älterer Menschen anhand des Vorgehens bei der Ermittlung vulnerabilitätsspezifischer Bedürfnisse: HelpAge International führte eine breit angelegte Studie im Auftrag des Flüchtlingskommissars der Vereinten Nationen durch, um die Bedürfnisse älterer Menschen in humanitären Einsätzen zu ermitteln (HelpAge International 2009). Dabei wurden vier humanitäre Einsätze untersucht: Erstens

nach dem Erdbeben in der dominikanischen Republik, zweitens nach einer Flutkatastrophe in Bangladesch, drittens nach dem Bürgerkrieg in Ruanda und viertens nach dem Bürgerkrieg in Bosnien. Die Untersuchung war methodisch breit angelegt und beinhaltete unter anderem Gruppengespräche, semistrukturierte Interviews und Fallstudien (HelpAge International 2009) und umfasste weiterhin einen Fragebogen, der 60 humanitäre Organisationen über ihre Richtlinien und Vorgaben bei der vulnerabilitätsspezifischen Bedürfnisermittlung befragte (ebd.). Die Befragung ergab, dass 32 der 60 befragten humanitären Organisationen *in ihren Richtlinien* Kindern die höchste Priorität bei der Ermittlung vulnerabilitätsspezifischer Bedürfnisse einräumen (HelpAge International 2009). Nur drei der befragten Organisationen gaben an, ältere Personen dabei zu priorisieren. In den veröffentlichten Ergebnissen der Studie finden sich keine Angaben dazu, wie die benannten Priorisierungen jeweils konkret ausgestaltet sind (ebd.). Im Kontext der vorliegenden Arbeit muss dabei berücksichtigt werden, dass zwei der vier betrachteten Einsätze im Rahmen von kriegesischen Konflikten stattfanden, welche nicht zum Gegenstand dieser Bearbeitung zählen (vgl. oben 1.1.1).

Die humanitäre Organisation MSF untersuchte ihre eigene Herangehensweise hinsichtlich der Berücksichtigung älterer Menschen im humanitären Einsatz (MSF 2012). MSF hat fünf operationelle Zentren (Paris, Brüssel, Barcelona, Amsterdam und Genf), welche unabhängig voneinander operationelle Richtlinien für jeden spezifischen Einsatz erstellen. In der genannten Studie wurden die operationellen Richtlinien dieser zu den Einsätzen im Südsudan und in Haiti untersucht und miteinander verglichen. Ein Schwerpunkt der Untersuchung lag darin, zu ermitteln, ob die spezifischen Interessen älterer Personen im Rahmen eines akut eintretenden Katastrophenfalles (Haiti¹⁰) gegenüber einer subakuten Entwicklung hierzu (Südsudan¹¹) vermindert berücksichtigt wurden. Untersucht wurde dieses anhand von drei Kriterien. Dabei wurde berücksichtigt, ob demografische Daten für über 45-Jährige erhoben wurden, ob Daten hinsichtlich deren Ernährungs- und Gesundheitszustandes erhoben wurden und ob in den angewandten Richtlinien eine vulnerabilitätsspezifische Berücksichtigung älterer Personen bei der Bedürfnisermittlung vorgesehen wurde. Die Hypothese, alte Leute seien im akuten Ereignis weniger geschützt, bewahrheitete sich hierbei nicht. Allerdings – und das ist im Sinne der vorliegenden Bearbeitung wichtig – zeigte sich, dass die Regelungen *in den untersuchten Richtlinien* in beiden Fällen seltener die Ermittlung vulnerabilitätsspezifischer Bedürfnisse älterer Menschen vorsahen, als dies für die vulnerable Altersgruppe der Kinder der Fall gewesen ist (ebd.). Auch in diesem Fall muss beachtet werden, dass es sich bei dem humanitären Einsatz im Südsudan um den Einsatz im Kontext eines politischen Ereignisses handelte, welches einem menschlichen Konflikt entsprang und damit im Kontext der vorliegenden Arbeit nicht

¹⁰ Gemeint ist hier der humanitäre Hilfseinsatz im Anschluss an das am 12.01.2010 stattfindende Erdbeben in Haiti.

¹¹ Gemeint ist hier der humanitäre Einsatz im Südsudan, dessen Bevölkerung im Anschluss an die Abspaltung des Südsudans vom Rest des Landes im Januar 2011.

betrachtet wird (vgl. 1.1.1). Allerdings bestehen die im Sinne dieser Arbeit wichtigen Informationen nicht im Vergleich der beiden Einsätze, sondern in der Feststellung, dass die vulnerabilitätsspezifischen Bedürfnisse älterer Menschen in beiden Einsätzen seltener ermittelt wurden. Dies gilt somit auch isoliert betrachtet für den in Haiti stattfindenden Einsatz nach einer Naturkatastrophe.

Insgesamt zeigt sich also, dass in der humanitären Praxis vulnerabilitätsspezifische Bedürfnisse älterer Menschen weniger berücksichtigt zu werden scheinen, als dies für andere vulnerable Altersgruppen der Fall ist, was auch zu einer Benachteiligung beim Empfangen humanitärer Hilfe führt. Hierauf deuten auch die beiden dargelegten Analysen humanitärer Richtlinien zur vulnerabilitätsspezifischen Bedürfnisermittlung hin.

1.2 Fragestellung und Ziele der Arbeit

Gegenstand der vorliegenden Arbeit ist das Alter als Verteilungskriterium im Kontext der medizinischen humanitären Hilfe und die diesbezügliche Analyse ausgewählter humanitärer Richtlinien. Die Bearbeitung erfolgte dabei anhand von vier leitenden Forschungsfragen:

1. Welche ethischen Ansätze und Argumente lassen sich für eine Betrachtung der Verteilung knapper medizinischer Ressourcen anhand des Alterskriteriums im Kontext der medizinischen humanitären Hilfe identifizieren?
2. Inwiefern artikulieren die ausgewählten Richtlinien Regelungen, welche explizit und implizit die Priorisierung anhand des Alterskriteriums bei Verteilungsentscheidungen vorsehen? Welche ethischen Ansätze und Argumente, denen Bedeutung für das Alter als Verteilungskriterium zukommt, lassen sich in den Richtlinien identifizieren? Inwiefern weisen die einzelnen Richtlinien *textimmanent* (In)Konsistenzen bezüglich der Aussagen zum Alter als Verteilungskriterium auf? (Textimmanente Analyse der einzelnen Richtlinien)
3. Inwiefern lassen sich *richtlinienvergleichend* (In)Konsistenzen zwischen den verschiedenen Richtlinien bezüglich deren Regelungen zum Alter als Verteilungskriterium identifizieren? (Richtlinienvergleichende Analyse)
4. Inwiefern werden interkulturelle Unterschiede in der Beurteilung von Altersbildern und ihren Auswirkungen auf Verteilungsentscheidungen in den Richtlinien berücksichtigt?

Im Sinne der ersten Forschungsfrage entsprang eine Aufgabe der vorliegenden Arbeit der eingangs beschriebenen Problematik, dass die Annäherung an einen ethischen Zugang zum Feld der humanitären Hilfe über die Identifikation und Diskussion verschiedener ethischer Ansätze und Argumente aus anderen ethischen Kontexten erfolgen muss. Der Beitrag der vorliegenden Arbeit zum aktuellen wissenschaftlichen Diskurs, der sich „auf den Weg gemacht hat“ (O'Mathuna 2014) solche Zugänge zu erarbeiten, soll an diesem Punkt ansetzen und die Identifikation und deskriptive Darstellung ethischer Argumente liefern,

welche für das Alter als Verteilungskriterium bei knappen medizinischen Ressourcen im Kontext medizinischer humanitärer Hilfe relevant sein könnten.

Eine zweite Aufgabe der vorliegenden Arbeit bestand im Sinne der Forschungsfragen zwei bis vier in der Analyse einschlägiger humanitärer Richtlinien. Verteilungsentscheidungen stellen einen maßgeblich belastenden ethischen Konflikt für humanitäre Helfer*innen im Einsatz dar (Durocher et al. 2017). Da humanitäre Richtlinien als Ressource zur Entscheidungsfindung in solchen Konfliktsituationen dienen könnten, erscheint es relevant, die diesbezügliche inhaltliche Ausgestaltung einzelner Richtlinien sichtbar zu machen. Hier setzt die vorliegende Arbeit an und fragt danach, inwiefern inhaltliche Aussagen über die Verteilung knapper Ressourcen anhand des Alterskriteriums in den untersuchten humanitären Richtlinien zu identifizieren sind, welche ethischen Argumente sich dabei wiederfinden und inwiefern diesbezügliche (In)Konsistenzen bestehen. Da verschiedene Richtlinien teilweise parallel anzuwenden sind (2.2.3.1), wurde im Rahmen einer richtlinienvergleichenden Analyse zudem nach (In-)Konsistenzen zwischen den einzelnen Richtlinien gefragt. Da auch Aussagen über die Berücksichtigung interkulturell unterschiedlicher Altersbilder für die ethische Beurteilung des Alters als Verteilungskriterium relevant sind (3.4), wurden die ausgewählten Richtlinien auf ihre diesbezüglichen Aussagen analysiert.

2 Material und Methoden

Der vorliegenden Arbeit liegt entsprechend der Forschungsfragen eine zweigleisige Aufgabenstellung zugrunde. Die erste Forschungsfrage formuliert eine theoretische Fragestellung, indem sie nach der Identifikation ethischer Ansätze und Argumente fragt, deren Anwendung im Rahmen der medizinischen humanitären Hilfe infrage kommt. Im Sinne der Forschungsfragen zwei bis vier wird hingegen eine empirische Fragestellung formuliert, indem nach den Aussagen ausgewählter humanitärer Richtlinien hinsichtlich des Alters als Verteilungskriterium gefragt wird. Hierausfolgend ergaben sich für die Bearbeitung auch zwei verschiedene methodische Zugangsweisen. Die theoretische Bearbeitung erfolgte im Rahmen einer deskriptiv-ethischen Problemanalyse, während für die empirische Analyse der ausgewählten Richtlinien die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring als methodischer Zugang gewählt wurde (Mayring 2010). Im Rahmen der Diskussion findet zudem eine punktuell normative Auseinandersetzung mit den identifizierten ethischen Ansätzen und Argumenten statt, indem die Erkenntnisse zu interkulturellen Altersbildern auf die identifizierten Ansätze und Argumente bezüglich des Alters als Verteilungskriterium übertragen und hieran diskutiert werden (5.3).

Wichtig ist weiterhin zu vermerken, dass die Kategorienbildung im Rahmen der qualitativen Inhaltsanalyse auf Basis der ethischen Ansätze und Argumente erfolgt, welche zuvor in der deskriptiv-ethischen Problemanalyse identifiziert wurden. Die beiden Analysen sind diesbezüglich eng miteinander verflochten, was eine integrative Methodik der empirischen Ethik darstellt. Dieser Logik folgend musste die Kategorienbildung für die qualitative Inhaltsanalyse nach dem Vorliegen der Ergebnisse aus der deskriptiv-ethischen Analyse (3.) erfolgen und wird im Anschluss hieran zu Beginn der Ergebnisdarstellung aus der qualitativen Inhaltsanalyse dargestellt (4.1).

2.1 Deskriptiv-ethische Problemanalyse zum Alter als Verteilungskriterium in der medizinischen humanitären Hilfe

2.1.1 Wahl einer deskriptiv-ethischen Zugangsweise

Die gewählte Zugangsweise einer deskriptiv-ethischen Problemanalyse ist als ethische Methodik insbesondere von einer normativ-ethischen Zugangsweise abzugrenzen (Pieper 2007, S. 10). Ethik lässt sich in einem allgemeinen Verständnis als Theorie der Moral beschreiben (Köberer 2014). Zu dem Phänomen der Moral finden sich verschiedene theoretische Zugangsweisen, so dass sich auch verschiedene Theorien der Moral, respektive verschiedene Ethiken voneinander unterscheiden lassen (Düwell et al. 2011). Als normative Ethik wird dabei jene ethische Zugangsweise bezeichnet, welche sich mit der Kritik und Reflexion moralischer Fragestellungen befasst und dabei eine argumentative Beurteilung vornimmt (Düwell 2006). Es gehört zu dem Aufgabenbereich normativer Ethiken, die Frage

nach der richtigen Moral zu stellen und hierauf Antworten zu geben (Keller 2016). Normative Ethik nimmt damit gegenüber der Moral eine legitimatorische Perspektive ein und es gehört zu ihrer Eigenschaft, bestehende moralische Beurteilungen zu verteidigen oder zu widerlegen, die Frage nach der richtigen Moral zu beurteilen oder sogar ein eigenes Moralsystem zu entwerfen (Hübner 2014). So werden beispielsweise im Rahmen normativ-ethischer Zugangsweisen im Bereich der personalen Ethik Prinzipien einer moralkonformen Lebensführung erörtert, im Rahmen der politischen Ethik das Ideal einer gerechten Gesellschaft diskutiert oder in der angewandten Bereichsethik der Medizinethik die Einstellung der modernen Medizin gegenüber Leben und Tod beleuchtet (Scarano 2002). Es gibt verschiedene Arten und Ebenen normativer Ethiken, die verschiedene Gegenstandsbereiche zum Inhalt haben und unterschiedlichen philosophischen Traditionen entspringen, aber sie haben gemeinsam, dass sie moralische Beurteilungen treffen und insofern diesbezüglich nicht neutral sind (ebd.).

Deskriptiv-ethische Zugangsweisen treffen im Gegensatz hierzu keine moralischen Beurteilungen, sondern ermöglichen einen beschreibenden, gewissermaßen neutralen Zugang zu moralischen Fragestellungen. Zum Aufgabenbereich deskriptiver Ethiken gehört es, die vielfältigen Erscheinungsformen von Moral zu beschreiben und diesbezügliche Erklärungen zu erarbeiten (Hübner 2014). Die Frage danach, was Moral ist, erschöpft sich nicht in der normativen Frage nach der richtigen Moral, sondern braucht auch eine Beschreibungsebene, die bestehende moralische Aspekte ermittelt und deskriptiv darstellt (Scarano 2002). Dabei variieren die bestehenden Moralvorstellungen in Abhängigkeit von Zeit, Kultur, Gesellschaft und Kontext (Musschenga 2006). Ansatzpunkte für einen beschreibenden Zugang zu moralischen Phänomenen finden sich beispielsweise in kulturanthropologischen, soziologischen, moralpsychologischen und evolutionstheoretischen Untersuchungen zu Erscheinungsformen von Moral und diesbezüglichen Erklärungen (Scarano 2002). Deskriptive Ethik kann sich hierbei ihrerseits auf die Ethik beziehen und die Geschichte oder Gegenwart ethischer Theoriebildung untersuchen (Härle 2011).

Das Vorhaben, etwaig anwendbare ethische Argumente aus anderen ethischen Bereichen zu identifizieren, um die Annäherung an eine ethische Beurteilung im Rahmen der medizinischen humanitären Hilfe zu ermöglichen, stellt ihrem Wesen nach zunächst eine beschreibende Aufgabe dar. Die Zugangsweise erfolgte daher auf eine in diesem Sinne deskriptive Weise im Rahmen einer deskriptiv-ethischen Problemanalyse. Im Bereich der Ethik medizinischer humanitärer Hilfe wird einer solchen deskriptiven Zugangsweise die Aufgabe zuteil, durch die Identifikation etwaig anwendbarer ethischer Ansätze und Argumente aus anderen Bereichen die Annäherung an ein belastbares ethisches Konzept der medizinischen humanitären Hilfe zu ermöglichen.

2.1.2 Literaturrecherche zum ethischen Diskurs

Zur Erarbeitung des ethischen Diskurses wurde eine Literaturrecherche durchgeführt. Da ein Großteil der einschlägigen Publikationen in englischer Sprache verfasst sind, wurde schwerpunktmäßig, aber nicht ausschließlich, mit englischen Schlagwörtern gesucht. Hierzu wurden in einem ersten Schritt Bereichsfelder aus wichtigen Feldern der vorliegend bearbeiteten Thematik gebildet. Es wurden insgesamt vier Bereichsfelder gebildet, welche als ethische Analyse, Prioritätensetzung, humanitäre Hilfe und Alter definiert wurden und sich in **Tabelle 1** schwarz hinterlegt wiederfinden. In einem hierauf folgenden Schritt wurden die Schlagwörter aus den entsprechenden Bereichsfeldern entwickelt. Diese sind weiß hinterlegt aufgeführt. Verwendete Wildcards und Phrasensuchen sind in der Auflistung in Form der * und “ “ Markierungen gekennzeichnet.

Tabelle 1: Entwicklung der Schlagwörter zur Literaturrecherche aus den Bereichsfeldern

Ethische Analyse	Prioritätensetzung	Humanitäre Hilfe	Alter
“Ethische Analyse“	“Decision making“	“Humanitarian Aid“	“Age“
“Ethics*“	“Triage“	“Humanitarian*“	“Age*“
“Altruism“	“Patient selection“	“Pandemic“	“Age Factors“
“ethical*“	“Allocation“	“Humanitäre Hilfe“	“Alter“
“ethical analysis“	“Priority*“		“Altersbilder“
			“Interkulturelle Altersbilder“

Die verschiedenen Kombinationen der Schlagwörter wurden unter Zuhilfenahme der Bool’schen Operatoren in verschiedenen Datenbanken und Suchmaschinen durchgespielt: Im Rahmen der Literaturrecherche wurde hierbei insbesondere die bibliographische Datenbank des US-amerikanischen *National Center for Biotechnology Information* über deren virtuelle Katalogisierung in Pubmed durchsucht. Weiterhin wurde mit denselben Schlagwörtern im deutschlandweit überregionalen Gemeinsamen Verbundkatalog und der elektronischen Zeitschriftenbibliothek gesucht. Schließlich fand eine entsprechende Suche auch über die Suchmaschine Google Scholar statt. Die Recherche fand von Sommer 2017 bis zum Frühjahr 2018 statt. Die Suchergebnisse dieser Internetrecherche wurden zudem interaktiv genutzt, indem Querverweise in der gefundenen Literatur zur weiteren Recherche verwendet wurden.

2.2 Qualitative Inhaltsanalyse ausgewählter humanitärer Richtlinien

Nachdem der theoretische Rahmen zur Ressourcenverteilung anhand des Alterskriteriums in der medizinischen humanitären Hilfe erarbeitet wurde, erfolgte im Sinne der Forschungsfragen zwei bis vier die Untersuchung der ausgewählten Richtlinien. Hierzu wurde die Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring mit der Arbeitstechnik der inhaltlichen Strukturierung gewählt.

2.2.1 Wahl der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring als methodischen Zugang

Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring stellt eine weit verbreitete sozialwissenschaftliche Auswertungsmethode zur Textanalyse dar (Titschler et al. 2000). Ein Vorteil dieser Analysemethode liegt in der Möglichkeit, einen qualitativ-interpretativen Zugang auch bei der Untersuchung großer Materialmengen beibehalten zu können (Mayring und Fenzl 2014). Bei einer Vorabsichtung analysegeeigneter Richtlinien wurde ersichtlich, dass das im Rahmen dieser Arbeit zu untersuchende Material unabhängig von der definitiven Auswahl (2.2.3.3) einen Umfang von mehreren hundert Seiten hat. Da die Richtlinien vorliegend auf explizite und implizite Aussagen über das Alter als Verteilungskriterium untersucht wurden, musste trotz dieses Materialumfangs ein interpretativer Zugang zur Untersuchung gewährleistet sein, weshalb die qualitative Inhaltsanalyse als hierzu geeignete Analysemethode ausgewählt wurde.

Im Zentrum der qualitativen Inhaltsanalyse steht die Entwicklung eines Kategoriensystems, das in einem systematischen, streng regelgeleiteten Vorgehen an den zu untersuchenden Text herangetragen wird (Mayring und Fenzl 2014). Die Kategorien, welche in ihrer Zusammenstellung das Kategoriensystem bilden, können auf zwei verschiedene Weisen gebildet werden: Die deduktive Kategorienbildung erfolgt theoriegeleitet und unabhängig vom untersuchten Material, während die Kategorien bei der induktiven Kategorienbildung aus dem untersuchten Material selbst entwickelt werden (ebd.). Vorliegend sollten die Richtlinien auf deren Aussagen bezüglich der theoretisch erarbeiteten Verteilungskriterien, welche die Berücksichtigung des Alters bei der Verteilung ermöglichen, untersucht werden. Die Hauptkategorien wurden aus diesem Grund zunächst deduktiv-theoriegeleitet aus diesen entwickelt (4.1). Im Rahmen der Präzisierung des Kategoriensystems wurden nach einem ersten Kodierdurchgang auch induktiv aus dem Material entwickelte Kategorien gebildet (ebd.).

Es gibt drei unterschiedliche Techniken zur Durchführung einer qualitativen Inhaltsanalyse: Die Zusammenfassung, die Explikation und die Strukturierung. Um die Richtlinien auf deren Aussagen bezüglich der erarbeiteten Verteilungskriterien zu untersuchen, erfolgte der hier gewählte Zugang über die drittgenannte Technik der *Strukturierung*. Deren Ziel ist es "bestimmte Aspekte aus dem Material herauszufiltern, unter vorher festgelegten Ordnungskriterien einen Querschnitt durch das Material zu legen oder das Material aufgrund

bestimmter Kriterien einzuschätzen" (Mayring 2010). Die Strukturierung als Technik der qualitativen Inhaltsanalyse lässt sich wiederum in vier unterschiedliche Formen (formale, inhaltliche, typisierende und skalierende Strukturierung) aufteilen. Das Ziel einer inhaltlichen Strukturierung ist es, Materialinhalte zu bestimmten Themen zu identifizieren und zu extrahieren (Mayring 2010). Dieses Vorgehen wurde im Rahmen der vorliegenden Arbeit gewählt, um auf der Grundlage des entwickelten Kategoriensystems Textstellen im Untersuchungsmaterial zu identifizieren und herauszuarbeiten, welche für eine Ressourcenverteilung anhand des Alterskriteriums relevant sind.

2.2.2 Dokumente als Datenmaterial der qualitativen Inhaltsanalyse

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurden Richtlinien als Untersuchungsmaterial ausgewählt. Richtlinien sind natürliche Daten, deren Entstehungsprozess sich ohne eine Beteiligung oder Intervention der Forschenden vollzogen hat. Solche Daten – und damit auch die zu untersuchenden Richtlinien – werden im Rahmen der sozialwissenschaftlichen Analysemethodik als Dokumente klassifiziert, welche von jenen Daten zu unterscheiden sind, deren Erhebung durch Befragungen, wie beispielsweise durch das Führen von Interviews, erfolgte (Salheiser 2014). Da Dokumente als Untersuchungsmaterial in ihrem Inhalt weder durch den Vorgang der Datenerhebung noch durch die Person des Forschenden beeinflusst werden, wird die Analyse von Dokumenten auch als ein nicht-reaktives Verfahren bezeichnet (Salheiser 2014). Bei einer Dokumentenanalyse über die Methode der qualitativen Inhaltsanalyse stellen sich allerdings mehrere Herausforderungen (Salheiser 2014).

Der erste Kritikpunkt an der qualitativen Inhaltsanalyse als geeignete Analysestrategie für Dokumente ergibt sich aus der Kritik, sie könne nicht sämtliche Erkenntniswerte eines Dokuments erfassen (Salheiser 2014). Es müsse zwischen einer primären, manifesten Sinnebene, welche den Forschenden in Textform schwarz auf weiß vorliegt und einer sekundären, latenten Sinnebene, welche sich dem Forscher erst durch eine Betrachtung weiterer Faktoren erschließt, unterschieden werden (ebd.). Beispielsweise könnten Sprache und Ausdruck des Textes einen Hinweis auf die Bildung und damit die soziale Stellung des Verfassers geben, worin eine über den wörtlichen Inhalt hinausgehende Sinnebene des Dokuments liege (ebd.). Die kategorienbasierte Fragmentierung des Materials, wie sie im Rahmen der qualitativen Inhaltsanalyse vorgenommen wird, verhindere aber die Betrachtung des Textes als Ganzes, wodurch das Auffinden latenter Sinnzusammenhänge erschwert würde, da sich diese oftmals eben nur bei einer Betrachtung des Textes als Ganzes ergäben (Salheiser 2014). Hier lässt sich entgegnen, dass es sich bei Richtlinien um Dokumente handelt, deren Existenz gerade darauf abzielt, einen möglichst breiten Empfängerkreis durch den Wortlaut klar und eindeutig zu informieren. Deren Verfasser werden daher gerade darum bemüht sein, die Richtlinieninhalte unmissverständlich zu formulieren um möglichst zu vermeiden, dass sich essenzielle Informationen zu den beabsichtigten Aussagen nur aus latenten Sinnzusammenhängen ableiten lassen. Dann minimiert sich aber die Gefahr,

relevante Sinnzusammenhänge nur unter der Kenntnisnahme des Textes als Ganzes und der Berücksichtigung latenter Sinnzusammenhänge zu erfahren.

Als eine weitere Schwäche der qualitativen Inhaltsanalyse von textlichen Dokumenten wird angesehen, dass ein gleiches Begriffsverständnis beim Verfasser des Textes und bei den Forschenden vorausgesetzt wird (Hitzler und Honer 1997). So könnten sich Fehler in der Analyse ergeben, wenn Forschende einen verwendeten Begriff anders interpretieren als der Verfasser des Dokuments diesen verstanden wissen wollte. Auch hier kann im vorliegenden Fall entgegnet werden, dass beim Verfassen von Richtlinien eine zentrale Aufgabe darin besteht, diese für den Empfängerkreis möglichst unmissverständlich zu formulieren. Damit dürfte sich auch die Gefahr einer Divergenz im Begriffsverständnis verringern.

Vor dem Hintergrund dieser Ausführungen und aus forschungspraktischen Gründen, die den großen Materialumfang berücksichtigen müssen, wurde die vorliegende Richtlinienanalyse trotz teilweise diskutabler Einwände über den methodischen Zugang der qualitativen Inhaltsanalyse durchgeführt.

2.2.3 Bestimmung des Ausgangsmaterials

Die Bestimmung des Ausgangsmaterials dient dem Vorhaben, Material zu identifizieren, aus welchem sich interpretierbare Inhalte für die Beantwortung der Fragestellung ergeben (Mayring 2010). Angesichts der äußerst heterogenen Gemeinschaft humanitärer NGOs und einer dementsprechend unübersichtlichen Anzahl und Ausgestaltung von verschiedenen Richtlinien zur humanitären Hilfe (Lieser 2013) konnte es nicht das Ziel dieser Arbeit sein, eine Richtlinienauswahl in einem statistisch-repräsentativen Sinne für den gesamten Korpus der angewandten Richtlinien im humanitären Kontext zu treffen. Vielmehr sollte die Richtlinienauswahl dergestalt erfolgen, dass anhand beispielhaft ausgewählter Richtlinien eine Systematik im Geflecht humanitärer Richtlinien aufgezeigt wird, aus welchem sich Ressourcen zur Entscheidungsfindung bei der Frage nach einer Verteilung anhand des Alterskriteriums ergeben können. Hierzu war es zunächst notwendig, humanitäre Richtlinien zu systematisieren.

2.2.3.1 Systematisierung humanitärer Richtlinien

Die Systematisierung des Geflechts humanitärer Richtlinien erfolgte im Rahmen der vorliegenden Arbeit anhand deren *institutionellen* und *inhaltlichen Regelungsbereich* (s. **Abbildung 1**, übernächste Seite).

Humanitäre Richtlinien werden auf verschiedenen institutionellen Ebenen des humanitären Sektors verfasst und können daher anhand ihres *institutionellen Regelungsbereichs* unterschieden werden. Diesbezüglich wurde im Rahmen dieser Arbeit zwischen einem *organisationsübergreifenden*, einem *organisationsinternen* und einem *berufsgruppenspezifischen* Regelungsbereich der Richtlinien unterschieden: Als *organisationsübergreifend* wurden Richtlinien gewertet, die einmalig – gewissermaßen an zentraler Stelle – verfasst wurden und

zu deren Anwendung sich eine große Anzahl humanitärer NGOs bekennt. Im Gegensatz hierzu wurden als *organisationsinterne* Richtlinien solche Richtlinien verstanden, die von einzelnen NGOs jeweils selbständig verfasst werden. Ihr Anwendungsbereich bezieht sich damit ausschließlich auf Handlungen der Mitarbeitenden der jeweiligen NGOs. *Berufsgruppenspezifische* Richtlinien richten sich ausschließlich an die im entsprechenden Berufsfeld tätigen Mitglieder – unabhängig davon, in welcher NGO diese tätig sind. Umgekehrt werden innerhalb einer NGO durch *berufsgruppenspezifische* Richtlinien auch nur diejenigen Mitglieder angesprochen, welche der entsprechenden Berufsgruppe angehören. Das Geflecht verschiedener humanitärer Richtlinien auf verschiedenen institutionellen Ebenen des humanitären Sektors führt also dazu, dass eine einzelne Entscheidung im Rahmen der medizinischen humanitären Hilfe Regelungsgegenstand mehrerer Richtlinien sein kann. Beispielsweise kann das Handeln von Ärzt*innen, die für MSF im Einsatz sind, erstens durch Richtlinien von MSF selbst, zweitens durch organisationsübergeordnete Richtlinien, zu denen sich MSF bekennt und drittens durch Richtlinien, welche Ärzt*innen unabhängig von ihrer organisatorischen Anbindung allgemein als Berufsgruppe adressieren, erfasst werden.

Eine zweite systematische Unterscheidung wurde hinsichtlich des *inhaltlichen Regelungsbereichs* der Richtlinien getroffen. Die zu analysierenden Richtlinien müssen Regelungen bezüglich einer etwaigen Anwendung des Alters als Verteilungskriterium aufweisen. Dazu kamen zunächst solche Richtlinien in Betracht, welche *allgemeine Wertestements* postulieren, aus denen sich Prinzipien für Verteilungsentscheidungen ergeben können. Als allgemeine Wertestements wurden solche Textstellen verstanden, an denen Grundsätze postuliert werden, welche dann für die Gesamtheit aller Handlungen, die in den Regelungsbereich der entsprechenden Richtlinie fallen, gelten sollen (Beispiel: Ein allgemein geltendes Diskriminierungsverbot, welches generell die Diskriminierung bei Verteilungsentscheidungen verbietet). Hiervon mussten *konkrete Handlungsanweisungen* unterschieden werden, welche ein praktisches Vorgehen in spezifischen Situationen beschreiben. Durch praktische Richtlinien vorgegebene Handlungen können dann im realen Anwendungsfall zu einer Verteilung anhand des Alterskriteriums oder zum Ausschluss einer solchen führen. Beispielfähig können Vorgaben zur Durchführung eines *needs-assessments* spezifische Gruppen bei der vulnerabilitätsspezifischen Bedürfnisermittlung bevorzugen, woraus sich eine reale Verteilung von knappen Ressourcen zugunsten dieser Gruppen ergibt (2.3). Zu beachten war hierbei, dass einzelne Richtlinien teilweise sowohl allgemeine Wertestements postulieren als auch praktische Handlungsanweisungen geben (z.B. das Sphere-Handbuch und die STC-Richtlinien). Im Folgenden wird daher jeweils an den entsprechenden Stellen benannt, um welche Art einer Vorschrift es sich handelt und somit der *inhaltliche Regelungsbereich* sichtbar gemacht.

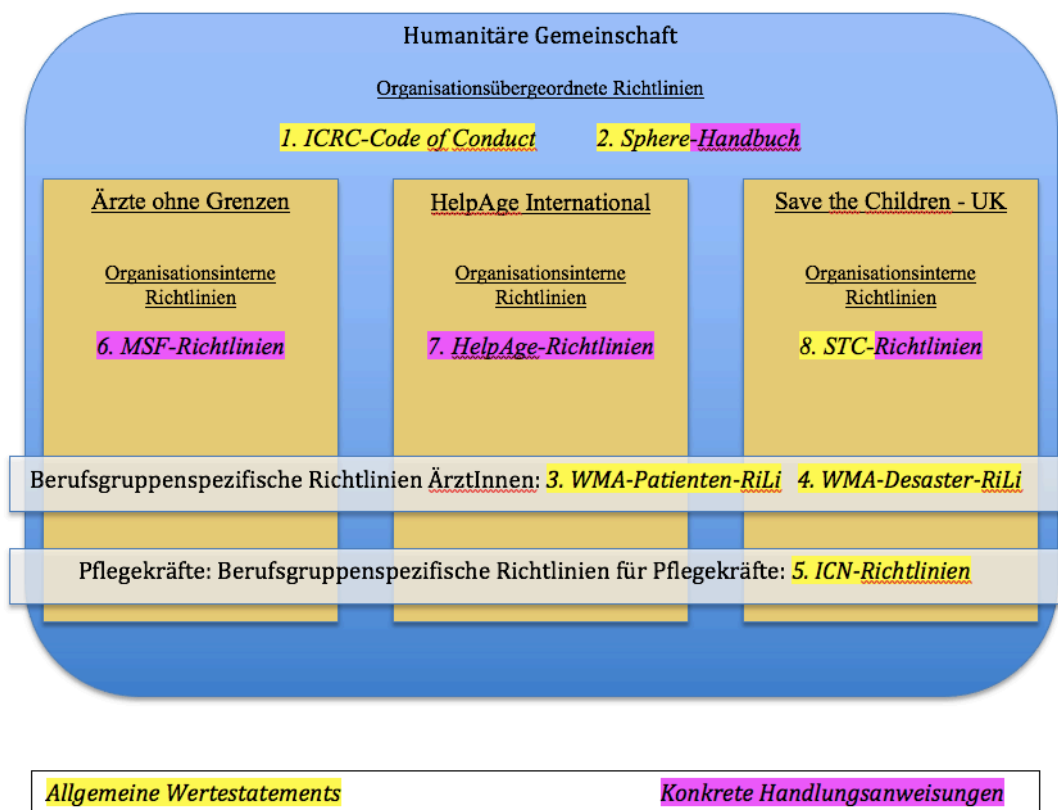


Abbildung 1: Systematisierung humanitärer Richtlinien

Erläuterung: Die definitiv ausgewählten Richtlinien und deren Zuordnung zu institutionellem und inhaltlichem Regelungsbereich sind in der Abbildung bereits mit aufgeführt (vgl. zur Auswahl 2.2.3.3 und **Tabelle 2**).

2.2.3.2 Auswahlkriterien

Auf der Grundlage einer Unterteilung in *organisationsübergreifende*, *organisationsinterne* und *berufsgruppenspezifische* Richtlinien umfasst die Gruppe der ausgewählten Richtlinien zunächst konsequenterweise verschiedene Richtlinien aus diesen drei Bereichen, auch um etwaige Konsistenzen oder Inkonsistenzen zwischen diesen identifizieren zu können. Bei den *organisationsübergreifenden* sowie bei den *berufsgruppenspezifischen* Richtlinien sollte es sich um solche handeln, die möglichst prominent und einflussreich sind. Diese Eigenschaften ergeben sich aus einer breiten Anwendung und Akzeptanz der Richtlinien in der humanitären Praxis. Für die Gruppe der *berufsgruppenspezifischen Richtlinien* musste zudem berücksichtigt werden, dass von nationalen Berufsverbänden verfasste Richtlinien häufig unter der Perspektive auf die spezifischen Bedingungen in den nationalen Gesundheitssystemen formuliert wurden und unter Umständen für die Anwendung im humanitären Einsatz als Extremsituation ungeeignet sind (Schwartz et al. 2014). Daher wurden hier international geltende Richtlinien gewählt, deren Anwendung auf der Grundlage einer von nationalen Gegebenheiten losgelösten Perspektive auch im humanitären Einsatz praktikabel ist (ebd.). Für die Gruppe der *organisationsinternen Richtlinien* wurden *praktische Richtlinien* ausgewählt. Dies

sollte zunächst ermöglichen, die Vorgaben einzelner NGOs mit den allgemeinen Wertestatemts zu vergleichen, denen sie sich verpflichten. Weiterhin können durch eine solche Auswahl etwaige Konsistenzen oder Inkonsistenzen aufgezeigt werden, die sich zwischen Handlungsvorgaben der jeweiligen NGO und Vorgaben aus berufsgruppenspezifischen Richtlinien ergeben. Bei der Auswahl der praktischen Richtlinien sollten Richtlinien zu einem einheitlichen Beispiel ausgewählt werden, um einen anschaulichen Vergleich zu ermöglichen. In Anbetracht der bereits zuvor aufgezeigten Problematik einer Benachteiligung älterer Menschen bei der vulnerabilitätsspezifischen Bedürfnisermittlung im *needs-assessment* (s.o.) sollte sich der Regelungsgegenstand der ausgewählten praktischen Richtlinien hierauf beziehen.

Weiterhin musste sichergestellt werden, dass (insbesondere in Abgrenzung zur Entwicklungszusammenarbeit) nur solche Richtlinien ausgewählt wurden, die Regelungen zum medizinischen Handeln in akuten Katastrophenfällen treffen. Sämtliche Richtlinien, welche sich alleine auf die Anwendung in Katastrophen im Rahmen einer kriegerischen Auseinandersetzung beziehen, wurden ebenfalls von der Auswahl ausgeschlossen.

2.2.3.3 Recherche und Auswahlbegründung

Die endgültige Auswahl der Richtlinien, sowie deren Bezeichnung und die verwendeten Abkürzungen werden in **Tabelle 2** dargestellt. Als Ausgangspunkt der Recherche nach passenden Richtlinien diente eine Auflistung von Richtlinien aus dem *Humanitarian Health Ethics Analysis Tool* (Fraser et al. 2014). Dieses wurde als Hilfsmittel für humanitäre Helfer*innen in ethisch problematischen Entscheidungssituationen entwickelt und listet verschiedene Richtlinien als Ressourcen zur Entscheidungsfindung in solchen Situationen auf (ebd.). Hierauf aufbauend erfolgte die weitere Ausarbeitung einer Zusammenstellung relevanter Richtlinien durch die Lektüre aktueller Publikationen, welche Richtlinien als Handlungsanweisungen für humanitäre Helfer*innen benennen (etwa: Spieker 2013; Karadag et al. 2012; Schwartz et al. 2014, S. 37; Iserson 2014). In der Zusammenschau dieser beiden Schritte ergab sich für den Bereich der *organisationsübergeordneten* Richtlinien das Bild einer erheblichen praktischen Bedeutung für zwei Richtlinien, die daher als Exempel für diesen Bereich ausgewählt wurden: Erstens der ICRC-Code of Conduct und zweitens das Sphere-Handbuch. Ähnlich konnte im Bereich der *berufsgruppenspezifischen* Richtlinien vorgegangen werden, wobei hier angesichts der oben beschriebenen Untauglichkeit nationaler Richtlinien solche Richtlinien zu wählen waren, die im Kontext humanitärer Einsätze geeignete Entscheidungsressourcen darstellen. Dieses trifft auf die zwei ausgewählten Richtlinien des *Weltärztebundes* (Schwartz et al. 2014; Karadag et al. 2012) und die gewählten Richtlinien des *International Council of Nurses* (Fraser et al. 2014) zu. Zum Ermitteln *organisationsinterner* Richtlinien wurde zunächst die Liste aller den ICRC-Code of Conduct unterzeichnenden NGOs durchgesehen. Dieses hatte den Zweck, dass aufgrund des Bekenntnisses zum ICRC-Code of Conduct die internen Richtlinien dieser NGOs in direkten Bezug zu den im ICRC-Code of Conduct postulierten Wertestatemts gesetzt

werden können, da Handlungen von Mitarbeitenden der jeweiligen NGO vom Regelungsbereich beider Richtlinien erfasst werden. In der Erwartung eines möglichst breiten Zugangs zu organisationsinternen Regelungen hinsichtlich des Alters als Verteilungskriterium wurden dabei zwei NGOs bestimmt, welche einen am Alter ausgerichteten Zugang zur humanitären Hilfe postulieren: *Helpage International*, welche insbesondere den Schutz älterer Menschen beabsichtigen und *Save the Children-UK*, die auf einen besonderen Schutz von Kindern abzielen. Zum Vergleich wurde mit MSF eine dritte NGO gewählt, welche einen programmatisch altersunabhängigen Zugang zur humanitären Hilfe aufweist und gleichzeitig hinsichtlich ihrer hohen Mitgliederzahl und finanziellen Ressourcen als große NGO zur medizinischen humanitären Hilfe ein Beispiel mit hoher praktischer Relevanz darstellt (Redfield 2008). Aus den zuvor beschriebenen Gründen wurden organisationsinterne Richtlinien zum Beispielfall des *needs-assessments* ausgewählt. Sämtliche Richtlinien wurden im Sommer 2017 auf den Webseiten der entsprechenden Akteure aufgerufen und heruntergeladen. Alle Richtlinien sind in englischer Sprache verfasst, lediglich das Sphere-Handbuch wurde in seiner deutschen Version analysiert.

Tabelle 2: Auflistung der analysierten Richtlinien

Richtlinie	Verfasser	Inhaltlicher Re- gelungsbereich	Jahr	Abkürzung
Organisationsübergreifende Richtlinien				
Code of Conduct for the International Red Cross and Red Crescent Movement and Non-Governmental Organizations (NGOs) in Disaster Relief	International Conference of the Red Cross and Red Crescent	Allgemeine Wertestements	1994	ICRC-Code of Conduct
The Sphere Project-Handbook	The Sphere Project	Allgemeine Wertestements <u>und</u> konkrete Handlungsanweisungen	2012	Sphere-Handbuch
Berufsgruppenspezifische Richtlinien				
WMA Declaration of Lisbon on the Rights of the Patient	World Medical Association (Weltärztebund)	Allgemeine Wertestements	2015	WMA-Patienten-Richtlinien
WMA Statement on Medical Ethics in the Event of Disasters	World Medical Association (Weltärztebund)	Allgemeine Wertestements	2006	WMA-Disaster-Richtlinien
The ICN Code of Ethics for Nurses	International Council of Nurses	Allgemeine Wertestements	2012	ICN-Richtlinien
Organisationsinterne Richtlinien				
Guidelines for assessment in emergencies	MSF	Konkrete Handlungsanweisungen	2008	MSF-Richtlinien
Older People in disasters and humanitarian crisis: Guidelines for best practice	HelpAge International	Konkrete Handlungsanweisungen	2009	HelpAge-Richtlinien
Emergency Assessment Toolkit - Guidelines and Sectoral Checklists for Child-Oriented Emergency Assessment	Save The Children - UK	Allgemeine Wertestements <u>und</u> konkrete Handlungsanweisungen	2002	STC-Richtlinien

3 Ergebnisse I: Deskriptiv-ethische Problemanalyse

Im Rahmen einer *deskriptiv-ethischen Problemanalyse* bezüglich des Alters als Verteilungskriterium für begrenzte Ressourcen im Kontext der medizinischen humanitären Hilfe musste es darauf ankommen, diesbezüglich relevante ethische Ansätze und Argumente zu identifizieren und darzustellen. Dabei galt es die Pluralität ethisch relevanter Perspektiven auf das Verteilen begrenzter Ressourcen im Kontext der medizinischen humanitären Hilfe zu erfassen und zu würdigen.

3.1 Moralische Anforderungen an Verteilungsentscheidungen der medizinischen humanitären Hilfe im globalen Kontext

Um Handlungen im Rahmen der humanitären Hilfe ethisch zu beurteilen, muss zunächst bedacht werden, an welchem Maßstab eine solche Beurteilung überhaupt erfolgen kann. Aus einer globalen Perspektive stellt sich einhergehend mit der grundlegenden Frage nach einer globalen Verantwortung für die Gesundheit aller Menschen auch die Frage nach dem ethischen Anforderungsprofil an die medizinische humanitäre Hilfe und deren Verteilungsentscheidungen. Die Existenz und Ausgestaltung global geltender gesundheitsbezogener Rechte und Pflichten wird kontrovers diskutiert, wobei sich drei Grundpositionen hierzu identifizieren lassen:

Eine anti-kosmopolitische Argumentationslinie beschreibt Moralvorstellungen als lokale und kulturspezifische Angelegenheiten und verneint auf dieser Grundlage eine globale Verantwortung für die Gesundheit aller (Shapcott 2013). Global geltende Moralvorstellungen seien angesichts der global kulturellen Pluralität nicht denkbar, so dass auch keine global geltenden Pflichten hieraus abgeleitet werden könnten (Stapleton et al. 2014). Von anderen wird angeführt, dass das Prinzip der Gerechtigkeit, welches konsequenterweise eine gerechte Verteilung medizinischer Ressourcen erfordere, nur zwischen den Mitgliedern einer Gesellschaft, die auf einer gemeinsamen sozialen Basisstruktur beruht, gelte (Nagel 2005). Eine solche würde aber nur im Rahmen von Nationalstaaten bestehen, so dass sich eine international geltende Verpflichtung hieraus nicht ableiten ließe (ebd.). Das Leisten medizinischer Hilfe auf globaler Ebene sei deswegen keinesfalls ausgeschlossen, beruhe aber einzig auf wohltätigen Motiven, woran dann auch die moralischen Anforderungen an Verteilungsentscheidungen entsprechend mild zu bestimmen wären.

Im Gegensatz hierzu wird das Bestehen einer moralischen Pflicht zum gesundheitsbezogenen Handeln im globalen Rahmen mit verschiedenen Argumenten begründet. Zum Teil wird eine solche Pflicht mit dem Aufrechterhalten einer geschichtlich durch Ausbeutung gewachsenen Ungleichheit zwischen ausgebeuteten, sogenannten nichtindustriellen Gesellschaften und ausbeutenden Industriegesellschaften begründet (Pogge 1997). Das anhaltende Abwandern medizinischer Fachkräfte von sogenannten

nichtindustriellen Gesellschaften in sogenannte Industrienationen führe zu einem Aufrechterhalten oder sogar Anwachsen dieser bereits bestehenden Ungleichheit (sog. „brain-drain-Argument“, Daniels 2011). Alleine das Aufrechterhalten einer solchen Ungleichheit begründe dann eine aktuelle moralische Verpflichtung zum Handeln. Diese sei aber lediglich negativ ausgestaltet, da sie eben nur bei einer Aufrechterhaltung der bereits bestehenden Ungleichheit Bestand habe (ebd.). Unterbliebe ebendieses Aufrechterhalten, so würden auch keine weiteren moralischen Verpflichtungen zum Erbringen medizinischer Leistungen auf globaler Ebene mehr bestehen. Eine positive Begründung der moralischen Verpflichtungen zum globalen gesundheitlichen Handeln wird unter anderem unter der Argumentation entwickelt, dass in einer sich globalisierenden Welt aufgrund von internationalen Verflechtungen in sämtlichen Bereichen von einer gemeinsamen sozialen Basisstruktur auf globaler Ebene ausgegangen werden könne (Hunter und Dawson 2011). Gerechtigkeit sei daher nicht mehr im nationalen, sondern nur im globalen Bezugsrahmen zu beurteilen (ebd.). Andere führen an, dass geografische Distanz als zufällige Erscheinung ohnehin für moralische Beurteilungen irrelevant sei (Lowry und Schüklenk 2009). Auf dieser Annahme basierend müsse auf einer präferenzutilitaristischen Argumentation gründend das Folgende gelten: Wenn geografische Distanz für die moralische Beurteilung ohne Belang sei, dann bestünde unabhängig von dieser auch eine moralische Verpflichtung, die eine Handlung immer dann erfordere, wenn Leid gelindert werden könne und die hierzu aufzubringenden Kosten relativ gesehen geringer als der Nutzen des gelinderten Leids seien (Singer 1972). Das Bejahen einer moralischen Verpflichtung zum Erbringen gesundheitsbezogener Leistungen im globalen Kontext wirkt sich konsequenterweise auch auf die ethische Beurteilung von Verteilungsentscheidungen im Rahmen der humanitären Hilfe aus, da dann den von der Entscheidung benachteiligten Personen eine Hilfe verwehrt bliebe, obwohl zu dieser grundsätzlich die moralische Verpflichtung bestand.

Eine weitere Stärkung erfährt der Anspruch auf humanitäre Hilfe durch einen Ansatz, der von einem auf Rechten basierenden individuellen Anspruch zu dieser ausgeht (*rights-based approach*). Dadurch wären Verteilungsentscheidungen an einem originären rechtlichen Anspruch der hiervon betroffenen Individuen zu beurteilen. Ein Versuch zur rechtlichen Implementierung der zuvor genannten global geltenden moralischen Verantwortung für die Gesundheit aller Menschen wird in Gestalt des mehrfach und inhaltlich verschieden deklarierten Menschenrechts auf Gesundheit vollzogen (Wolff 2012). Wichtige Deklarationen und Konventionen zur völkerrechtlichen Verankerung des Menschenrechts auf Gesundheit sind die Verfassung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von 1946, die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte von 1948, sowie eine normative Erhärtung im Internationalen Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Menschenrechte von 1966 (Krennerich 2016). Eigens für Kinder wird das Menschenrecht auf Gesundheit in der von 196 Staaten unterzeichneten UN-Kinderrechtskonvention aus dem Jahr 1989 deklariert. Da die praktische Implementierung des Menschenrechts auf Gesundheit oft nur bruchstückhaft stattfindet, wurden von der internationalen Gemeinschaft verschiedene Versuche

unternommen eine solche Umsetzung zu fördern. Dieses geschah insbesondere durch die bis 2015 geltenden Millennium Development Goals und neuerdings durch das WHO-Konzept des *universal health coverage* (UHC). Dieser verfolgt erstmals einen explizit universellen Ansatz, welcher das Menschenrecht auf Gesundheit ausdrücklich für die gesamte Weltbevölkerung umgesetzt sehen will (Heinicke et al. 2016). Im Rahmen dieser Umsetzung und des zu beschreitenden Weges zu ihr wird eine ethische Debatte über die Priorisierung bei der Verteilung knapper Gesundheitsgüter geführt (Norheim 2016). Die *WHO Consultative Group on Equity and Universal Health Coverage*¹² schlägt im Rahmen einer schrittweisen Annäherung an die Ziele des UHC eine Priorisierung anhand dreier Kriterien vor: Verteilungsentscheidungen sollten sich an einer Maximierung der Gesamtzahl an geretteten Lebensjahren unter Berücksichtigung der Lebensqualität orientieren und dieses Kriterium mit der Priorisierung der am stärksten Betroffenen unter Berücksichtigung der ökonomischen Effizienz kombinieren (Voorhoeve et al. 2016).

Im Rahmen der vorliegenden Analyse sollen Beurteilungsmaßstäbe für die Verteilungsentscheidungen humanitärer NGOs erörtert werden. Deren Einsätze dienen der akuten internationalen Reaktion auf einen Krisenfall, während Modelle zum Erreichen eines UHC primär auf die Weiterentwicklung nationaler Gesundheitssysteme abzielen. In diesem Kontext stellt sich die Frage, inwiefern die Gemeinschaft internationaler NGOs überhaupt Pflichtenadressat des Menschenrechts auf Gesundheit sein kann. Pflichten sollen vorrangig für den Aufenthaltsstaat der betroffenen Personen bestehen, subsidiär sollen sie für die internationale Gemeinschaft gelten (Wolff 2012). Da den internationalen NGOs keine Völkerrechtssubjektivität zufällt (Spieker 2013), können sie auch nicht Vertragspartei internationaler Verträge sein, welche aber die Rechtsgrundlage für das Menschenrecht auf Gesundheit und den aus diesem erwachsenen originär-juristischen Pflichten darstellen (Herdegen 2021).¹³ Es kann hier also nicht von einer originär-völkerrechtlichen Verpflichtung der Gemeinschaft internationaler NGOs zur Leistung von humanitärer Hilfe ausgegangen werden. Der Fokus des moralischen Beurteilungsmaßstabs muss daher auf der Frage basieren, inwiefern internationale humanitäre NGOs einen rechtlichen Anspruch betroffener Personen auf gesundheitsbezogene Hilfen moralisch anzuerkennen haben und inwiefern die moralische Beurteilung ihres Handelns daran zu erfolgen hat. Dies könnte erstens unter der Argumentation, humanitäre NGOs seien moralische Vertreter der internationalen Gemeinschaft, befürwortet werden (Hurst et al. 2011). Eine solche Ansicht könnte anführen, dass internationale humanitäre Organisationen größtenteils – gleichsam nicht immer – in sogenannten Industriegesellschaften beheimatet sind und deren Empfänger

¹² Dieses wissenschaftlich besetzte Gremium wurde von der WHO eingesetzt, um in ethischen Fragestellungen bei der Implementierung des UHC auf beratende Weise für die Mitgliedsstaaten zu fungieren.

¹³ Eine Besonderheit besteht für das Internationale Komitee des Roten Kreuzes, dem partielle Völkerrechtssubjektivität zugesprochen wird. Dieses ist aber weder Mitglied in der WHO, noch kann es menschenrechtswirksame Verträge abschließen, womit die Konstruktion der partiellen Völkerrechtssubjektivität im hier bearbeiteten Kontext irrelevant ist.

häufig nichtindustriellen Gesellschaften angehören (Hurst et al. 2011). Zweitens – und das muss hier entscheidend sein – wird ein Recht einzelner Personen auf humanitäre Hilfe in Gestalt des humanitären Imperativs von einem breiten Spektrum humanitärer Akteure selbst postuliert. Der 1994 unter Initiative des Internationalen Roten Kreuzes verabschiedete und heute von einem Großteil der humanitären NGOs unterzeichnete Code of Conduct für die humanitäre Hilfe stellt den humanitären Imperativ als leitendes Prinzip an erste Stelle der hierin festgelegten Verhaltenscodices. Dessen selbstverpflichtender Charakter begründet zwar keine rechtliche Verbindlichkeit, stellt aber moralische Grundsätze für das Handeln der unterzeichnenden humanitären NGOs auf (Spieker 2013). Der humanitäre Imperativ begründet die Pflicht, notleidenden Bevölkerungen und deren Individuen zu helfen und statuiert auch dem Wortlaut nach ein Recht individueller Personen auf humanitäre Hilfe (Schweizer 2013). Diskussionen um die Einschränkung dieses Rechts wurden insbesondere im Hinblick darauf geführt, dass mit der Hilfe für bestimmte Personen(gruppen) gleichzeitig negative Folgen eintreten könnten. Beispielsweise könne das Leisten humanitärer Hilfe zugunsten von Konfliktparteien, zu deren Erstarkung und damit zu einer Verlängerung von Konflikten führen (Sajed 2005). In solchen Konstellationen könne überlegt werden, der Pflicht zur humanitären Hilfe nicht unter allen Umständen nachzukommen (Schweizer 2013). Hierbei liegt die ethische Problematik einer Handlung mit doppelter Wirkung zugrunde, welche anders gelagert ist, als das hier diskutierte Problem der Priorisierung angesichts knapper Ressourcen. Letzterem liegt nämlich keine doppelte Wirkung einer Handlung, sondern das moralische Dilemma zugrunde, zwischen mehreren gebotenen Entscheidungen wählen zu müssen und nicht alle davon erfüllen zu können. Die Diskussion über eine Einschränkung des Anspruchs auf humanitäre Hilfe bei Handlungen mit doppelter Wirkung kann damit nicht auf die vorliegende Verteilungsproblematik übertragen werden.

Spätestens mit dem eigenen Postulat eines auf Rechten basierenden Anspruchs individueller Personen auf humanitäre Hilfe können die Verteilungsentscheidungen humanitärer NGOs nicht mehr an einem für rein wohltätig motivierte Handlungen ausgerichteten moralischen Maßstab bewertet werden. Eher könnte überlegt werden, ob vor dem Hintergrund individuell geltender Rechte eine Priorisierungsfrage überhaupt gestellt werden darf oder ob dieses einen zu leichtfertigen Umgang mit der Verpflichtung zum Leisten humanitärer Hilfe darstellt (Nagel 2005). Im Angesicht der objektiv gegebenen Ressourcenknappheit wird die Priorisierung allerdings als notwendig angesehen: Erstens würde die explizite Beschäftigung mit Priorisierungsfragen eine effizientere Nutzung der ohnehin knappen Ressourcen wahrscheinlicher machen und zweitens seien durch den Nachweis der effektiven und klugen Nutzung mögliche Ressourcengeber eher bereit ihre Einsätze aufzustocken (Wikler 2003). Dieses mag eine realistische Einschätzung sein, die moralischen Anforderungen an diese Prioritätensetzung müssen sich dann aber an einem Maßstab orientieren, welcher die Verletzung individueller Rechte beim Vorenthalten humanitärer Hilfe anerkennt und würdigt.

3.2 Ethische Grundlagen zur Verteilung knapper Ressourcen im Kontext medizinischer humanitärer Hilfe

Die Verteilung knapper Ressourcen bei einem nicht zu deckenden Bedarf an diesen führt im humanitären Einsatz zu einem Interessenkonflikt: Individuelle Interessen einzelner bedürftiger Personen konkurrieren dabei miteinander und stehen außerdem im Konflikt mit einer auf das Gemeinwohl gerichteten Perspektive, wonach eine Ressourcenverteilung vorzugsweise dergestalt vorgenommen werden müsste, dass eine Maximierung des Gemeinwohls erreicht wird (Petrini 2010). Zur Annäherung an einen Zugang für die ethischen Beurteilung von Verteilungsfragen im humanitären Kontext wird vorgeschlagen einerseits auf Ressourcen aus der klinischen Bio- und Medizinethik, die das individuelle Patientenwohl fokussiert und andererseits auf Ressourcen aus dem Bereich einer Public-Health Ethik, welche auch das gesellschaftliche Gesamtwohl in den Blick nimmt, zurückzugreifen (Schwartz et al. 2014).

Im Zentrum der klinischen Bio- und Medizinethik steht traditionell das individuelle Patientenwohl (Schwartz et al. 2012). Eine solche Perspektive ergibt sich bereits aus der Postulierung des Hippokratischen Eids und hat seitdem eine anhaltende Weiterentwicklung und Ausdifferenzierung erfahren (Petrini 2010). Dementsprechend wird regelmäßig eine Orientierung gesundheitsbezogenen Handelns am individuellen Patientenwohl gefordert und auch die ethische Ausbildung von Personal im Gesundheitswesen sogenannter Industrienationen richtet sich vielfach hieran aus (Schwartz et al. 2012). Auch das Vier-Prinzipien Modell von Beauchamp und Childress, auf welches die moderne klinische Bio- und Medizinethik vielfach zurückgreift, stellt – wenngleich nicht ausschließlich – das individuelle Patientenwohl ins Zentrum medizinethischer Beurteilungen (vgl. bereits mit humanitärem Bezug: O’Mathuna 2015). Namentlich erfolgt dieses hierbei in Gestalt des Respekts vor der Patientenautonomie, über das Prinzip des Nicht-Schadens, das Prinzip der Fürsorge und das Prinzip der Gerechtigkeit (Beauchamp und Childress 2012).¹⁴ Diese

¹⁴ Ein über die Perspektive auf individuelle Patientenansprüche hinausgehender Geltungsanspruch des Modells von Childress und Beauchamp zeigt sich unter anderem an der Tatsache, dass sie Stellung zu Verteilungsentscheidungen beziehen. Childress und Beauchamp diskutieren das Alter als mögliches Verteilungskriterium ausdrücklich unter dem Prinzip der Gerechtigkeit und gehen dabei grundsätzlich von einem egalitaristisch-fairen Zugang zu gesellschaftlichen Gütern aus (Childress und Beauchamp 2012). Demnach dürfte eine gerechte Verteilungsentscheidung nicht auf der Grundlage von zufälligen sozialen oder biologischen Eigenschaften betroffener Personen getroffen werden. Grundsätzlich anerkennen sie die Notwendigkeit einer Verteilung von Ressourcen im Gesundheitswesen, sprechen sich im Folgenden aber explizit gegen eine Priorisierung anhand des Alterskriteriums aus. Eine solche sei moralisch inakzeptabel, da sie gegen die Gerechtigkeit als zentrales Prinzip verstoße (vgl. ebenda). Die Priorisierung jüngerer Bedürftiger würde auch zu Konflikten zwischen den Generationen führen und eine stereotype Wahrnehmung der Älteren als "Sündenböcke" fördern, die keinen Nutzen aus den Technologien ziehen könnten, die sie teilweise selbst entwickelten (vgl. ebd.). Childress und Beauchamp sprechen sich damit explizit gegen die Einbeziehung des Alters als Verteilungskriterium aus und Fordern eine Verteilung knapper Ressourcen alleine anhand von medizinischen Bedürfnissen, des Nutzens (explizit nicht auf das Alter bezogen) und von Zufallsfaktoren (vgl. ebd.).

Prinzipien stehen als mittlere Prinzipien auf einer Ebene unterhalb ethischer Theorien, aber oberhalb von einfachen Moralvorstellungen (Gerhard 2014).

Allerdings zeigt sich, dass im humanitären Einsatz die Orientierung an Prinzipien, welche das individuelle Patientenwohl fokussieren, humanitäre Helfer*innen häufig in ein moralisches Dilemma führt. Denn diese müssen Verteilungsentscheidungen treffen und somit zwischen mehreren gebotenen Handlungen auswählen, da die Erfüllung all dieser Handlungen angesichts der enormen Ressourcenknappheit unmöglich ist (Wagner und Dahnke 2015). De Waal (2010) beschreibt diese Konstellation, in der eine gebotene medizinische Hilfe angesichts knapper Ressourcen nur einem von mehreren Bedürftigen zugeteilt werden kann, als unausweichliche Grausamkeit (*inescapable cruelty*). Das Unterlassen einer moralisch gebotenen medizinischen Behandlung bleibt hierbei natürlich für den Hilfebedürftigen angesichts der ausgebliebenen Hilfe von größtem Nachteil, aber auch die humanitären Helfer*innen befinden sich – wie beschrieben – in einem Entscheidungsdilemma und sind im Anschluss häufig psychischem Leid ausgesetzt (vgl. Sinding et al. 2010). Dieses ist insbesondere dann der Fall, wenn sie ihr Handeln anhand eines ethischen Konzepts beurteilen, welches – wie sie es regelmäßig aus ihren Heimatkontexten gewohnt sind – das individuelle Patientenwohl ins Zentrum der moralischen Beurteilung ihrer Entscheidungen stellt (vgl. Hunt et al. 2014). In diesem Zusammenhang wird von einer Unzulänglichkeit des ausschließlichen Fokussierens auf das individuelle Patientenwohl für den humanitären Einsatz ausgegangen (Schwartz et al. 2014). Im humanitären Einsatz sei das Gemeinwohl akut gefährdet und somit müssten auch die Handlungen einzelner Personen im direkten Patientenkontakt dieses stärker in den Blick nehmen, als es bei der Arbeit in einem sogenannten industriestaatlichen Gesundheitssystem der Fall sei (Ford et al. 2010). Humanitäre Helfer*innen sollen sich in diesem Zusammenhang nicht auf die Rolle beschränken können, der „Anwalt des einzelnen Patienten“ zu sein, sondern müssten sich ebenso der betroffenen Gemeinschaft und deren Gemeinwohl verpflichtet fühlen (Hakewill 1997). Daher sei es erforderlich, zusätzliche Elemente eines am Gemeinwohl orientierten Public-Health Ethikkonzepts in sämtliche Verteilungsentscheidungen humanitärer Helfer*innen einfließen zu lassen (Benatar 2006).

Entgegen einer alleinigen Ausrichtung am individuellen Patientenwohl nehmen Konzepte einer Public-Health-Ethik bei der Verteilung knapper Ressourcen auch das Gemeinwohl in den Blick (White et al. 2009). Das Spannungsverhältnis zwischen dem individuellen Patientenwohl einerseits und dem Wohlergehen der Gesamtgesellschaft andererseits ist Gegenstand verschiedener Verteilungsmodelle, die im Rahmen einer Public-Health-Ethik diskutiert werden (Holland 2007). Leitende Prinzipien sind dabei der Respekt vor Einzelpersonen bei einer gleichzeitigen Maximierung des Gesamtwohls, eine Minimierung des gesamtgesellschaftlichen Leids, die Kosteneffizienz des Vorgehens und die soziale Gerechtigkeit (Clarivall und Biller-Andorno 2014). Die Kriterien für eine Verteilung knapper Ressourcen, anhand derer Verteilungsmodelle im Sinne einer Public-Health Ethik entwickelt werden, lassen sich nach Persad et al. (2009) grundsätzlich in vier Kategorien

unterteilen: Die gleiche Behandlung aller (Lotterie, *first-come first-serve*), das utilitaristische Maximalkalkül, den *priority view*¹⁵ (*worst-off first, youngest-first*) und das Prinzip der Reziprozität mit einer Unterstützung oder Belohnung sozialer Nutzbarkeit (instrumenteller Wert, Reziprozität).

Durch eine unterschiedliche Berücksichtigung dieser Kriterien können verschiedene Verteilungsmodelle formuliert werden. Inwiefern und mit welcher Gewichtung dabei die unterschiedlichen Kriterien berücksichtigt werden, wird kontrovers und abhängig vom Anwendungsfall diskutiert (vgl. bspw. Hick et al. 2012). Einige fordern grundsätzlich Verteilungsmodelle nur durch eine Kombination aus mehreren Kriterien zu bilden, da kein Kriterium alleine die Komplexität der in Rede stehenden Werte ausreichend berücksichtigen könne (ebd.). Beispielhaft werden zwecks Veranschaulichung im Folgenden drei Verteilungsmodelle knapp vorgestellt:

Das *United Nations Network for Organ Sharing*, welches als einzige Organisation für die Verteilung von Spenderorganen in den USA zuständig ist, wendet beispielsweise ein Punktesystem für die Verteilung knapper Organe an. Dabei werden Elemente aus einer gleichen Behandlung aller über die Wartezeit, mit Elementen einer Priorisierung der akut Bedürftigsten und mit Annahmen zur Prognose der jeweils Betroffenen verknüpft (Persad et al. 2009). In diesem Modell kann das Alter der Empfänger über den Prognosefaktor die Entscheidungsfindung beeinflussen, da jüngere Patienten regelmäßig eine günstigere Prognose hinsichtlich der durchschnittlichen Lebenserwartung haben.

Das *Committee on Chemotherapeutic and other Agents* entschied in den Kriegsjahren 1942-1944 über die Verteilung knapper Penicillin Medikamente an die amerikanische Zivilbevölkerung (McGough et al. 2005). Dabei wurde anhand der klinischen Notwendigkeit (*sickest first*) verteilt, zudem wurden solche Patient*innen priorisiert, von deren Behandlung sich das Komitee wissenschaftliche Erkenntnisse über das Medikament (beispielsweise über die Wirkung gegenüber einem seltenen Erreger) erhoffte, was dem Reziprozitätskriterium entspricht (ebd.). Dieses Vorgehen wurde in der folgenden Zeit scharf kritisiert (ebd.), das Verteilungssystem kann aber als historisches Beispiel für die Anwendung des *priority views* bei der Behandlung der am schwersten Erkrankten und des Reziprozitätskriteriums bei der Behandlung unter der Hoffnung auf wissenschaftliche Erkenntnisse der Verteilung angesehen werden.

Eine kontroverse akademische Diskussion hat die Frage ausgelöst, welchen Bürgern bei einer akuten Influenza-Pandemie in den USA die Behandlung mittels Beatmungsgerät – von denen es bei einem pandemischen Ausbruch nicht genug gäbe – zugutekommen soll (Lin und

¹⁵ Der englischsprachige Begriff des *priority views* wird synonym für den englischen Begriff des *prioritarianism* benutzt. Dieser wird unter 3.3.2 erklärt. Eine exakte deutsche Übersetzung besteht hierfür nicht. Der Prioritarianismus beschreibt einen negativen Utilitarismus, welcher der Leidensminderung eine absolute Priorität zuspricht, die in ihrer Absolutheit im *priority view* so aber nicht vorgesehen wird (vgl. ebd.). Daher wird hier, um Verwechslungen zu vermeiden, der Begriff des *priority views* verwendet.

Anderson-Shaw 2009). White et al. (2009) befürworten hierbei ein Verteilungsmodell, welches sich primär an der Anzahl der geretteten Leben als solche orientiert und subsidiär die *quality adjusted life years* (QALY) und das Alter der Betroffenen als Verteilungskriterium heranzieht.

Die Betrachtung dieser drei dargestellten Verteilungsmodelle zeigt bereits, dass das Alter als Verteilungskriterium Berücksichtigung findet. Im Folgenden sollen die ethischen Grundlagen hierzu erarbeitet und dargestellt werden. Dabei soll es darauf ankommen, inwiefern die von Persad et al. formulierten Verteilungskriterien eine Argumentation zur Verteilung anhand von Alterskriterien begründen können.

3.3 Das Alter als Verteilungskriterium

Ethische Ansätze und Argumente für das Alter als Verteilungskriterium können sowohl aus utilitaristischer Sicht als auch aus Argumenten des *priority views* entwickelt werden.

3.3.1 Utilitaristische Argumente

Entsprechend der utilitaristischen Theorie abgeleitet wird die moralische Beurteilung einer Handlung grundsätzlich anhand der Nützlichkeit ihrer Folgen vorgenommen (Schwemmer 2018). Prinzipiell soll dabei das Wohlergehen jedes Einzelnen, der von der Handlung betroffen ist, bestimmt und aus diesen Einzelbeträgen die Summe des Wohlergehens für alle Betroffenen gebildet werden (ebd.). Dabei ist zunächst werttheoretisch zu unterscheiden, ob das Wohlergehen anhand der Summe des Glücks (hedonistischer Utilitarismus) oder auf der Grundlage von Präferenzen (Präferenzutilitarismus) der betroffenen Personen zu bestimmen ist (Schroth 2011). Weiterhin muss unterschieden werden, ob das Wohlergehen der Betroffenen im Durchschnitt gesteigert (Durchschnittsnutzenutilitarismus) oder in der Gesamtheit maximiert (Summenutilitarismus) werden soll und ob eine einzelne Handlung (Handlungsutilitarismus) oder ein System von Regeln (Regelutilitarismus) als ursächliche Komponente betrachtet wird (ebd.). Der klassische Utilitarismus stellt dabei auf die Maximierung des Glücks aller von einer Handlung Betroffenen ab und setzt sich somit aus den Komponenten von hedonistischem, Summen- und Handlungsutilitarismus zusammen (Wils 2003). Auch bezogen auf das Gesundheitswesen wird auf einer summenutilitaristischen Grundlage argumentiert, dass eine Handlung immer dann als richtig anzusehen sei, wenn sie das gesundheitliche Wohlergehen in der gesamten Gemeinschaft maximiert (Marckmann 2006). Die Verteilung knapper medizinischer Güter müsste damit am größtmöglichen gesundheitlichen Nutzen aus gesellschaftlicher Perspektive ausgerichtet werden (Macklin 2006). Aus dem Kalkül der Nutzenmaximierung selbst ergibt sich dabei allerdings noch keine Aussage über das Alter als hier diskutiertes Verteilungskriterium, es geht nämlich einzig um die Maximierung des Nutzens im Ergebnis, ganz gleich wie diese erreicht wird (Brock 2003). Betrachtet man aber die Faktoren, welche zu einem gesamtgesellschaftlichen Maximalwohl beitragen, so lassen sich vier Argumente finden, welche für die Bevorzugung jüngerer

Menschen sprechen und damit zu einer indirekten Altersdiskriminierung führen (vgl. hierzu Marckmann 2006).

Zunächst gewinnen jüngere Menschen bei der Rettung ihres Lebens im Schnitt mehr zukünftig ausstehende Lebensjahre als ältere. Setzt man nun die Maximierung der geretteten Lebensjahre in Verbindung zu einer allgemeinen Nutzenmaximierung, so ergibt sich aus der Rettung eines jüngeren Menschenlebens die höhere Wahrscheinlichkeit im Sinne einer solchen vorgegangen zu sein (Norheim 2016).

Zweitens hätten jüngere Menschen im Mittel eine höhere Lebensqualität als ältere, da sie im Durchschnitt körperlich gesünder seien und weniger unter körperlichen Beeinträchtigungen litten (Marckmann 2006). Daher sei ein gerettetes Lebensjahr im jungen Alter im summenutilitaristischen Sinne regelmäßig als wertvoller anzusehen, wie ein solches im höheren Alter (ebd.).

Die aus Punkt eins und zwei folgende Konsequenz, die Rettung der meisten Lebensjahre unter Berücksichtigung der Lebensqualität führe zum größtmöglichen Nutzen einer Gesellschaft, ist auch aus einer streng utilitaristischen Sicht nicht unbestritten. So plädiert Verweij (2009) für einen Beurteilungsmaßstab, welcher sich abweichend hierzu an der Anzahl der geretteten Leben als solcher und nicht an den geretteten Lebensjahren orientiert. Das Leben und damit auch die Lebensrettung stellten unabhängig vom Alter einer Person ein zentrales Gut unserer Werteordnung dar. Insofern müsste die Konsequenz einer Handlung dann als richtig angesehen werden, wenn durch die maximale Anzahl an geretteten Leben als solche eine dem zentralen Wert des Lebens maximal zuträgliche Handlung ausgewählt wird (ebd.). Das summenutilitaristische Maximalkalkül stellt allerdings nicht alleine auf den Wert des Lebens als Beurteilungsmaßstab ab, sondern berücksichtigt unter der Maxime Glück zu maximieren und Leid zu minimieren auch andere Werte wie die Gesundheit und die Lebensqualität der Gesellschaft (Tannsjö 2007). Damit könne aber die summenutilitaristische Bewertung einer Handlung nicht alleine auf einer Maximierung im Sinne des Wertes "Leben" beruhen, sondern müsse alle Faktoren, die zur Glücksmaxi- und Leidensminimierung der Gesamtheit beitragen, berücksichtigen (ebd.). Dieses Argument hat zu dem Bewertungsmaßstab der QALYs geführt. Hiernach ist diejenige Handlung als richtig anzusehen, welche die meisten Lebensjahre unter Berücksichtigung der Lebensqualität rettet (McGregor 2003). Dazu wird ein Faktor zwischen null (unmittelbarer Todeseintritt) und eins (vollkommene gesundheitliche Lebensqualität) bestimmt und mit der Anzahl der Jahre multipliziert, welche der geretteten Person erwartungsgemäß zum Leben verbleiben. Verteilungsentscheidungen seien dann richtig, wenn knappe Ressourcen dergestalt verteilt werden, dass insgesamt die Anzahl der geretteten QALYs maximiert wird (Bravo Vergel und Sculpher 2008). Das Alter kann damit als utilitaristisches Verteilungskriterium, wie in Punkt eins und zwei beschrieben, sogar doppelt gewichtet werden: Zum einen führt die Rettung eines jüngeren Lebens wahrscheinlich zur Rettung einer größeren Anzahl an Lebensjahren

als die Rettung eines älteren Menschen und zum anderen wird den Lebensjahren im jüngeren Alter eine wahrscheinlich höhere Lebensqualität als im höheren Alter zugesprochen.

Drittens könnten jüngere Patient*innen leichter wieder in den Arbeitsmarkt integriert werden als ältere Menschen. Da eine Gesellschaft von der Arbeitskraft ihrer Mitglieder profitiere und ältere Menschen häufig ausschließlich Konsumenten gesellschaftlicher Ressourcen (die von jüngeren erwirtschaftet werden) seien, wäre die Rettung jüngerer Menschen im Sinne einer ökonomischen Kosten-Nutzen-Rechnung dem gesellschaftlichen Maximalwohl in doppelter Weise zuträglich (Marckmann 2006).

Viertens sei die Behandlung einer älteren Person häufig aufwendiger und ressourcenintensiver als die Behandlung einer jüngeren. Im Rahmen industriestaatlicher Verteilungsdiskussionen wird diese Argumentation anhand einer wirtschaftlichen Kosten-Nutzen-Abwägung diskutiert (Marckmann 2006). Im Kontext ultraknapper Ressourcen, welcher sich im Rahmen einer humanitären Katastrophe darstellt, spiele das Verhältnis von Ressourceneinsatz und medizinischem Outcome aber eine über die wirtschaftliche Effizienz hinausgehende Rolle: Denn hier sei es wahrscheinlicher unter Einsatz derselben (begrenzten) Ressourcen eine größere Anzahl jüngerer Personen versorgen zu können, als dieses für ältere Personen möglich ist (Sztajnkrzyer et al. 2006). Die Priorisierung jüngerer Menschen führe dann aber nicht nur zu einem wirtschaftlich günstigeren Kosten-Nutzen-Verhältnis, sondern wahrscheinlich auch zu einer höheren Anzahl an geretteten Leben (ebd.).

Kritik an einem utilitaristischen Beurteilungsmaßstab für Verteilungsentscheidungen ergibt sich aus verschiedenen Argumenten. Zunächst können hiernach getroffene Entscheidungen nur auf der Wahrscheinlichkeit dem Gemeinwohl maximal zuträglich zu sein beruhen, da sich die tatsächlichen Konsequenzen einer Handlung erst mit dem in der Zukunft liegenden Zeitpunkt ihres Eintritts erweisen können (Horster 2009). Entscheidungen, die über den Faktor der Wahrscheinlichkeit getroffen werden, wohne aber immer die Unsicherheit inne, ob und inwiefern sich die Wahrscheinlichkeit tatsächlich realisiert (vgl. Williams 1979). Weiterhin wird das Zurücktreten individueller Interessen hinter das Interesse des Gemeinwohls kritisiert (Halpern und Larkin 2006). Aus der Annahme, dass jedes Individuum als moralisch gleich wertvoll anzusehen sei, leiteten sich individuelle Rechte ab, welche Verteilungsentscheidungen immer dann ethisch unvertretbar machten, wenn anhand von anderen Kriterien als den medizinischen Bedürfnissen in der akuten Situation priorisiert würde (ebd.). Dieses Argument muss umso mehr im Bereich der humanitären Hilfe gelten, nachdem ein individuelles Recht auf diese zum einen aus der humanitären Selbstverpflichtung durch den humanitären Imperativ und zum anderen aus einem universell geltenden Menschenrecht auf Gesundheit abzuleiten ist (3.1). Ein weiterer Kritikpunkt greift die psychische Belastung für Entscheidungsträger*innen utilitaristisch begründeter Entscheidungen auf: Wer eine Entscheidung anhand ihrer wahrscheinlichsten Konsequenzen trifft, der muss auch negative Konsequenzen als Resultat seiner Entscheidung anerkennen, was insbesondere aufgrund der zurückgestellten Interessen der

von der Entscheidung benachteiligten Personen belastend sein könnte (Horster 2009,). Die Tatsache, dass die Verteilungsentscheidungen von Ressourcenverwaltern getroffen werden, führe außerdem zu einem paternalistischen Verhältnis dieser gegenüber den Betroffenen, wodurch sich auch die Gefahr einer disproportionalen Diskriminierung von Minderheiten gegenüber Mehrheitsgesellschaften ergibt (O'Mathuna 2015).

3.3.2 Priority View

Ein zweites Verteilungskriterium orientiert sich grundsätzlich am Konzept des *priority views*. Dieser verfolgt – wie der Utilitarismus – einen konsequentialistischen Ansatz zur ethischen Beurteilung einer Handlung. Dabei wird aber nicht auf die Maximierung des Gesamtwohls alleine abgezielt, sondern es erfolgt darüberhinausgehend eine Priorisierung der am stärksten benachteiligten Personen (Tannsjö 2007). Hierüber können in akuten Notsituationen zunächst Entscheidungen begründet werden, welche schwer- oder lebensgefährlich verletzte Personen gegenüber minderschwer betroffenen Personen bei der Versorgung priorisieren (Persad et al. 2009). Eine Begründung das Alter der Betroffenen auf Grundlage des *priority views* als Verteilungskriterium heranzuziehen wird unter einem Perspektivwechsels hergeleitet, welcher hier den Begriff der Benachteiligung beziehungsweise der Betroffenheit ausweitet: Da das Leid in einer akuten Situation unter Umständen vorüber ginge, dürften sich Verteilungsentscheidungen nicht an der aktuellen Situation der Betroffenen alleine orientieren (Cookson und Dolan 2000). Stattdessen müssten diese an einem Maßstab beurteilt werden, der berücksichtigt, welche Auswirkungen die aktuelle Situation einer betroffenen Person auf deren gesamtes Leben hat (ebd.). Auf dieser Grundlage könne davon ausgegangen werden, dass bei der Rettung einer betroffenen Person jüngeren Alters gegenüber einer ebenso betroffenen Person höheren Alters, die jüngere Person regelmäßig mehr Lebenszeit nach der Rettung verbleibe, als dies bei der älteren Person der Fall wäre. Würden beide Personen an den Folgen der aktuellen Situation versterben, dann wäre der älteren mehr Lebenszeit zugefallen als der jüngeren Person. Eine 30 jährige Person hat definitiv kürzer gelebt als eine Person, die zum gleichen Zeitpunkt 60 Jahre alt ist. Eine gerettete Person, die zum Zeitpunkt der Rettung 30 Jahre alt ist, wird wahrscheinlich nach der Rettung länger leben, als eine gerettete Person, die zum Zeitpunkt der Rettung 60 Jahre alt ist. Zentrale Argumente das Alter als Verteilungskriterium in diesem Kontext zu berücksichtigen, sind das Argument der fairen Lebenszeit (Harris 1985), das Argument der natürlichen Lebensspanne (Callahan 1987) und das Argument der klugen Lebensplanung (Daniels 1985).

3.3.2.1 Das Argument der fairen Lebenszeit

John Harris, ein britischer Philosoph und Bioethiker, bejaht in seinem 1985 erschienen Buch "The Value of life" die Möglichkeit einer Begrenzung medizinischer Leistungen für Ältere zugunsten Jüngerer auf der Grundlage des „Arguments einer fairen Lebenszeit“ (Harris

1985).¹⁶ Als Ausgangspunkt seiner Argumentation führt Harris das Gefühl der Ungerechtigkeit an, was er dabei empfinde, wenn die Rettung eines jungen Lebens zugunsten der Rettung eines alten Lebens unterbliebe (Harris 1995). Dieses stelle nämlich ein doppeltes Unglück dar: Erstens hätte eine junge Person das Unglück erlitten vorzeitig in ihrer Existenz bedroht zu sein und ein zweites Unglück sei die Verteilung lebensrettender knapper Ressourcen an eine andere – in diesem Falle ältere – Person (ebd.). Hiervon ausgehend entwirft Harris eine Argumentation, welche einen Ausweg aus dem beschriebenen Gefühl der Ungerechtigkeit ermöglichen soll. Dabei geht er davon aus, dass jedem Menschen eine faire Anzahl an Lebensjahren gebührt, welche dieser zum Führen eines "anständigen Lebens" benötige (Harris 1995). Versterbe ein Mensch, bevor er dieses Lebensalter erreicht hat, so sei ihm eine Ungerechtigkeit widerfahren. Wird die faire Lebenszeit hingegen von einer Person erreicht, so könne sich diese gerecht behandelt fühlen, während die jenseits der fairen Lebenszeit gelebten Jahre gleichsam als Bonus, auf den es keinen Anspruch gäbe, zu betrachten seien (ebd.). Auf der Grundlage dieses Arguments sei es moralisch gerechtfertigt, bei Ressourcenknappheit jene Menschen, welche den Schwellenwert der fairen Lebenszeit noch nicht erreicht haben, gegenüber solchen, bei denen dieses der Fall ist, zu priorisieren (Harris 1995). Harris selbst erkennt die Problematik, dass eine jüngere Person durch eine Verallgemeinerung dieser Argumentation immer und unabhängig von Lebensphase und Altersunterschied anführen könne, weniger faire Lebenszeit als eine ältere Person erhalten zu haben (Harris 1995). Auf dieser Grundlage könnte dann eine Priorisierung bei der medizinischen Behandlung eingefordert werden. Das würde dann für 30 jährige gegenüber 40 jährigen Personen und konsequenterweise auch für 28,5 jährige gegenüber 29 jährigen Personen gelten (ebd.). Hierin sieht Harris eine Gefahr der Willkür, findet aber dergestalt einen argumentativen Ausweg, dass er als Bezugsgröße für die Entscheidung nicht die Lebenszeit im Allgemeinen, sondern nur das Erreichen einer kompletten fairen Lebenszeit gelten lassen will (Harris 1995). Somit könne lediglich das vollkommene Erreichen einer fairen Lebenszeit, welche er zunächst bei 70 Jahren ansiedelt, eine Verteilungsentscheidung zu Ungunsten der diese erreichenden Person begründen (ebd.). Im Ergebnis führt Harris Argumentation damit zu einer Befürwortung klarer chronologisch orientierter Altersgrenzen, welche aber nur als letztmögliches Mittel in solchen Fällen Anwendung finden sollten, in denen von zwei Leben unter allen erdenkbaren Umständen nur eines gerettet werden kann.

Kritik an dem Argument der fairen Lebenszeit ergibt sich auch hier zunächst aus einer egalitären Denkweise, wonach jedem Menschen derselbe moralische Status und dieselben Rechte zugesprochen werden (Schweda 2013). Den moralischen Wert der Lebenszeit jenseits eines definierten Schwellenwertes durch die Betrachtung als Bonus herabzusetzen, sei vor diesem Hintergrund unvertretbar (ebd.). Die weitere Kritik an Harris' Argumentation bezieht sich

¹⁶ Eine deutsche Übersetzung erfolgte 1995 unter dem Titel "Der Wert des Lebens". Die Verweise im Folgenden beziehen sich auf diese deutschsprachige Ausgabe.

insbesondere auf das Konstrukt einer „fairen Lebenszeit“, welches als Schwellenwert für die Verteilung medizinischer Güter fungiert.

Dabei stellt sich zunächst die Frage, *wie* der Schwellenwert einer fairen Lebenszeit bestimmt werden soll und gleichzeitig dem Vorwurf der Willkür standhalten kann. Harris nennt hier eine Zahl von 70 Jahren als Anhaltspunkt, spricht aber selbst die Möglichkeit kulturell und zeitlich bedingter Veränderungen an (Harris 1995). Die reale Bedeutung dieser Veränderungen zeigt sich bereits daran, dass die Anzahl von 70 gelebten Jahren als faire Lebenszeit angesichts der Lebenserwartung und -qualität vieler heute 70 Jähriger in Deutschland zumindest im Kontext der hiesigen gesellschaftlichen Realitäten nicht mehr zeitgemäß erscheint (Schweda 2013). Auch scheint eine einheitliche Definition einer fairen Lebenszeit im Hinblick globaler Unterschiede in Lebenserwartung und Moralvorstellungen zu einem angemessenen Leben kaum möglich. Harris führt aus, dass angesichts dieser dynamischen Veränderung, welche den Vorstellungen über eine faire Lebenszeit innewohnt, die vage Vorstellung vernünftiger Menschen im konkreten Fall hierüber entscheiden soll (Marckmann 2006). Die Tatsache, dass angesichts der schweren Ermittlung allgemeingültiger Altersgrenzen eine vage Vorstellung vernünftiger Menschen im konkreten Fall notwendig wäre, wird teilweise als mitentscheidender Kritikpunkt an Harris' Argument angeführt (Marckmann 2006): Denn damit wird eine unpräzise Bewertungsinstanz für die Ermittlung allgemeingültiger Annahmen erschaffen, deren Allgemeingültigkeit bereits angesichts der Pluralität von Lebensbedingungen und Lebenserwartungen infrage gestellt werden muss. Die tatsächliche Entscheidung im konkreten Fall anhand von vage ermittelten Vorstellungen wäre damit aber wiederum der großen Gefahr der Willkür ausgesetzt.

Neben der Frage, *wie* ein Schwellenwert zu bestimmen wäre erscheint es bereits fraglich, *ob* eine solche Bestimmung überhaupt vertretbar ist. Nach Harris soll nur das Erreichen der vollen, fairen Lebenszeit dazu dienen eine Priorisierung jüngerer Patienten zu rechtfertigen. Sei dieser Schwellenwert noch nicht erreicht, so sei eine Priorisierung, ungeachtet des Abstands beider Personen vom Schwellenwert, nicht möglich (ebd.). Konsequenterweise hieße das bei einem beispielhaft festgelegten Wert von 70 Lebensjahren, dass ein 69 Jähriger zwangsläufig zulasten einer 70 Jährigen bevorzugt werden müsste, dieses aber unter keinen Umständen für einen 20 Jährigen zulasten einer 69 Jährigen geschehen dürfe. Was wäre, wenn in die Zeitspanne einer länger andauernden Behandlung der 70. Geburtstag einer der Betroffenen fiel? Beim Betrachten dieser Beispiele drängt sich unweigerlich eine Unschärfe und Beliebigkeit im Entscheidungsprozess auf. Hierin ist eine weitere Schwäche in der aufgezeigten Argumentation zu sehen.

3.3.2.2 Das Argument der natürlichen Lebensspanne

Der US-Amerikanische Bioethiker Daniel Callahan befürwortet in seiner 1987 erschienenen Monographie *Setting Limits. Medical Goals in an aging society* die Begrenzung medizinischer

Leistungen im hohen Alter (Callahan 1987).¹⁷ Der Fortschritt medizinischer Technologien würde bei grenzenlosem Einsatz und konsequenter Anwendung des medizinisch Machbaren auch im Hinblick auf eine alternde Gesellschaft schon aufgrund mangelnder Ressourcen nicht zu leisten sein. Vielmehr müsste eine Re-Definition des Alters vorgenommen werden, was mit der Veränderung medizinischer Zielsetzungen im Alter einhergehe (Callahan 1995).

Der medizinische Fortschritt habe zur Bildung einer Lebensphase sogenannter *neuer Alter* geführt, in welcher sich in erster Linie an jugendlichen Idealen orientiert würde (Callahan 1995). Allerdings sei die Phase des Alterns auch durch die Nähe zum Tod gekennzeichnet. Anstatt diesen mit allen medizinischen Mitteln hinauszuzögern, gehe es darum Alter und Tod als wesentliche Bestandteile des menschlichen Lebens anzunehmen und in *kreativer und ehrenhafter Weise* zu akzeptieren (Callahan 1995). Callahan fordert somit die Versöhnung mit der Endlichkeit des eigenen Lebens im Alter statt des ständigen Bekämpfens dieser (Callahan 1995). Der Tod im Alter sei dann nach einem erfüllten Leben tolerierbar (ebd.). Um ein erfülltes Leben führen zu können, solle jedem Menschen gerechterweise eine natürliche Lebensspanne zustehen, mit deren Erreichen sich auch die Zielsetzung medizinischer Behandlungen ändere (Callahan 1995).

Eine natürliche Lebensspanne sei erreicht, wenn die Möglichkeiten zum Eingehen einer Partnerschaft, zum Aufziehen eigener Kinder ins Erwachsenenalter und zum beruflichen Erfolg gegeben waren (Callahan 1995). Callahan erkennt an, dass weitere Lebensjahre immer auch weitere Lebensmöglichkeiten bereitstellten. Aber erstens seien diese der Gefahr ausgesetzt, im Alter angesichts körperlicher Leiden und anderer Faktoren eher negativer Natur zu sein und zweitens wäre ein völliges Ausschöpfen aller bestehenden Lebensmöglichkeiten aufgrund deren genereller Unbegrenztheit ohnehin unmöglich (Callahan 1995). Daher seien entsprechend des Titels seines Buches Grenzen zu setzen, die sich an den oben genannten Kriterien ausrichten sollten. Das notwendige Alter, um die nach Callahan beschriebenen Möglichkeiten des Lebens auszuschöpfen, sei nach circa 80 Lebensjahren erreicht (Callahan 1995). Allerdings macht Callahan selbst unterschiedliche Angaben hierzu und benennt teilweise die frühen 70er, teilweise die späten 70er und mal den Beginn der 80er Jahre als natürliche Lebensspanne (Callahan 1995). Callahan beansprucht dabei allerdings nicht die diesbezügliche Definitionshoheit, sondern fordert die Ermittlung in einem öffentlichen Diskurs (ebd.).

Auf Grundlage der geforderten Akzeptanz von Tod und Endlichkeit befürwortet Callahan nach einer gelebten natürlichen Lebensspanne eine Verschiebung der Zielsetzungen medizinischer Behandlungen im hohen Alter (Callahan 1995). Lebenserhaltende

¹⁷ Die 1987 erschienene erste Ausgabe Callahans Buch *Setting Limits. Medical Goals in an aging society* wurde 1995 im selben Wortlaut mit einem zusätzlichen Kapitel (*Afterword, "A Response to My Critics"*) erneut veröffentlicht. Die folgenden Quellenangaben beziehen sich auf die 1995 erschienene Auflage, welche allerdings auch in der Aufteilung der Seitenzahlen der Erstausgabe entspricht.

medizinische Maßnahmen seien nur für die Zeit vor dem Erreichen einer natürlichen Lebensspanne zu erbringen, nachdem dieser Zeitpunkt erreicht wurde, bestünde die Hauptaufgabe der Medizin in der Linderung von Leid und Schmerz, aber nicht mehr in der Lebensverlängerung selbst (Callahan 1995). Ausdrücklich erkennt Callahan hierbei die Würde alter Menschen an und verlangt, dass die Beschränkung medizinischer Ressourcen für diese nicht aus akutem Spardruck geschehen, sondern im Einklang mit der Würde alter Menschen und im Einklang mit der Akzeptanz von Tod und Vergänglichkeit erfolgen sollte (ebd.).

Die Kritik am Argument der natürlichen Lebensspanne erfolgt auf der Grundlage verschiedener Argumentationen. Eine grundsätzliche Kritik am Argument der natürlichen Lebensspanne wird daraus abgeleitet, dass eine allgemein gültige Vorstellung über einen Lebensentwurf und ein gutes Leben im Lichte der Grundsätze und Realitäten einer liberal-pluralistischen Gesellschaft nicht ermittelt werden könne und damit die normative Grundlage Callahans Argumentation entfele (Schweda 2013). Alleine aus der Tatsache, dass die von der Natur vorgegebene Lebenszeit circa 80 Jahre betrage, ergebe sich keine normative Schlussfolgerung dieses akzeptieren zu müssen und nicht durch medizinische Maßnahmen zu verändern (Marckmann 2006). Ansonsten beginge man einen naturalistischen Fehlschluss – also einen „unzulässigen Übergang von einer deskriptiven Seins- zu einer normativen Sollensaussage“ (ebd.). Die normative Begründung seiner Argumentation entwickelt Callahan daher aus der Annahme, dass allgemein geltende Vorstellungen über die inhaltliche Ausgestaltung eines Lebensentwurfes bestünden, welche eine zu bestimmende Lebenszeit als ausreichend ansähen. Die Existenz solcher allgemeingültigen Vorstellung zur Gestaltung eines Lebensentwurfes sei aber im Hinblick der real vielfältig gestalteten Lebenswege in pluralistisch-freiheitlichen Gesellschaften keinesfalls selbstverständlich (Schweda 2013). Vielmehr stünde eine solche Annahme sogar im Widerspruch zu den Grundwerten einer liberalen Gesellschaft, deren Wesen nach die Lebensgestaltung eine allein individuelle und persönliche Angelegenheit darstellt und könne daher nicht zur normativen Grundlage für Rationierungsentscheidungen dienen (ebd.).

Weiterhin stünde die Argumentation Callahans, ab einem gewissen Alter sämtliche lebenserhaltenden medizinischen Maßnahmen zu versagen, im Widerspruch zu Grundsätzen der medizinischen Praxis. Diese versucht häufig Entscheidungen abhängig vom Einzelfall unter Berücksichtigung des Prinzips eines *informed consents* zu treffen (Müller 2010). Der Betrachtung im Einzelfall unter Einbeziehung der Patient*innen stünde eine vorgegebene Entscheidung anhand strikter Altersgrenzen grundlegend entgegen (ebd.). Besonders deutlich werde dieses in Fällen, in denen das Erhalten eines Lebens mit relativ geringem Aufwand möglich ist, so beispielsweise bei der auf Lebensrettung ausgerichteten Therapie mit Antibiotika (ebd.). Die nach Callahan unumstößlich festgelegte Unterlassung einer solchen Maßnahme, nachdem eine natürliche Lebensspanne erreicht wurde, stehe hier auch im Ergebnis regelmäßig im Widerspruch zu der diskursiven Entscheidungsfindung anhand

des *informed consents*, wonach in der Praxis eine solche Therapie häufig befürwortet würde (ebd.).

3.3.2.3 Das Argument der klugen Lebensplanung

Der US-amerikanische Bioethiker Norman Daniels schlägt vor, die Gerechtigkeit einer altersabhängigen Ressourcenverteilung medizinischer Leistungen aus einer anderen Perspektive zu beurteilen: Er betrachtet diese nicht als Verteilungsfrage zwischen den Generationen, sondern als intrapersonelle Verteilungsentscheidung, deren Adressat immer ein- und dieselbe Person, allerdings zu unterschiedlichen Phasen in deren Lebenslauf, ist (vgl. Daniels 1985). Ausdifferenziert erarbeitet wird dieser Ansatz, den Daniels als das Argument der klugen Lebensplanung (*prudential life-span account*) bezeichnet, in der 1988 verfassten Monographie *Am I my parents Keeper?* (Daniels 1988). Auf der Grundlage von Jon Rawls Gerechtigkeitstheorie solle jedes Individuum über eine interindividuell gleichgroße Menge an Lebensmöglichkeiten verfügen (Daniels 1988). Hierzu gehört auch ein für alle Personen gleichgroßer, aber angesichts universell erschöpfbarer Ressourcen begrenzter Anspruch auf Gesundheitsleistungen (ebd.). Das Kernstück Daniels Argumentation ist das Konzept eines klugen Planers, der die ihm zustehenden begrenzten Ressourcen individuell über die verschiedenen Phasen seines Lebenslaufes verteilt (Daniels 1988). Dabei befindet sich dieser im Sinne Rawls hinter einem *Schleier des Nichtwissens* (Daniels 1988). Das bedeutet der Planer kennt weder sein Alter noch seine Lebenserwartung, persönlichen Präferenzen oder Werte (Müller 2010). Ein kluger Planer müsse unter diesen Voraussetzungen bedenken, dass er einerseits Ressourcen für die Phase des Alters aufspart, andererseits aber der Gefahr begegnet, bei maximaler Aufspaltung für das Alter in jüngeren Jahren ungesichert zu sein (Daniels 1988). Somit ergäben sich zwei mögliche Verteilungsschemata: Erstens könnte der Absicherung in jungen Jahren höheres Gewicht beigemessen werden, was das Erreichen einer normalen Lebenserwartung wahrscheinlicher mache (Daniels 1988). Zweitens könnten die Ressourcen verstärkt für das Alter aufgespart werden. Diese zweite Variante erhöhe angesichts knapperer Ressourcen in frühen Lebensphasen die Gefahr des Versterbens vor dem Erreichen der normalen Lebenserwartung, werde die Phase des Alters aber dennoch erreicht, so habe man aufgrund der zurückbehaltenen Ressourcen eine erhöhte Chance überdurchschnittlich alt zu werden (ebd.). Anhand der *Maximin-* und der *Standard-Regel* zur rationalen Entscheidungsfindung leitet Daniels im Folgenden her, dass ein kluger, rationaler Planer sich für die erste Variante (mit Altersrationierung) entscheiden müsste (Daniels 1988). Diese sei nach der *Maximin-Regel* immer vorzugswürdig, da hiernach eine Minimalisierung der Wahrscheinlichkeit zum Eintritt schlechter Ergebnisse gefordert wird (ebd.). Dem wäre nur mit der Verteilung medizinischer Ressourcen in die früheren Lebensabschnitte, welche die Gefahr eines frühen Versterbens minimiert, nachgekommen. Somit sei nach der *Maximin-Regel* die erstgenannte Variante zu wählen. Die *Standard-Regel* fordert eine Multiplikation von der Größe des erreichten Gutes (hier: erreichte Lebensjahre) mit der Wahrscheinlichkeit, dass dieses eintrete (ebd.). Diese zweite Variante könnte zu dem Erreichen eines höheren

Lebensalters beitragen, da im Alter auf medizinische Ressourcen zurückgegriffen werden kann. Allerdings sei die Wahrscheinlichkeit die Phase des Alters überhaupt zu erreichen geringer als bei der ersten Variante, da in früheren Lebensphasen weniger medizinische Ressourcen zur Verfügung stehen (Daniels 1988). Das Produkt aus dem zu erreichenden Gut und der Wahrscheinlichkeit des Erreichens sei damit im Ergebnis für beide Varianten dasselbe (Daniels 1988). Bedenke man nun allerdings, dass Lebensjahre im Alter angesichts von Krankheit und körperlicher Degeneration in aller Regel von geringerer Lebensqualität als solche in früheren Lebensphasen seien, so müsse sich ein kluger Planer auch nach der Standardregel für die Variante mit Altersrationierung entscheiden, da er im hypothetischen Durchschnitt dieselbe Menge an Lebensjahren, aber mit vermeintlich höherer Lebensqualität erreiche (Daniels 1988). Daniels benennt hier explizit die Möglichkeit, dass den späten Lebensjahren individuell durchaus große Lebensqualität zugesprochen werden könnte, der kluge Lebensplaner müsse aber Themen wie Krankheit und körperliche Degeneration in seiner Planung berücksichtigen und diese seien eben im hohen Lebensalter durchschnittlich erhöht (ebd.). Da nun nach beiden angewandten Regelungen die erstgenannte Variante vorzuziehen sei, müsse sich ein kluger Lebensplaner konsequenterweise für diese und damit für eine Begrenzung medizinischer Ressourcen im hohen Alter entscheiden. Im Unterschied zu Callahan allerdings möchte Daniels seinen Vorschlag zur Altersrationierung nur dann zur Anwendung kommen lassen, wenn, wie in Triage – ähnlichen Fällen, angesichts eines Ressourcenmangels zwischen der Behandlung von einer jüngeren und einer älteren Person ausgewählt werden muss (Daniels 1988). Diese Eigenschaft als letztmögliches, einzusetzendes Mittel setze zudem voraus, dass zunächst im Sinne einer Effizienzmaximierung versucht werde, die Notwendigkeit einer Altersrationierung zu vermeiden (ebd.).

Die *Kritik am Argument der klugen Lebensplanung* trifft zunächst die konstruierte Person des idealen Planers. Politische Entscheider, welche die Regeln einer Altersrationierung im Gesundheitswesen realisieren müssen, könnten Schlussfolgerungen einer solchen, übersinnlich und einzig rational entscheidenden Figur in der Realität nicht entwickeln (Müller 2010). Eine kluge Planung, wie sie von Daniels angedacht wird, setze nämlich die Kenntnis über die Lebenserfahrungen sämtlicher Individuen voraus, um allgemeine Präferenzen formulieren zu können. Sämtliche Lebenserfahrungen kann aber kein realer Planer, der sich fiktiv in die Rolle des idealen Planers begeben soll, gesammelt haben (ebd.). Er könne sich höchstens in einer Art demokratischem Prozess einen Überblick der gesamtgesellschaftlich gesammelten Lebenserfahrungen verschaffen. Eine solches Erfahren von individuellen Präferenzen bleibe aber immer unterschiedlich von dem Bild eines idealen Planers, der von jeglichen Einflüssen abgeschirmt sein soll (ebd.).

Außerdem stünde das von Daniels verfolgte Konzept allen dieselbe Anzahl an verfügbaren Gesundheitsressourcen zuzuteilen und bei deren Verbrauch keine zusätzlichen Ressourcen bereitzustellen im Widerspruch zum Solidarprinzip (Sommer 2001). Dieses verfolgt einen bedarfsorientierten Ansatz, wonach einer besonders bedürftigen Person

überdurchschnittlich viele Ressourcen zugutekommen können, weil wenig bedürftige Personen auch wenige Ressourcen beanspruchen. Diese Konzeption, welche auf der Solidarität der weniger Bedürftigen gegenüber den bedürftigen Personen aufgebaut ist, sei nicht mit der starren und gleichermaßen beschränkten Ressourcenzuteilung vereinbar (Müller 2010).

Schließlich sieht sich auch das Argument der klugen Lebensplanung der Kritik ausgesetzt ihm läge ein traditionell-industriestaatliches Verständnis zum Entwurf eines Lebenslaufes zugrunde (Schweda 2013). Denn die Verteilung medizinischer Ressourcen im Sinne von Daniels Argumentation sei nur dann zwingend als klug zu erachten, wenn den gelebten Jahren im Alter weniger Lebensqualität als den gelebten Jahren in früheren Lebensabschnitten zugesprochen wird (ebd.). Obwohl Daniels stetig bemüht sei, die Wertung über die verschiedenen Lebensphasen gleichzusetzen, komme seine Argumentation an einem Punkt ohne eine solche nicht aus: Beim Herleiten der rationalen Entscheidung zugunsten des Konzeptes mit Altersrationierung spiele die Annahme der mehrheitlich als vermindert eingeschätzten Lebensqualität im Alter eine entscheidende Rolle (ebd.). Nur unter dieser Annahme kann Daniels im Rahmen der rationalen Entscheidung auf Grundlage der Standard-Regel einen klugen Planer zwingend für ein Konzept mit Altersrationierung entscheiden lassen. Die Annahme, dass die Menschen mehrheitlich den Lebensjahren in jüngeren Lebensabschnitten größere Lebensqualität zusprechen sei aber erstens eine traditionell-industriestaatliche Vorstellung und zweitens keine ethisch ausreichende Begründung, da eine solche – wie von Daniels selbst gefordert – nicht alleine auf Mehrheitsmeinungen beruhen dürfe (Müller 2010).

3.3.2.4 Zwischenfazit

Zusammenfassend kann an dieser Stelle festgehalten werden, dass bei Verteilungsentscheidungen im Kontext der medizinischen humanitären Hilfe konkurrierende individuelle Interessen der jeweils einzeln Betroffenen und zusätzlich eine Perspektive, die das Gemeinwohl in den Blick nimmt, zu berücksichtigen sind. Die Annäherung einer ethischen Betrachtung in diesem Spannungsfeld kann dabei unter der Berücksichtigung von Ansätzen aus einer klinischen Bio- und Medizinethik einerseits und Aspekten aus einer Public-Health-Ethik andererseits erfolgen. Dabei kann das Alter als Verteilungskriterium zunächst indirekt über eine utilitaristische Argumentation eine Rolle spielen: Denn auch wenn sich die utilitaristische Argumentation dem Alter gegenüber zunächst neutral verhält, sprechen vier Gründe aus utilitaristischer Sicht für eine Priorisierung jüngerer Menschen: Erstens gewannen diese im Schnitt mehr Lebenszeit bei einer Rettung, zweitens bestünde im Mittel eine erhöhte Lebensqualität für jüngere Gerettete, drittens seien diese nach erfolgter Rettung produktiver im Sinne einer gesamtgesellschaftlichen Kosten-Nutzen Rechnung und viertens sei eine Behandlung jüngerer Menschen im Mittel ressourcenärmer, so dass insgesamt mehr jüngere als ältere Bedürftige mit begrenzt zur Verfügung stehenden Ressourcen behandelt werden könnten.

Auch das Argument der fairen Lebenszeit von John Harris, das Argument der natürlichen Lebensspanne von Daniel Callahan und das Argument der klugen Lebensplanung Norman Daniels können für eine Priorisierung jüngerer Menschen bei der Verteilung knapper Ressourcen sprechen. Alle Argumente sehen sich jeweils spezifischer Kritik ausgesetzt. Gemeinsamkeiten zeigen sich in der Kritik allerdings zunächst bei egalitären Argumenten, welche allen Argumentationen entgegengehalten werden. Weiterhin wird sowohl dem Argument der fairen Lebenszeit, als auch dem Argument der natürlichen Lebensspanne und dem Argument der klugen Lebensplanung vorgehalten, dass normative Schlussfolgerungen, die zur Begründung einer Priorisierung jüngerer Menschen führen, letztlich immer auf der verfehlten Annahme beruhen, dass sich allgemeingültige Vorstellungen über die Bewertung eines menschlichen Lebenslaufs ermitteln ließen.

3.4 Altersbilder im interkulturellen Kontext

Medizinische humanitäre Hilfe findet häufig im interkulturellen Kontext statt, wobei die humanitären Organisationen regelmäßig in den finanziell betrachtet reicheren Teilen der Erde ansässig sind und die Empfänger*innen humanitären Hilfe vielfach sogenannten nichtindustriellen Gesellschaften angehören (Hurst 2011). Der Großteil der humanitären Hilfe wird dabei von wenigen Ländern, überwiegend sogenannten Industrienationen aus OECD-Ländern, aufgebracht (Lieser 2013). Diese sogenannte „Geberliga“ wird, gemessen an den finanziellen Leistungen, entsprechend von den USA und der Europäischen Union angeführt, Deutschland steht als einzelner Akteur bereits wieder auf Platz vier dieser Liste (Walker und Maxwell 2008). Gleichzeitig werden Alter und Altern als komplexe soziale und kulturelle Phänomene betrachtet, die Veränderungen unterliegen, welche historisch, inter- und intrakulturell eine große Varianzbreite aufweisen und damit auch die Veränderbarkeit von altersbezogenen sozialen Rechten, Pflichten und Rollen bedingen (Ehmer 2009). In diesem interkulturellen Kontext stellt sich die Frage nach interkulturellen Unterschieden in der Bestimmung von Alter, den hieraus folgenden Unterschieden bei der gesellschaftlichen Zuschreibung von Rechten und Pflichten und den etwaig damit einhergehenden Unterschieden in der Beurteilung des Alters als Verteilungskriterium.

Hierfür bedarf es zunächst eines genaueren Verständnisses des Begriffs der Altersbilder, für den es in den vielfältig und interdisziplinär angelegten wissenschaftlichen Disziplinen, welche sich mit dem Alter beschäftigen, kein einheitliches und eng umrissenes Konzept gibt (Tews 1991). Eine allgemein gehaltene Annäherung an den Begriff der Altersbilder beschreibt diesen als "[...] Vorstellungen vom Alter als Lebensphase, vom Prozess des Alterns und als Vorstellung über ältere Menschen" (Rossow 2012). Bei einer differenzierteren Betrachtung kann eine Unterscheidung zwischen individuellen und kollektivistisch-kulturellen Altersbildern erfolgen (Kruse 2019). Dabei stellen individuelle Altersbilder die Wahrnehmung individueller Personen über das Alter und ältere Menschen einerseits im Allgemeinen, sowie andererseits im Hinblick auf die eigene Person dar (ebd.).

Kollektivistisch-kulturell konzipierte Altersbilder beschreiben die gesellschaftlichen Bilder von Alter, Altern und älteren Menschen, die diesbezüglichen gesellschaftlichen Einstellungen und die gesellschaftliche Zuteilung von Rechten, Pflichten und sozialen Rollen (Rossow 2012). Beispielsweise ist der Eintritt in den Ruhestand nach einem Arbeitsleben regelmäßig mit dem Erreichen eines chronologisch definierten Lebensalters verknüpft (Ehmer 2009). Mit dem Übergang vom Arbeitsleben in den Ruhestand ergibt sich trotz großer individueller Gestaltungsfähigkeit auch ein Wandel der gesellschaftlich zugeschriebenen Rechte, wie beispielsweise die Bezahlung einer Rente oder auch Pflichten, wie beispielsweise die Pflicht zum Einstellen einer bestimmten beruflichen Tätigkeit ab einem gewissen Lebensalter (ebd.). Die kulturell-kollektivistischen Altersbilder stellen dabei soziale Konstrukte dar, deren Ausgestaltung keine unveränderbare Gegebenheit ist, sondern sich in Abhängigkeit von Raum und Zeit verändert (Höffe 2009). Beispielsweise haben im Mittelalter andere Konzepte des Alters bestanden als in heutigen industriestaatlichen Gesellschaften. So wird beschrieben, dass es in vormodernen europäischen Gesellschaften die Regel war bis an das Lebensende zu arbeiten, zumindest solange die körperlichen Kräfte dies zuließen (Brantl et al. 2009). Das Bild einer von Lebensqualität gezeichneten Lebensphase nach dem altersabhängigen Einstellen der Arbeit gab es also in der Regel nicht (ebd.). Im Gegensatz hierzu beträgt die nachberuflich Lebensphasen in europäischen Gesellschaften heute nicht selten 20 oder 30 Jahre und ist von einer wachsenden Vielfalt an chancenbezogenen Altersbildern geprägt (Wurm und Huxhold 2012). Räumliche Unterschiede von kollektivistisch-kulturellen Altersbildern zeigen sich zum einen zwischen verschiedenen Gesellschaften und Kulturen, zum anderen aber auch innerhalb derselben Kultur, beispielsweise in Abhängigkeit von der sozialen Zugehörigkeit (Kruse 2009). Beispielsweise zeigen sich in der japanischen Gegenwartsgesellschaft Altersbilder, welche in Abgrenzung zu etwa europäischen Altersbildern das Altern als andauernden Fortschritt in Richtung menschlicher Perfektion verstehen – wenngleich dieses nur unter strikter Einhaltung lebenslanger Disziplin der Fall wäre (Formanek 2009). Zudem wurde gezeigt, dass räumliche und zeitliche Gegebenheiten nicht unidirektional Einfluss auf die jeweils gegenwärtigen Altersbilder nehmen, sondern umgekehrt auch eine Auswirkung von Altersbildern auf die jeweiligen gesellschaftlichen Verhältnisse stattfindet (Rossow 2012). So konnte nachgewiesen werden, dass auf Altersbilder als beeinflussende Faktoren zurückgegriffen wurde, um Debatten über Verteilungsentscheidungen zu führen: Die Forderung nach einer Übernahme gesellschaftlicher Verantwortung älterer Menschen unter dem Stichwort "Empowerment und Aktivierung" der "jungen Alten" (van Dyk 2009) kann hierzu ebenso als Beispiel dienen, wie das Bild des verarmten und entwurzelten alten Menschen, mit dem Lobbyarbeit für einen Ausbau der Altenhilfe betrieben würde (Göckenjan 2010).

Für die Bewertung des Alters als Verteilungskriterium erscheinen insbesondere die kollektivistisch-kulturellen Altersbilder von Bedeutung, anhand derer das gesellschaftliche Zusprechen von Rechten, Pflichten und sozialen Rollen aufgrund des Alters erfolgt. Auf dieser Ebene müssen hier daher auch interkulturelle Unterschiede in der Beurteilung von

Verteilungsfragen anhand des Alterskriteriums betrachtet werden. Internationale humanitäre Hilfe erfolgt häufig (wenngleich nicht nur) im interkulturellen Kontext zwischen Helfenden aus sogenannten industriegesellschaftlichen Herkunftskontexten und Empfangenden aus sogenannten nichtindustriellen Gesellschaften. Daher sind an dieser Stelle vor allem die Unterschiede zwischen kollektivistisch-kulturellen Altersbildern dieser beiden Gesellschaftsformen relevant. Diese lassen sich zumindest hier nicht allumfassend darstellen, vielmehr soll es um eine skizzenhafte Darstellung von kulturell-kollektivistischen Altersbildern in sogenannten industriestaatlichen und nichtindustriellen Gesellschaften gehen.

Einen Überblick über verschiedene Konzepte der Zuordnung von Alter und altersspezifischen gesellschaftlichen Rollen, Rechten und Pflichten in sogenannten nichtindustriellen Gesellschaften liefern Elwert-Kretschmer und Elwert (1997). Hiernach findet eine solche Zuordnung im nichtindustriellen Kulturkontext auch anhand von nichtchronologischen Kriterien statt und ergibt sich auch aus verschiedenen Kriterien, die sich schemenhaft in die folgenden vier Gruppen unterteilen lassen (vgl. zu der folgenden Einteilung: Elwert-Kretschmer und Elwert 1997):

Im Verständnis einer *physisch-funktionalen Unterscheidung* kann eine Zuordnung zur Gruppe älterer Menschen auch anhand der körperlichen Leistungsfähigkeit stattfinden. Solche Zuordnungen finden insbesondere in Gemeinschaften statt, in denen weiterhin gesammelt und gejagt wird. Dabei gilt in der Regel als alt, wer als Mann aufgrund körperlicher Einschränkungen nicht mehr zum Jagen oder als Frau nicht mehr zum Einsammeln der Grundnahrungsmittel in der Lage ist (ebd.).

Im Kontext von *Alters- und Generationsklassensystemen* erfolgt die Zuordnung einer Person zu einer Altersgruppe anhand von deren Position in der Generationenabfolge (ebd.). Somit werden sämtliche Personen, die in derselben Beziehung zur Vorgängergeneration stehen, einer Altersgruppe zugeordnet. Diese gesamte Gruppe tritt dann in interkulturell verschieden bestimmten Zyklen nach und nach in verschiedene Altersphasen ein. Das chronologische Alter von Mitgliedern derselben Altersgruppe kann durch die Position in der Generationenabfolge bei gleichzeitig unterschiedlichen Geburtsdaten erheblich variieren. Häufig sind auch Mitglieder einer als älter angesehenen Gruppe chronologisch jünger als die einer Gruppe mit späterer Position in der Generationenabfolge – und umgekehrt (ebd.). Dass Generationsklassensysteme mit der Entkopplung von chronologischem Lebensalter und Generationszugehörigkeit über Jahrhunderte funktionieren und zu einer anhaltend stabilen Bevölkerungszahl einer über 100.000 Mitglieder zählenden Ethnie führen, konnte am Beispiel der halbnomadisch lebenden Toposa im Süd-Sudan gezeigt werden (Müller 1986).

Teilweise erfolgt die gesellschaftliche Zuordnung zu einer Altersgruppe auch anhand der *Position im Reproduktionszyklus* (Elwert-Kretschmer und Elwert 1997). Diese Zuordnung betreffe insbesondere Frauen, für die orientierend eine Einteilung in die Kategorien „heiratsfähig“ – „verheiratet“ – „Mutter“ – „geschieden“ – „verwitwet“ vorgenommen

würde. Unverheiratete oder kinderlose Frauen oder auch Männer könnten dabei niemals das Stadium des Alters erreichen.

In *Senioritätssystemen* wird das Alter relativ im Verhältnis zu der Anzahl der Nachgeborenen bestimmt (ebd.). Da mit der ansteigenden Zahl der gelebten Lebensjahre auch die Chance auf eine höhere Anzahl an Nachkommen einhergeht, gibt es zwischen Senioritätssystemen und der chronologischen Altersdefinition industriestaatlicher Gesellschaften häufig Überschneidungen. Allerdings wird in Senioritätssystemen aufgrund der Anzahl der Nachgeborenen ein gesellschaftlicher Status und damit gesellschaftliche Macht zugesprochen, die im Status als "Ältester" gipfelt (Graß et al. 2007). Einer Person, die trotz hohen chronologischen Alters keine Nachgeborenen hat, wird ein solcher Status nicht alleine aufgrund des Lebensalters verliehen. Am Beispiel der im globalen Vergleich schnell vorangeschrittenen Wandlung der südkoreanischen Gesellschaft in eine industriestaatlich geprägte Versorgungsstruktur konnte beispielsweise eine Unterversorgung älterer Menschen aufgezeigt werden, die ihre soziale Position durch die Erosion des zuvor geltenden Senioritätssystems im Rahmen des gesellschaftlichen Wandels verloren hatten (Yung 2011).

In direktem Zusammenhang mit der Zuordnung der Eigenschaft als älterer Mensch steht deren gesellschaftlicher Status, der ausschlaggebend für deren Versorgung ist, welche häufig im privaten Kontext organisiert und durch jüngere Generationen übernommen wird. Die Art und Weise des Umgangs mit älteren Menschen erfolgt hierbei sehr unterschiedlich und kann von einer Verehrung älterer Gemeinschaftsmitglieder bis zu deren vorsätzlicher Tötung (Senizid) reichen (Künemund und Tanschus 2011). Um vor diesem Hintergrund die eigene Versorgung abzusichern, würden ältere Menschen sich häufig gezielt Fähigkeiten und Eigenschaften aneignen, aufgrund derer sie eine nützliche Rolle in der Gemeinschaft einnehmen (Elwert-Kretschmer und Elwert 1997). Dieses Phänomen sei kulturübergreifend zu beobachten und wird auch als Institution der Alterssicherung beschrieben (ebd.). Institutionen in diesem Sinne, welche die Versorgung älterer Gemeinschaftsmitglieder sichern sollen, fallen dabei unterschiedlich aus und werden hier in Anlehnung an Elwert-Kretschmer und Elwert (1997) in drei Gruppen unterteilt:

Eine Institution der Alterssicherung wird in den Feldern *Magie und Religion* gesehen. Älteren werden teilweise magische Fähigkeiten zugeschrieben, womit ihre Stellung in der Gemeinschaft gestärkt und damit ihre Versorgung durch die jüngeren Generationen gesichert wird (Bujo 1993). Das Konzept der Magie als monopolistisches Wissen ist dabei oft auf die Angst anderer Gemeinschaftsmitglieder gegründet und unterliege der Gefahr, beim Ausbleiben von erwarteten Effekten magischer Handlungen in Frage gestellt zu werden und damit die Eigenschaft als Institution zur Versorgungssicherung zu verlieren (Elwert-Kretschmer und Elwert 1997). Auch wenn die Anerkennung von magischen Fähigkeiten zu einer Person keinesfalls auf homogene Weise stattfindet und teilweise auch zur Ausgrenzung betroffener Personen führen kann (ebd.), so wird doch davon ausgegangen, dass ältere

Menschen regelmäßig durch die Zuschreibung magischer Fähigkeiten ein erhöhtes Ansehen zuteil wird (Künemund und Tanschus 2011).

Auch *akkumuliertes Wissen* in den Personen älterer Menschen kann als wesentlicher Faktor deren Alterssicherung verstanden werden. Vor allem in schriftlosen Kulturen kommt den älteren Menschen die besondere Eigenschaft zu, als Speichermedium für wichtiges lebenspraktisches, rituelles oder religiöses Wissen zu fungieren und dieses an die nachfolgenden Generationen weiterzugeben (Mesaki 2009). Diese Eigenschaft stelle eine wichtige Ressource für die Gemeinschaft dar. Kulturvergleichende Untersuchungen haben die Spezialisierung älterer Menschen auf Wissenserwerb zur Sicherung der eigenen Versorgung kulturübergreifend beobachtet (Elwert-Kretschmer und Elwert 1997). Beispielsweise wird über das 5,4 Millionen Personen umfassenden Volk der Sukuma in Tansania berichtet, dass alte Frauen traditionell respektierte gesellschaftliche Rollen innehaben, da sie unter anderem Kenntnis über die Zeremonien und Rituale wichtiger gesellschaftlicher Ereignisse wie Hochzeiten, Geburten und Begräbnisse hatten und diese leiteten (Mesaki 2009). Eine Versorgung älterer Menschen dient in diesem Kontext dem Erhalt des gesellschaftlichen akkumulierten Wissens und der Sicherstellung dessen Weitergabe, woraus sich eine Institution zur Versorgungssicherung älterer Menschen ergibt.

Eine weitere Sicherstellung der Versorgung älterer Menschen kann in deren *Eigentum und anderen personenbezogene Rechten* gesehen werden (Elwert-Kretschmer und Elwert 1997). Dabei spielt insbesondere das Eigentum an Land eine wesentliche Rolle. In einigen westafrikanischen Kulturen ist es beispielsweise üblich, dass die Familienältesten als Verwalter des Landes, welches sich im Familienbesitz befindet, fungieren und jüngere Familienmitglieder auf diesem Land arbeiten.

Die dargestellten Altersbilder und die hieraus folgende Versorgungssicherung älterer Mitglieder beruhen auf Forschungsarbeiten, welche traditionelle Vorstellungen über das Alter in sogenannten nichtindustriellen Gesellschaftsformen beleuchten. Wie beschrieben sind Altersbilder als ein soziales Konstrukt zu verstehen, welches in Abhängigkeit von Raum und Zeit Entwicklungen und Veränderungen untersteht. So könnten auch die traditionellen, gesellschaftlichen Altersbilder in sogenannten nichtindustriellen Gesellschaften beispielsweise im Zuge der Globalisierung Veränderungen durchleben. Gerade in den jüngeren Generationen findet eine zunehmende Urbanisierung in sogenannten Entwicklungsländern statt und damit einhergehend vollzieht sich eine steigende Orientierung der Bildung an westlichen Konzepten (Elwert-Kretschmer 2007). Eyetsemian und Gire (2003) haben weitgehende Gemeinsamkeiten zwischen jungen Menschen aus sogenannten nichtindustriellen Gesellschaften hinsichtlich deren Orientierung bei der Beurteilungen von Altersbildern an westlich geprägten Altersbildern erkannt. Allerdings waren alle Studienteilnehmer aus den sogenannten nichtindustriellen Gesellschaften Studenten, wodurch sich eine nähere Beziehung zu westlichen Bildungskonzepten ergebe (ebd.). Im Gegensatz zu ähnlichen Altersbildern bei jüngeren Gesellschaftsmitgliedern zeigten sich

erhebliche Unterschiede zwischen den Altersbildern älterer Menschen in sogenannten Industriegesellschaften und älteren Menschen in sogenannten nichtindustriellen Gesellschaften (Westerhof et al. 2001). Ältere Menschen aus der sogenannten nichtindustriellen Gesellschaft gingen dabei signifikant stärker davon aus, dass ihre Versorgung von Familienmitgliedern übernommen wird, was für eine traditionelle, kollektivistische Gesellschaftsvorstellung mit entsprechenden Altersbildern spreche (ebd.). Es zeigte sich also innerhalb der so bezeichneten nichtindustriellen Gesellschaften eine Tendenz zur stärkeren Orientierung der jüngeren Generationen an westlich geprägten Altersbildern, während ältere Generationen vermehrt traditionelle Vorstellungen über das Alter und das Älterwerden bewahren. Ahounfack (2016) geht in diesem Zusammenhang am Beispiel der Gesellschaft Kameruns davon aus, dass eine Alterität zwischen den älteren und den jüngeren Generationen bestehe, wobei er dem Begriff der Alterität die Bedeutung etwas Anderem, Fremdem und Unvertrautem zuschreibt.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Unterschiede in den kollektivistisch-gesellschaftlichen Altersbildern zwischen sogenannten industriellen und sogenannten nichtindustriellen Gesellschaften bestehen. Zwar scheint im Zuge der Modernisierung teilweise eine Orientierung von insbesondere jüngeren Generationen an eher westlich geprägten Alterskonzepten zu bestehen, Unterschiede bleiben aber, insbesondere in den älteren Generationen, bestehen. Auch die dargestellten utilitaristischen Argumente, sowie das Argument der fairen Lebenszeit, der natürlichen Lebensspanne und der klugen Lebensplanung messen "normativen Lebenslaufkonzeptionen" (Schweda 2013) eine tragende Rolle in ihrer Begründung von Verteilungsentscheidungen zu (3.3.2). Eine solche normative Konzeption wird aber immer mit den anerkannten Altersbilder der Konzipierenden bestimmt. Vor diesem Hintergrund ist auch für die Beurteilung von Verteilungsfragen im Rahmen der humanitären Hilfe relevant, inwiefern interkulturelle Unterschiede in den jeweiligen Altersbildern bestehen und wie sich diese bei der Beurteilung von Verteilungsfragen berücksichtigt werden. Um der Frage nachzugehen, inwiefern interkulturelle Unterschiede in Altersbildern von den zu untersuchenden Richtlinien berücksichtigt werden, wird deren diesbezügliche Analyse im Rahmen der deduktiven Kategorienbildung thematisiert (4.1.1). Die hier dargestellten Gedanken zu interkulturellen Unterschieden in Altersbildern werden im Rahmen der Diskussion auf die Argumentation für eine Priorisierung jüngerer Menschen anhand utilitaristischer Argumente, des Arguments der fairen Lebenszeit, der natürlichen Lebensspanne und der klugen Lebensplanung angewandt und normativ diskutiert (5.3).

3.5 Fazit

In Abwesenheit eines ethischen Konzepts der medizinischen humanitären Hilfe, muss für die moralische Beurteilung von Verteilungsentscheidungen in diesem Kontext die Identifikation, Sichtbarmachung und Diskussion von etwaig anwendbaren ethischen

Ansätzen und Argumenten erfolgen. Konflikte ergeben sich aus einer Pluralität ethischer Perspektiven auf das Verteilen begrenzter Ressourcen im Kontext der medizinischen humanitären Hilfe. Aspekte zur globalen Gerechtigkeit, Prinzipien aus der klinischen Bio- und Medizinethik, Prinzipien aus dem Gebiet einer Public-Health-Ethik und interkulturell unterschiedliche Bewertungen von Altersbildern stehen dabei in einem Spannungsverhältnis.

Auf globaler Ebene muss im Lichte des Menschenrechts auf Gesundheit, des UHC und des vom Großteil der humanitären Gemeinschaft postulierten humanitären Imperativs ein individuell geltendes Recht jeder einzelnen, von einer humanitären Katastrophe betroffenen Person, auf den Empfang humanitäre Hilfe anerkannt werden (3.1). Auch wenn in Abwesenheit der Völkerrechtssubjektivität humanitärer NGOs¹⁸ zwar keine originär-völkerrechtliche Verpflichtung dieser zum Leisten humanitärer Hilfe besteht, so muss über den humanitären Imperativ ein individuell geltendes Recht auf humanitäre Hilfe von den humanitären NGOs moralisch anerkannt werden. Die moralische Beurteilung von Verteilungsentscheidungen im Kontext medizinischer humanitärer Hilfe muss damit an einem moralischen Maßstab erfolgen, welcher anerkennt, dass einer Person zu deren Ungunsten eine Verteilungsentscheidung getroffen wird, das individuelle Recht auf den Erhalt medizinischer Hilfe versagt wird.

Die Annäherung an einen Zugang für die ethischen Beurteilung von Verteilungsfragen im Kontext medizinischer humanitärer Hilfe kann unter einem Rückgriff auf Ressourcen aus der klinischen Bio- und Medizinethik, die insbesondere das individuelle Patientenwohl fokussieren und dem parallelen Rückgriff auf Ressourcen aus dem Bereich einer Public-Health-Ethik, welche auch das gesellschaftliche Gesamtwohl in den Blick nimmt, erfolgen (3.2). In diesem Spannungsverhältnis können Verteilungsmodelle entwickelt werden, deren Kriterien sich grundsätzlich in vier Kategorien einordnen lassen: Erstens die gleiche Behandlung aller, zweitens ein utilitaristisches Maximalkalkül, drittens das Konzept des *priority views* und viertens Reziprozitätsprinzipien. Eine Priorisierung anhand des Alters lässt sich indirekt über **utilitaristische Argumente**¹⁹ begründen (3.3.1). Die Priorisierung jüngerer Menschen bei Verteilungsentscheidungen kann außerdem über das Konzept des **priority views** unter dem Argument der fairen Lebenszeit, dem Argument der natürlichen Lebensspanne und dem Argument der klugen Lebensplanung befürwortet werden (3.3.2). Gleichzeitig sehen sich alle genannten Argumente für eine Berücksichtigung des Alters jeweils spezifischen und allgemeinen kritischen Argumenten ausgesetzt, welche für einen **Ausschluss des Alters als Verteilungskriterium** plädieren (ebenfalls 3.3.1 und 3.3.2). Diese

¹⁸ Für das hier irrelevante Konstrukt der partiellen Völkerrechtssubjektivität des Internationalen Komitee des Roten Kreuzes vgl. oben Fußnote 2.

¹⁹ Im Folgenden werden Argumente, welche für die Beurteilung des Alters als Verteilungskriterium von Bedeutung sind fett hervorgehoben, da diesen im Rahmen der deduktiven Kategorienbildung (vgl. 4.1.1) Relevanz zukommt.

Ansätze werden daher im Rahmen der qualitativen Inhaltsanalyse bei der deduktiven Kategorienbildung von Bedeutung (4.1.1).

Gesellschaftliche Altersbilder zeigen sich dynamisch und unterliegen stetigen Veränderungen (3.4). Interkulturelle Unterschiede in der Konzeption von Altersbildern können für die Beurteilung von Verteilungsentscheidungen relevant sein, da unter anderem auch über kollektivistisch-kulturelle Altersbilder das Zusprechen von Rechten, Pflichten und sozialen Rollen erfolgt. Da medizinische humanitäre Hilfe oft im interkulturellen Rahmen zwischen sogenannten Industriegesellschaften und sogenannten nichtindustriellen Gesellschaften stattfindet, können diesbezüglich unterschiedliche **interkulturelle Altersbilder** damit auch für die Beurteilung von Verteilungsentscheidungen in diesem Rahmen bedeutsam werden. Daher findet sich auch diese Konzeption bei der deduktiven Kategorienbildung wieder (4.1.1).

4 Ergebnisse II: Qualitative Inhaltsanalyse ausgewählter humanitärer Richtlinien

4.1 Kategorienbildung auf der Basis identifizierter ethischer Ansätze und Argumente

4.1.1 Deduktive Bestimmung der Hauptkategorien

Für das Herausarbeiten und Bilden der einzelnen Kategorien waren mehrere Voraussetzungen zu beachten. Insbesondere sollten die Kategorien disjunkt und erschöpfend formuliert werden (Kuckartz 2016). Disjunkt meint hierbei, dass die Kategorien trennscharf gestaltet werden, so dass eine identifizierte einzelne Aussage im Text möglichst auch nur einer einzelnen Kategorie zugeordnet werden kann (ebd.). Die erschöpfende Eigenschaft zielt auf die Vollständigkeit des Kategoriensystems ab, so dass für möglichst jede relevante Textstelle eine Kategorie zur Zuordnung besteht (ebd.). Hierzu wurden die spezifischen Kategorien möglichst vollständig und gleichzeitig eher abstrakt gehalten formuliert und zusätzlich eine Restekategorie für nicht anderweitig zuordnungsbar, aber dennoch relevante Textstellen eingeführt (Kuckartz 2016). Eine Trennschärfe der einzelnen Kategorien sollte durch eine vertiefte und schriftlich fixierte Zuordnungsregel – die Kategoriendefinition – erreicht werden (s. **Tabelle** im Anhang). Die Kategoriendefinition beinhaltet fünf Elemente: Die Bezeichnung der Kategorie, die inhaltliche Beschreibung der Kategorie, eine Erläuterung zur Anwendung der Kategorie, Beispiele zur Anwendung der Kategorie und das Formulieren von Abgrenzungen zu anderen gebildeten Kategorien (Kuckartz 2016).

Da die Analyse der Richtlinien vorliegend deren Aussagen zum Alter als Verteilungskriterium zum Gegenstand hat, wurden als Hauptkategorien diejenigen theoretisch hergeleiteten ethischen Ansätze und Argumente gewählt, welche eine Berücksichtigung des Alters bei der Verteilung begründen können (vergleiche zur Übersicht dieser Ansätze und Argumente die Ergebnisse der deskriptiv-ethischen Problemanalyse in 3.5, für detailliertere Ausführungen 3.1 bis 3.4).

Argumente, welche das Alter als Verteilungskriterium berücksichtigen, ergeben sich aus einer summenutilitaristischen Argumentation (3.3.1). Dies ergibt sich zunächst über die Argumentation das zu erreichende gesamtgesellschaftliche Maximalwohl an die Anzahl der geretteten Lebensjahre zu knüpfen, welche bei einer Priorisierung jüngerer Menschen maximiert würden (ebd.). Weiterhin würde im Sinne einer summenutilitaristischen Argumentation das Gemeinwohl durch die Priorisierung jüngerer Menschen bei der Ressourcenverteilung dergestalt maximiert, dass aufgrund der im Vergleich ressourcenärmeren Behandlung jüngerer Menschen eine größere Anzahl an Leben gerettet werden könnte (ebd.). Da eine Priorisierung jüngerer Menschen mit einer

summenutilitaristischen Argumentation begründet wird, wurde die erste Hauptkategorie **Summenutilitarismus** gebildet.

Weiterhin kann die Priorisierung jüngerer Menschen bei der Ressourcenverteilung auf der Grundlage des *priority views* über die Argumente der fairen Lebenszeit, der natürlichen Lebensspanne und der klugen Lebensplanung begründet werden (3.3.2). Auf dieser Grundlage erfolgte die deduktive Bildung der zweiten Hauptkategorie **priority view**.

In der Praxis kann die verstärkte Berücksichtigung einer vulnerablen Altersgruppe gegenüber einer anderen vulnerablen Altersgruppe bei der Ermittlung vulnerabilitätsspezifischer Bedürfnisse zu einer bevorzugten Behandlung der zuerst genannten Gruppe bei der Ressourcenverteilung führen (1.1.3). Hierauf aufbauend wurde die dritte Hauptkategorie **vulnerabilitätsspezifische Bedürfnisermittlung** deduktiv gebildet.

Darüber hinaus wurden zu allen Argumentationen, welche das Alter als Verteilungskriterium befürworten, Gegenargumente aufgezeigt (3.3.1 und 3.3.2). Daher wurde ebenfalls für solche Textstellen, die das Alter als Verteilungskriterium ausschließen, eine Kategorie gebildet. Diese stellt die vierte deduktiv gebildete Hauptkategorie **Ausschluss des Alterskriteriums** dar.

Ferner wurde erarbeitet, dass interkulturell unterschiedliche Altersbilder einen Einfluss auf das Alter als Verteilungskriterium im vorliegenden Kontext der (3.4), so dass auch die deduktive Bildung einer fünften, diesem entsprechenden Hauptkategorie **Interkulturelle Altersbilder** erfolgte. Dabei musste unterschieden werden, dass zunächst interkulturelle Unterschiede in der Definition des Alters bestehen und andererseits die unterschiedlichen Altersbilder sich auf das Zuschreiben von Rechten, Pflichten und sozialen Rollen auswirken (3.4). Dieses hat wiederum eine Bedeutung für Verteilungsentscheidungen anhand des Alterskriteriums (ebd.). Daher wurden der Hauptkategorie Interkulturelle Altersbilder zwei Subkategorien zugeordnet: Einmal die Subkategorie *Altersdefinitionen* und zudem die Subkategorie *Berücksichtigung interkulturell unterschiedlicher Altersbilder*.

Abbildung 2 zeigt das endgültig gebildete Kategoriensystem nach dessen Ausdifferenzierung (s. dazu nächster Punkt: 4.1.2).

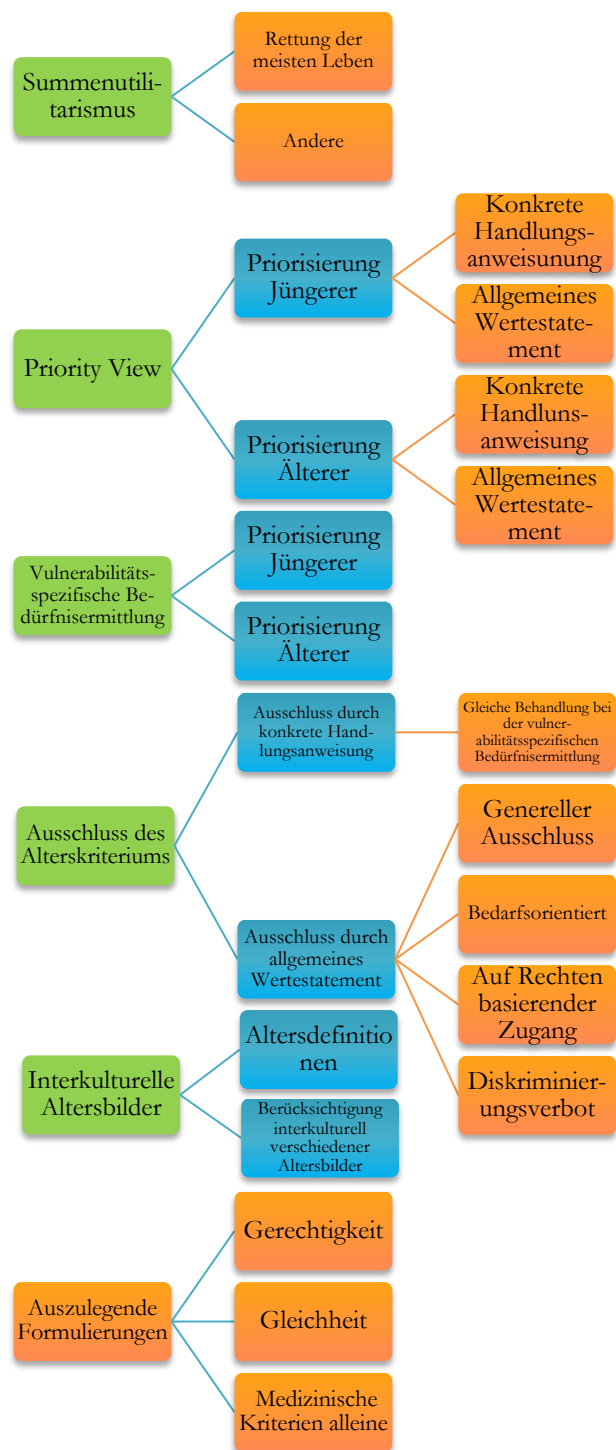


Abbildung 2: Endgültiges Kategoriensystem

Erläuterungen:

Grün: Aus der deskriptiv-ethischen Analyse deduktiv abgeleitete Hauptkategorien

Blau: Aus der deskriptiv-ethischen Analyse deduktiv abgeleitete Subkategorien

Orange: Induktiv gebildete Kategorien

4.1.2 Ausdifferenzierung des Kategoriensystems

Das dargestellte Kategoriensystem wurde im Folgenden an die zu untersuchenden Richtlinien herangetragen. Dieser Vorgang erfolgte durch ein schrittweises Vorgehen von Zeile zu Zeile und vom Beginn bis zum Ende jedes einzelnen Textes. Dabei wurden die Kategorien den jeweils passenden Textstellen zugeordnet, während solche Textstellen, die keine relevanten Aussagen im Sinne der Fragestellung treffen, unkodiert blieben (Kuckartz 2016). Außerdem wurde festgelegt, dass die Kodiereinheit, welche die Größe des zu kodierenden Textelements bestimmt, mindestens einen Satz lang zu sein hat und außerdem so weit gefasst werden muss, dass sie außerhalb des eigentlichen Kontextes verständlich ist (Kuckartz 2016). In den Fällen, in denen eine Textstelle mehrere Kategorien anspricht, erfolgte eine mehrfache Kodierung der Textstelle mit den entsprechenden Kategorien (Kuckartz 2016).

Nach diesem ersten Kodiervorgang erfolgte, wie im Rahmen der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse vorgesehen, eine Ausdifferenzierung und Präzisierung des Kategoriensystems. Dieses geschah einerseits durch eine am Material ausgerichtete Modifikation, Präzisier- und Differenzierung der bereits deduktiv entwickelten Hauptkategorien und andererseits durch das induktive Entwickeln von neuen Haupt- und insbesondere Subkategorien, welche jeweils einer Hauptkategorie untergeordnet wurden (Kuckartz 2016). Das Ziel einer solchen deduktiv-induktiven Kategorienbildung ist es, das Kategoriensystem als Ganzes zu präzisieren und zu verbessern (ebd.). Um der Frage nachzugehen, inwiefern sich Aussagen zu einer Priorisierung anhand des Alters aus den untersuchten Richtlinien ableiten lassen und inwiefern sich diese den erarbeiteten Argumentationen aus der deskriptiv-ethischen Analyse zuordnen lassen, wurde der Fokus für die Weiterentwicklung des bestehenden Kategoriensystems insbesondere auf die Präzisierung der einzelnen Hauptkategorien und deren Abgrenzbarkeit gelegt. Dieses betraf insbesondere Zuordnungsfragen sich wiederholender, besonders prägnanter Formulierungen, welche einer Sinneinheit zugrunde liegen. Hierbei wurde sich bewusst dazu entschieden keine *in-vivo-codes*, welche einzig aus einem Begriff bestehen können, zu generieren, um nicht etwa negative Formulierungen des Begriffs fälschlicherweise zu kodieren. Die folgenden Kategorienabgrenzungen fanden daher in solchen Fällen Anwendung, in denen die Sinneinheit im Sinne der prägnanten Formulierung zu verstehen ist. Diese und weitere Punkte, welche der Präzisierung des Kategoriensystems dienen sind im Folgenden aufgelistet (vgl. hierzu auch oben **Abbildung 2**):

Fraglich war, wie Textstellen, welche *Gerechtigkeit* als einzige Bedingung der Ressourcenverteilung fordern, zu kodieren waren. Hierzu wurden die englischen Begriffe *equity*, *equitable*, *fair** und *just** gezählt. Wie in der deskriptiv-ethischen Analyse aufgezeigt, wird aus der Perspektive der Gerechtigkeit sowohl für als auch gegen das Alter als Verteilungskriterium argumentiert: Die utilitaristische Position befürwortet zumindest indirekt eine Verteilung anhand des Alters und auch das Konzept des *priority views* kann unter

den Argumenten der fairen Lebenszeit, der natürlichen Lebensspanne und der klugen Lebensplanung die Gerechtigkeit einer Verteilung anhand des Alters begründen (3.3.2). Gleichzeitig finden sich zu allen Positionen auch die dargestellten Gegenargumente (ebd.). In Abhängigkeit davon, welcher Argumentationslinie dabei gefolgt wird, ergibt sich konsequenterweise die Interpretation und damit die entsprechende Zuordnung der Textstellen, welche eine gerechte Ressourcenverteilung fordern – entweder zur Kategorie *priority view* oder zu der Kategorie *genereller Ausschluss einer altersabhängigen Priorisierung*. Dementsprechend wurde die Formulierung des Gerechtigkeitsbegriffes zunächst versucht im Kontext zu verstehen und ein richtlinienspezifisches Verständnis des Gerechtigkeitsbegriffes zu erarbeiten. Da sich auch hieraus keine eindeutige Zuweisung ergab, wurde für Textstellen, die eine gerechte Ressourcenverteilung verlangen, eine eigene Hauptkategorie induktiv entwickelt. Dieses ist die Hauptkategorie *Auszulegende Formulierung*. Textstellen, welche dieser Kategorie zugeordnet sind enthalten somit – je nach der gewählten Argumentationslinie – entweder eine Aussage zur Priorisierung anhand des Alterskriteriums oder dagegen. Hierbei wurden solche Textstellen kodiert, die als einziges Verteilungskriterium fordern, dass diese *gerecht* vollzogen wird.

Die Formulierung *bedarfsorientiert (needs-based)* fordert ein Hilfeleisten, welches am Bedarf des Betroffenen ausgerichtet ist und eine Spezifizierung des humanitären Prinzips der Unparteilichkeit darstellt (Sphere-Handbuch, S.43). Im Gegensatz zu einer generell gleichen Behandlung aller impliziert dieses auf aristotelischer Argumentationsgrundlage, dass gleich Betroffene gleich und ungleich betroffene Personen ungleich, nämlich anhand des jeweiligen Bedarfs bei Verteilungsentscheidungen berücksichtigt werden und dabei die dringlichsten Fälle priorisiert werden (Rubenstein 2008). Sollte die Formulierung des Bedarfs einer Person auch die Chance auf das Erreichen eines gewissen Lebensalters umfassen, so ließe sich hierbei über die Möglichkeit einer Priorisierung jüngerer Personen nachdenken. Die Formulierung der bedarfsgeleiteten Priorisierung bei der Ressourcenverteilung wird tatsächlich teilweise als eine Form des *priority views* betrachtet: "*Distribution according to need is better regarded as a form of the priority view*" (Parfit 1997). Hier kann meiner Meinung nach nur eine Sichtweise des *priority views* gemeint sein, die eine Priorisierung derjenigen Personen meint, welche in der aktuellen Situation am stärksten benachteiligt sind und daher den höchsten und dringlichsten Bedarf an medizinischer Hilfe haben. Eine Verteilung zugunsten jüngerer Personen kann aus der Argumentation des *priority views* aber nur dann erfolgen, wenn die Position der Benachteiligung nicht aus Sicht der aktuellen Situation, sondern unter der Berücksichtigung des Einflusses der aktuellen Situation auf das gesamte Leben des Betroffenen beurteilt wird (3.3.2). Dieses lässt sich mit dem Begriff der Benachteiligung vereinbaren, aus meiner Sicht aber nicht mit dem Begriff des Bedarfs, dessen Begriffsdefinition etwas Benötigtes in einer bestimmten Lage beschreibt. Dieses spricht dafür, dass hiermit die medizinisch-praktische Bedürfnisse in der aktuellen Situation gemeint sind. Dafür spricht auch, dass in der Gesamtschau, in welcher sehr körperliche und pragmatische Bedarfsgegenstände genannt werden, die Formulierung so zu interpretieren ist,

dass der Bedarf an praktischen Maßnahmen durch den Helfenden in der aktuellen Situation hierunter zu verstehen ist. Zwar kann unter dieser Annahme ein unterschiedlicher Bedarf in Abhängigkeit des Alters bestehen, aus der Aufforderung diesem individuell nachzugehen und die am stärksten benachteiligten Personen zu priorisieren kann aber gerade keine Priorisierung anhand des Alters abgeleitet werden. Daher erfolgt die Kodierung entsprechender Textstellen mit der Kategorie *Ausschluss einer altersabhängigen Priorisierung*.

Die Formulierung eines *auf Rechten basierenden Zugangs* zur humanitären Hilfe (*rights-based approach*) wurde mit der Kategorie *Ausschluss des Alterskriteriums* kodiert: Wie in der deskriptiv-ethischen Analyse erarbeitet wird spätestens mit dem Postulat des humanitären Imperativs durch die humanitäre Gemeinschaft selbst das individuelle Recht auf humanitäre Hilfe begründet (3.1). Auch wenn sich hieraus keine rechtliche Verbindlichkeit ergibt, so muss dieses als moralischer Maßstab für Verteilungskriterien im humanitären Einsatz gelten (ebd.). Das Recht auf humanitäre Hilfe steht jedem Individuum im humanitären Katastrophenfall unabhängig von dessen Alter zu. Das hat aber zur Folge, dass es im Gegenzug auch nicht auf der Grundlage des Alterskriteriums versagt werden darf. Auch wenn reale Gegebenheiten der Ressourcenknappheit die Notwendigkeit von Verteilungsentscheidungen bedingen, so stellt das individuelle Recht auf humanitäre Hilfe grundsätzlich ein allgemeines Wertestatement dar, welches einen Ausschluss des Alters als Verteilungskriterium vorsieht und wurde entsprechend kodiert.

Fraglich war weiterhin, wie solche Textstellen, welche das Prinzip der *Nichtdiskriminierung* vorschreiben, zu kodieren waren. Die Diskriminierung einzelner Personen anhand ihres Alters wird hinsichtlich älterer Menschen unter dem Begriff der Altersdiskriminierung komplex und multidimensional diskutiert (Bernstein 2016). Im Rahmen der vorliegenden Analyse geht es um ein Verständnis des Diskriminierungsbegriffs im Hinblick auf die Frage, ob eine Priorisierung auf der Grundlage des Alterskriteriums eine Diskriminierung der hierbei benachteiligten Altersgruppe(n) darstellt. Wenn dieses der Fall ist, dann würde eine priorisierte Behandlung anhand des Alters über ein Diskriminierungsverbot ausgeschlossen. Diskriminierung bezeichnet allgemein eine Benachteiligung oder Herabwürdigung von Gruppen oder einzelnen Personen nach Maßgabe bestimmter Wertvorstellungen (Hillmann 1994). Da die Schlechterstellung bei der Verteilung knapper Ressourcen aufgrund des Alters in diesem Sinne eine Benachteiligung der hiervon betroffenen Personen darstellt, würde die benachteiligte Gruppe aufgrund ihrer Alterseigenschaft benachteiligt. Dieser Benachteiligung liegen auch bestimmte Wertvorstellungen zugrunde, welche – wie beispielsweise die Argumente der fairen Lebenszeit, der natürlichen Lebensspanne und der klugen Lebensplanung – die Priorisierung jüngerer Menschen richtig heißen. Die Benachteiligung älterer Menschen bei der Ressourcenverteilung stellt damit eine Diskriminierung dieser dar und somit ergibt sich aus einem Diskriminierungsverbot bei der Ressourcenverteilung gleichzeitig ein allgemeines Wertestatement zum Ausschluss für das Alter als Verteilungskriterium.

Die Formulierung *Rettung der meisten Leben* (*most lives saved*), also die Rettung möglichst vieler Menschenleben, stellt eine Handlungsanweisung dar, welche auf einem konsequentialistischen Beurteilungsmaßstab beruht. Aufbauend auf den Ergebnissen der deskriptiv-ethischen Analyse (3.2) wird unter der Formulierung *most lives saved* – im Gegensatz zu der Formulierung *most live years saved* oder der Konzeption der QALYs – keine primäre Begründung für das Alter als Verteilungskriterium gesehen. Hierbei wird nämlich die Rettung der Leben unabhängig vom Alter der geretteten Personen gewertet. Allerdings ergibt sich eine Besonderheit für Situationen der enormen Ressourcenknappheit: Die Behandlung älterer Menschen ist häufig ressourcenintensiver als die Behandlung jüngerer Menschen, so dass in diesen Fällen unter Einsatz derselben Ressourcen mehr jüngere Menschen als ältere Menschen gerettet werden können (3.3.1). Die Forderung im ressourcenarmen Kontext die meisten Leben als solche zu retten, wurde daher mit der Kategorie *Summenutilitarismus* kodiert und führt zu einer möglichen Priorisierung jüngerer Menschen bei der Ressourcenverteilung.

Problematisch erschien, ob sich aus der Forderung Verteilungsentscheidungen sollten *anhand medizinischer Kriterien alleine* (*based on medical reasons alone*) eine altersabhängige Priorisierung ableiten lässt. Der Begriff medizinische Kriterien erscheint bei genauerer Betrachtung unbestimmt. Klar scheint zunächst zu sein, dass alle nicht-medizinischen Kriterien wie sozialer Status, ökonomischer Besitz oder ähnliche als Verteilungskriterium ausscheiden sollen. Die Berücksichtigung des Alters kann als medizinisches Kriterium, beispielsweise für die Überlebenswahrscheinlichkeit einer spezifisch verletzten Person, angedacht werden (Leenen 1982). Tatsächlich hat das Alter der Betroffenen Auswirkung auf deren Prognose und Überlebenswahrscheinlichkeit. Dieses gilt beispielsweise für polytraumatisierte Patient*innen (Aldrian et al. 2005) ebenso, wie für Verbrennungsoffer (Saffle et al. 2005). Solche Kalkulationen sind sicher im Rahmen einer summenutilitaristischen Betrachtungsweise von Verteilungsentscheidungen relevant (3.3.2). Im Rahmen der hier geführten Überlegung geht es aber um ein Begriffsverständnis, welches das Alter als solches als medizinisches Kriterium diskutiert. Und dazu erscheinen die zunächst angeführten Argumente keinesfalls zwingend. Diesen liegt die Annahme zugrunde, aus dem chronologischen Lebensalter einer Person auf deren körperlich-biologischen Verfassung und die hieraus folgenden Auswirkungen auf den klinischen Zustand schließen zu können. Zwei Argumente sprechen hierbei aber gegen ein Begriffsverständnis, welches Alter als medizinisches Kriterium versteht: Erstens variiert der Zusammenhang von chronologischem Alter und biologischem Zustand intraindividuell durchaus stark. Zweitens besteht auch ein Zusammenhang zwischen anderen Kriterien, wie etwa der sozialen Stellung oder der Arbeitssituation von Betroffenen und deren körperlichen Verfassung (vgl. etwa für den Zusammenhang von Migrationshintergrund und Kindergesundheit: Thi et al. 2019). Solche Kriterien werden aber unbestritten als nicht-medizinische Kriterien angesehen (Kapiriri und Norheim 2004). Wieder andererseits lässt sich ein denklogisch engerer Zusammenhang zwischen dem Altern als auch biologischem Prozess und dem körperlichen Zustand einer Person im Vergleich zu den zuvor genannten Kriterien nicht verneinen. Das Alter wird auch

in klinischen Scores über den Patientenzustand als Risikofaktor berücksichtigt (beispielsweise im CRB 65-Score zur statistischen Wahrscheinlichkeit des tödlichen Verlaufs einer ambulant erworbenen Pneumonie: vgl. Chen et al. 2016). Vor diesem ambivalenten Argumentationshintergrund wurde die Formulierung *anhand medizinischer Kriterien* im Rahmen dieser Arbeit so gewertet, dass eine Aussage der Richtlinien darüber, ob das Alter von der Formulierung erfasst und darüber als Verteilungskriterium herangezogen werden kann, nicht definitiv festgestellt werden kann. Daher wurden Textstellen mit entsprechender Formulierung mit der induktiv entwickelten Hauptkategorie – *Auszulegende Formulierungen* kodiert.

Textstellen, welche eine Priorisierung im Sinne der Hauptkategorie *priority view* beschreiben, sollen inhaltlich differenzierter erfasst werden. Hierzu wurden zwei Subkategorien gebildet, wovon eine bei der *Priorisierung jüngerer* und eine andere bei der *Priorisierung älterer Personen* angewandt wird. In einem zweiten Schritt wurde noch einmal differenziert, ob es sich bei den Aussagen um *allgemeine Wertestements* oder um *konkrete Handlungsanweisungen* handelt.

Ebensolche Subkategorien wurden für die Hauptkategorie *Vulnerabilitätsspezifische Bedürfnisermittlung* eingeführt. Zudem wurde festgelegt, dass Textstellen, welche die vulnerabilitätsspezifischen Bedürfnisse jüngerer und älterer Personen gleichermaßen berücksichtigen der Hauptkategorie - *Ausschluss einer altersabhängigen Priorisierung* zugeordnet werden. Hierbei werden sie der Subkategorie *Keine Priorisierung in der konkret beschriebenen Situation* zugeordnet. Die entsprechenden Textstellen wurden daher als konkrete Handlungsanweisungen gewertet.

Hinsichtlich solcher Textstellen, die mit der Hauptkategorie *Ausschluss des Alterskriteriums* kodiert wurden, wird zwischen einer Subgruppe, die einen Ausschluss generell über *allgemeine Wertestements* vorsieht und einer zweiten Subgruppe, welche einen Ausschluss für spezifische Situationen über *konkrete Handlungsanweisungen* beschreibt, unterschieden. Die erstgenannte Subgruppe der allgemeinen Wertestements wurde erneut untergliedert: Zunächst wurden Subkategorien für die jeweils oben beschriebenen und diskutierten Formulierungen, die zu einem Ausschluss des Alters als Verteilungskriterium führen, gebildet. Dieses betrifft die Formulierungen des *bedarfsgeleiteten Zugangs*, des *auf Rechten basierenden Zugangs* und des *Diskriminierungsverbots*. Weiterhin wurde hier eine Subkategorie für solche Textstellen erstellt, welche die Priorisierung anhand des Alterskriteriums generell ausschließen, aber keine der drei genannten Formulierungen beinhalten (*genereller Ausschluss*).

Mit den am Material orientierten Veränderungen im Kategoriensystem wurde dieses nun erneut für einen endgültigen Kodiervorgang an das Material herangetragen. Hierbei wurde das bereits kodierte Material erneut unter Bezugnahme auf das präzisierte und modifizierte Kategoriensystem durchlaufen (hierzu Kuckartz, 2016).

4.2 Analyse der einzelnen Richtlinien

Bei der textimmanenten Analyse der einzelnen Richtlinien ging es im Sinne der zweiten Forschungsfrage zunächst darum Textstellen, welche explizite oder implizite Aussagen zum Alter als Verteilungskriterium treffen, zu identifizieren und sichtbar zu machen. Zudem wurde danach gefragt, welcher ethischen Argumentation diese zugeordnet werden können (1.2). Darüber hinaus wurde erarbeitet, inwiefern innerhalb der jeweils einzelnen Richtlinien *textimmanent* konsistente oder inkonsistente Aussagen bezüglich des Alters als Verteilungskriterium getroffen werden.

Die Darstellungsreihenfolge orientiert sich dabei an der systematischen Einteilung der Richtlinien anhand ihres *institutionellen Regelungsbereichs*: Zunächst werden die organisationsübergeordneten Richtlinien, darauffolgend die berufsgruppenspezifischen und im Anschluss die organisationsinternen Richtlinien dargestellt (vgl. dazu **Abbildung 1** in 2.2.3.1). Zu Beginn der Ergebnisdarstellung jeder einzelnen Richtlinie finden sich jeweils Übersichten über die identifizierten Textstellen in Form einer kurzen numerischen und tabellarischen Auflistung. Diese Tabellen geben wiederum Aufschluss über die Anzahl der entsprechenden Textstellen und deren Zuordnung zu einer ethischen Argumentation/Kategorie.

4.2.1 ICRC-Code of Conduct

Im ICRC-Code of Conduct wurden drei Textstellen kodiert.

Tabelle 3: Kodierte Textstellen im ICRC-Code of Conduct

Kategorie	Anzahl der Textstellen
Ausschluss des Alterskriterium	3
Genereller Ausschluss	1
Diskriminierungsverbot	1
Bedarfsorientiert	1

Die blaue Hinterlegung kennzeichnet die entsprechende Hauptkategorie, die weiß hinterlegten Felder darunter kennzeichnen die hierzu untergeordneten Subkategorien. Diese Angaben beziehen sich auf sämtliche Tabellen im Abschnitt Ergebnisse II (Tabellen 3-11)

Die kodierten Textstellen wurden allesamt als Ausschluss der Verteilung knapper Ressourcen anhand des Alterskriteriums gewertet und daher mit der Kategorie *Ausschluss des Alterskriteriums* kodiert. Ein solcher Ausschluss findet zunächst durch die Postulierung des Rechts auf humanitäre Hilfe statt, das als grundlegendes humanitäres Prinzip jeder einzelnen Person auf der Erde individuell zusteht:

"The right to receive humanitarian assistance, and to offer it, is a fundamental humanitarian principle which should be enjoyed by all citizens of all countries." (S. 3)

Hieraus folgt die Aussage, dass das Recht auf humanitäre Hilfe unabhängig vom Alter für jeden Menschen besteht. Dann kann die humanitäre Hilfe aber im Gegenzug auch nicht auf der Grundlage des Alterskriteriums versagt werden, womit das Alter als Kriterium für eine Priorisierung bei der Ressourcenverteilung grundsätzlich ausgeschlossen wird (4.2). Diese Textstelle wurde daher als genereller *Ausschluss des Alterskriteriums* bei der Ressourcenverteilung gewertet und entsprechend kodiert. Eine Spezifizierung dieses Ansatzes erfolgt im zweiten Punkt des ICRC-Code of Conducts durch das Aufstellen mehrerer Unterscheidungskriterien, die als Entscheidungskriterien für Verteilungsfragen im Rahmen der humanitären Hilfe ausgeschlossen werden und damit ein Verbot der Diskriminierung darstellen:

"Aid is given regardless of the race, creed or nationality of the recipients and without adverse distinction of any kind." (S. 3)

Hierbei fällt im Lichte der vorliegenden Fragestellung auf, dass das Alterskriterium (anders als die Kriterien Rasse, Glaube und Nationalität) in der Auflistung ausgeschlossener Unterscheidungskriterien nicht explizit benannt wird. Allerdings werden zusätzlich jegliche benachteiligenden Unterscheidungen (*adverse distinction of any kind*) zwischen Personen als Entscheidungskriterien über den Erhalt humanitärer Hilfe ausgeschlossen, womit die Aufzählung der explizit genannten Ausschlusskriterien lediglich als beispielhaft und nicht als abschließend angesehen werden muss. Die Formulierung der *Benachteiligung* bezieht sich hier auf den Erhalt humanitärer Hilfe, so dass eine Unterscheidung, welche zu einer Verweigerung der humanitären Hilfe führt, in diesem Sinne als benachteiligend anzusehen ist. Personen, zu deren Lasten die Verteilung knapper Ressourcen anhand des Alterskriteriums erfolgt, wären aber in genau diesem Sinne benachteiligt. Daher wird die Textstelle hier so gewertet, dass über ein *Diskriminierungsverbot* ein *Ausschluss des Alters als Verteilungskriterium* im Rahmen der humanitären Hilfe vorgesehen ist.

In einer weiteren Textstelle erfolgt eine diesbezüglich weitere Konkretisierung, indem das Bedarfskriterium als einzig zulässiges Kriterium zur Prioritätensetzung bei der Verteilung humanitärer Hilfe positiv formuliert wird:

"Aid priorities are calculated on the basis of need alone." (S.3)

Die Vorgabe eine Verteilung medizinischer Hilfe einzig anhand des Bedarfs vorzunehmen, beurteilt sich am jeweils individuellen Bedarf der Hilfebedürftigen. Dabei wird den Bedürftigsten priorisiert geholfen. Der Bedarfsbegriff bezieht sich hierbei auf den Bedarf an medizinischen Leistungen in der aktuellen Situation und nicht auf die Auswirkung der aktuellen Situation auf das gesamte Leben der betroffenen Person, so dass eine Priorisierung anhand des Alterskriteriums hierüber ausgeschlossen wird (4.1.2). Zwar kann das Alter sich inhaltlich auf den individuellen Bedarf einzelner Hilfebedürftiger auswirken, ein

bedarfsgleiteter Zugang sieht aber gerade vor diesen Bedürfnissen individuell nachzugehen (ebd.).

Der ICRC-Code of Conduct zeigt sich damit in seinen Wertestements konsistent, indem ein konsequenter Ausschluss des Alters als Verteilungskriterium bei der Verteilung knapper Ressourcen erfolgt. Dabei stellen die ersten beiden kodierten Textstellen auf eine Perspektive ab, welche den individuellen Hilfebedürftigen und sein individuelles Recht auf humanitäre Hilfe fokussieren. Die als drittes aufgezeigte Textstelle stellt auf eine Perspektive ab, welche Verteilungsentscheidungen zwischen Individuen in den Blick nimmt und schließt nach dem hier gewählten Verständnis auf dieser Ebene das Alter als Verteilungskriterium aus. Damit werden auf organisationsübergeordneter Ebene Wertestements für die humanitären Hilfe aufgestellt, welche eine Verteilung anhand des Alterskriteriums nicht zulassen.

4.2.2 Sphere-Handbuch

Das Sphere-Handbuch weist ein besonderes Merkmal auf, da es sowohl allgemeine Wertestements in umfangreicher Weise postuliert und außerdem praktische Verhaltensanweisungen für die humanitären Helfer*innen aufstellt (vgl. zu der Aufteilung in allgemeine Wertestements und praktische Verhaltensanweisungen die Ausführungen zur Systematisierung humanitärer Richtlinien).

Tabelle 4: Kodierte *allgemeine Wertestements* im Sphere-Handbuch

Kategorie	Anzahl der Textstellen
Ausschluss des Alterskriteriums	8
Bedarfsorientiert	3
Diskriminierungsverbot	5

Die Kodierung der vom Sphere-Handbuch postulierten allgemeinen Wertestements wird in **Tabelle 4** dargestellt. Diese schließen allesamt das Alter als Kriterium für die Verteilung knapper Ressourcen aus. Gleich mehrere Grundsätze, aus denen sich ein solcher Ausschluss ergibt, finden sich in den Regelungen über den Zugang zu Gesundheitsleistungen:

"Die Menschen haben entsprechend ihrem Bedarf und ohne negative Diskriminierung Zugang zur humanitären Hilfe." (S.41)

Eine Verteilung anhand des Alterskriteriums wird hier über das Prinzip der Nichtdiskriminierung ausgeschlossen, da die Ressourcenverteilung anhand des Alterskriteriums zu einer Benachteiligung von Personen aufgrund der Eigenschaft ihres

Alters führt und dieses eine Diskriminierung der betroffenen Personen darstellt (4.1.2). Ebenso schließt eine Verteilung nach dem Bedarf das Alter als Verteilungskriterium aus, da hierbei eine Priorisierung einzig anhand der Dringlichkeit des Benötigens medizinischer Hilfe durch den Betroffenen in der aktuellen Situation erfolgen soll (4.1.2). Ein auf dem Bedarf basierender Zugang zur humanitären Hilfe wird ebenfalls in den Grundsätzen zum Schutz proklamiert (Sphere-Handbuch, S. 43), während weitere Textstellen die Vorgaben eines nicht-diskriminierenden und bedarfsgeleiteten Zugangs zur humanitären Hilfe wiederholen (Sphere-Handbuch, S. 359). Die vom Sphere-Handbuch aufgestellten allgemeinen Wertestements lassen daher grundsätzlich die Verteilung knapper Ressourcen anhand des Alterskriteriums nicht zu.

Tabelle 5: Kodierte *konkrete Handlungsanweisungen* im Sphere-Handbuch

Kategorie	Anzahl der Textstellen
Ausschluss des Alterskriteriums	13
Gleiche Behandlung bei der Vulnerabilität	13
Priority view	6
Priorisierung Jüngerer	6

Auf das Postulat allgemeiner Wertestements folgen im Sphere-Handbuch weitreichende praktische Handlungsanweisungen, deren Kodierung in **Tabelle 5** aufgezeigt wird. Diese Handlungsanweisungen sollen Mindeststandards zum konkreten Vorgehen im humanitären Einsatz aufstellen. Hierin finden sich sowohl praktische Vorgaben, welche das Alterskriterium bei der Ressourcenverteilung unberücksichtigt lassen, aber entgegen der Aussagen in den allgemeinen Wertestements auch solche, die zu einer priorisierenden Behandlung auf der Grundlage des Alters der Betroffenen führen.

Zunächst findet sich eine konsequent gleiche Beachtung sowohl jüngerer als auch älterer Menschen bei der Klassifizierung besonders gefährdeter Gruppen anhand des Alterskriteriums. Die Priorisierung einzelner Altersgruppen über die Klassifizierung als einzige vulnerable Altersgruppe (vgl. dazu: 4.1.2) findet daher im Sphere-Handbuch nicht statt, so dass sämtliche diesbezüglich einschlägige Textstellen mit der Kategorie *Ausschluss des Alterskriteriums* und der Subkategorie *Gleiche Behandlung bei der Vulnerabilität* kodiert wurden. Diese Gleichstellung jüngerer und älterer Menschen findet sich zunächst in einer allgemeinen Definition gefährdeter Gruppen, welche das Alter im Allgemeinen als Eigenschaft nennt, die zu einer besonderen Gefährdung führen kann:

Im gesamten Handbuch bezeichnet der Begriff „gefährdet“ diejenigen Menschen, die gegenüber den Auswirkungen natürlicher oder vom Menschen verursachter Katastrophen oder Konflikte besonders anfällig sind. (...) Möglicherweise werden diese Menschen aufgrund ihrer ethnischen Zugehörigkeit, ihres Alters, ihres Geschlechts, einer Behinderung, ihrer Klasse oder Kaste, ihrer politischen Überzeugung oder ihrer Religionszugehörigkeit von der Gesellschaft marginalisiert." (S. 60, 61)

In Textstellen, welche eine spezifischere Klassifikation gefährdeter Personen vornehmen, werden durchweg junge und ältere Menschen gemeinsam als gefährdete Personengruppen genannt:

"Besonders gefährdete und anfällige Menschen (z. B. Frauen, Kinder, ältere Menschen, Personen mit Behinderungen) identifizieren, die möglicherweise einem besonderen Risiko ausgesetzt sind." (S. 358)

Entsprechende Klassifikationen finden sich auch auf den Seiten 42, 71 und 72. Niederschlag findet die Berücksichtigung spezifischer Bedürfnisse von besonders gefährdeten Gruppen in Aussagen, welche das Einsammeln von Bevölkerungsdaten während eines *needs-assessments* vorsehen und dabei das Erfassen von sowohl älteren als auch jüngeren Menschen vorschreiben (vgl. dazu 1.1.3):

"Die Daten im Rahmen der Beurteilung nach Geschlecht und Alter (0 - 80+ Jahre) aufschlüsseln, da dies ein wichtiger Aspekt ist, um sicherzustellen, dass die Vielfalt der Bevölkerungsgruppen im Sektor „Gesundheit“ ausreichend berücksichtigt wird." (S. 341)

Die Aufschlüsselung anhand altersbezogener Daten dient dem Erfassen von spezifischen Bedürfnissen der Hilfebedürftigen aufgrund ihres Alters (1.1.3). Da hier bei der Datenaufschlüsselung sowohl jüngere als auch ältere Menschen berücksichtigt werden, ergibt sich eine Gleichbehandlung der verschiedenen vulnerablen Altersgruppen beim Erfassen der spezifischen Bedürfnisse. Die Priorisierung einer Altersgruppe findet in diesem Fall also nicht statt. Gleichgelagerte und gleich kodierte Textstellen finden sich auf den Seiten 70, 76, 345, 358 und 359.

Allerdings finden sich auch solche Textstellen im Sphere Handbuch, welche entgegen der allgemeinen Wertestements praktische Handlungsanweisungen geben, die eine priorisierende Behandlung aufgrund des Alterskriteriums begründen können und daher mit der Kategorie *priority view* und der jeweils der priorisierten Altersgruppe zugeordneten Subkategorie kodiert wurden:

Das Sphere-Handbuch ordnet zunächst der *Kindergesundheit* als einziger altersbezogenen Kategorie einen eigenen Abschnitt in der Rubrik grundlegende Gesundheitsleistungen zu (S.358). Als grundlegende Gesundheitsleistungen werden solche Maßnahmen klassifiziert, welche den Gesundheitsbedürfnissen einzelner Bevölkerungsgruppen nachgehen, um deren Morbidität und Mortalität im Katastrophenfall besonders wirkungsvoll begegnen zu können (S. 358). Aus der Kategorisierung als grundlegende Gesundheitsleistung folgt das Aufstellen mehrerer praktischer Handlungsanweisungen, um die Senkung von Morbidität und

Mortalität innerhalb der entsprechenden Gruppe durch eine erhöhte Behandlungswirksamkeit zu erreichen. Da solche Regelungen einzig für die Behandlung von Kindern aufgestellt werden und andere vulnerable Altersgruppen bei den grundlegenden Gesundheitsleistungen unberücksichtigt bleiben, stellt dieses eine Priorisierung zugunsten von Kindern dar. Konkret wird beispielsweise ein Ernährungsscreening, das die Anzahl mangelernährter Menschen verringern soll, alleine für die Altersgruppe der Kinder gefordert (S. 374). Außerdem wird die besondere Triage-Schulung für medizinisches Personal vorgesehen, das im Kontakt mit Kindern arbeitet (S. 375). Dieses gilt exklusiv für Kinder als einzige Altersgruppe und kann im Notfall den Vorteil begründen, dass eine qualitativ gesteigerte Triagierung für Kinder von eigens hierfür geschultem Personal erfolgen kann. Da es das Ziel der Triagierung ist, eine effektive Behandlungsabfolge zu ermöglichen und dabei die besonders dringlichen Fälle zu priorisieren, kann für den Einzelnen ein Vorteil daraus erwachsen, dass besonders geschultes Personal die Behandlungsdringlichkeit besser einschätzen und eine entsprechende Entscheidung über den Behandlungszeitpunkt treffen kann. Eine vorrangige Behandlung von Kindern wird auch bei der Behandlung von Malaria, Diarrhoe und Pneumonien vorgesehen (Sphere-Handbuch, S. 374).

Für die Verteilung von Malarianetzen wird ein konkreter Verteilungsplan vorgeschlagen, der die Priorisierung von Kindern neben Menschen mit schwerer Mangelernährung und schwangeren Frauen vorsieht:

"In Gebieten mit hoher bis moderater Malaria-Übertragung sollte in der Frühphase von Katastrophen Krankenhauspatienten, schwer mangelernährten Menschen und deren Haushaltsmitgliedern sowie schwangeren Frauen und Kindern unter zwei Jahren Priorität eingeräumt werden. Die nächste Priorität betrifft Personen, die an Nahrungsergänzungsprogrammen teilnehmen, Kinder unter fünf Jahren und Haushalte mit schwangeren Frauen und Kindern unter zwei Jahren. Letztendlich benötigt die gesamte gefährdete Bevölkerung Schutz durch LLIN [LLIN = Moskitonetze zur Malariaprävention]." (S. 363)

Hier wird also eine explizite Priorisierung bei der Verteilung – bei einem letztlichen Bedarf aller Betroffenen – unter anderem anhand des Alters zugunsten von Kindern vorgenommen.

Auch die Forderung zur Einstellung eines psychologisch geschulten Mitarbeiters extra für Kinder als einzige Ergänzung zu einem allgemein für Erwachsene geschulten psychologischen Mitarbeiter (Sphere-Handbuch, S. 386) bevorzugt Kinder gegenüber anderen Altersgruppen, welche ihrerseits altersspezifischen psychischen Belastungen ausgesetzt sein können. Beispielsweise weisen auch ältere Leute eine altersspezifische Anfälligkeit gegenüber psychischen Erkrankungen in der Phase nach humanitären Katastrophen auf (Walsh et al. 2016). Ein speziell für diese Altersgruppe geschulter psychologischer Mitarbeiter wird aber nicht gefordert.

Insgesamt zeigt sich damit, dass im Sphere Handbuch zunächst allgemeine Wertestements aufgestellt werden, die einer Verteilung knapper Ressourcen anhand des Alterskriteriums

entgegenstehen. In den praktischen Handlungsanweisungen finden sich insbesondere zu dem Vorgehen bei der vulnerabilitätsspezifischen Bedürfnisermittlung solche Regelungen, welche im Einklang zu den allgemeinen Wertestatementen stehen. Andererseits existieren auch Regelungen, welche eine priorisierte Behandlung für Kinder vorsehen, so dass Inkonsistenzen in der Positionierung der gesamten Richtlinie gegenüber dem Alter als Verteilungskriterium festzustellen sind.

4.2.3 WMA-Patienten-Richtlinien

Die WMA-Patienten-Richtlinien enthalten drei kodierte Textstellen, welche Aussagen über das Alter als Kriterium bei der Prioritätensetzung treffen und deren Kodierung in **Tabelle 6** aufgezeigt wird.

Tabelle 6: Kodierte Textstellen in den WMA-Patienten-Richtlinien

Kategorie	Anzahl der Textstellen
Ausschluss des Alterskriteriums	3
Bedarfsorientierter Zugang	1
Diskriminierungsverbot	2
Auslegungsbedürftige Textstellen	3
Gerechtigkeit	2
Medizinische Kriterien alleine	1

Dabei wird zunächst in einem allgemeinen Wertestatement festgelegt, dass der Arzt in seinem Handeln dem Prinzip der *Gerechtigkeit* folgen soll:

"While a physician should always act according to his/her conscience, and always in the best interests of the patient, equal effort must be made to guarantee patient autonomy and justice." (S. 1)

Wenn dieses als ein generelles Prinzip ärztlichen Handelns gefordert wird, dann bezieht es sich konsequenterweise auch auf das Verteilen knapper Ressourcen durch einen Arzt. Das Prinzip der Gerechtigkeit verhält sich hierbei gegenüber dem Alter als Verteilungskriterium zunächst unbestimmt, da je nach Argumentation eine solche ausgeschlossen oder begründet werden kann (4.1.2). Spezifische Aussagen, was im Sinne der Richtlinien unter dem Prinzip der Gerechtigkeit bei der Ressourcenverteilung zu verstehen ist, finden sich nicht explizit. Allerdings bestehen weitere Regelungen, deren Aussagen auch die Ressourcenverteilung betreffen. Dabei wird zunächst unter einem Perspektivwechsel von Prinzipien ärztlicher Pflichten auf die Rechte des Patienten generell festgelegt:

"Every person is entitled without discrimination to appropriate medical care." (S. 1)

Gemäß den Ausführungen in 4.1.2 wird ein Diskriminierungsverbot im Rahmen der vorliegenden Arbeit als ein Ausschluss des Alters als Verteilungskriterium gewertet, da dies eine Benachteiligung bestimmter Personen anhand bestimmter Wertvorstellungen darstellt.

Weiterhin behandelt die Richtlinie im Folgenden die Thematik einer Verteilung bei vorliegender Ressourcenknappheit explizit und fordert, dass die Verteilung *gerecht*, anhand *medizinischer Kriterien* und *ohne Diskriminierung* zu erfolgen hat:

"In circumstances where a choice must be made between potential patients for a particular treatment that is in limited supply, all such patients are entitled to a fair selection procedure for that treatment.

That choice must be based on medical criteria and made without discrimination." (S. 2)

Die Entscheidungskriterien der Gerechtigkeit und der medizinischen Kriterien treffen keine eindeutige Entscheidung bezüglich eines Ausschlusses des Alters als Verteilungskriterium, da es sich gemäß des Kategoriensystems um auslegungsbedürftige Textstellen handelt (4.1.2). Allerdings erfolgt ein solcher Ausschluss über das Kriterium der Nichtdiskriminierung (ebd.), so dass diese Textstelle hier als Ausschluss einer Verteilung knapper Ressourcen anhand des Alterskriteriums gewertet wurde.

Im Ergebnis schließt die WMA-Patienten-Richtlinien eine Verteilung knapper Ressourcen anhand des Alterskriteriums einerseits gleich zweimal über das Kriterium der Nichtdiskriminierung aus. Gleichzeitig bestehen insofern Inkonsistenzen in den Aussagen der Richtlinie, als dass sich unter den auslegungsbedürftigen Textstellen *medizinische Kriterien* und *Gerechtigkeit* das Alter als Verteilungskriterium bei entsprechender Auslegung subsumieren lässt.

4.2.4 WMA-Desaster-Richtlinien

Für die besondere Situation eines Katastrophenfalles gelten die WMA-Desaster-Richtlinien des Weltärztebundes. Die Kodierung der Textstellen wird in **Tabelle 7** dargestellt.

Tabelle 7: Kodierte Textstellen in den WMA-Desaster-Richtlinien

Kategorie	Anzahl der Textstellen
Ausschluss des Alterskriteriums	1
Genereller Ausschluss	1
Summenutilitarismus	2
Rettung der meisten Leben	2
Auslegungsbedürftige Textstellen	1
Medizinische Kriterien	1

Die Vorgaben in den WMA-Desaster-Richtlinien schließen eine Berücksichtigung des Alters als Verteilungskriterium für lebensrettende Behandlungen zunächst grundsätzlich aus:

Unter dem Stichpunkt der Triage wird dabei zunächst die Triage als medizinisches Vorgehen definiert, welches zur systematischen Verteilung knapper medizinischer Ressourcen bei einem nicht zu deckenden Bedarf an diesen im Katastrophenfall anzuwenden sei (S. 3). Im Folgenden wird eine Reihenfolge festgelegt, in welcher Patienten unter diesen Umständen zu behandeln seien, welche sich alleine am klinischen Zustand des Patienten ausrichtet:

"The physician should separate patients into categories and then treat them in the following order, [...]:

a. patients who can be saved but whose lives are in immediate danger should be given treatment straight away or as a matter of priority within the next few hours;

[...]

e. patients whose condition exceeds the available therapeutic resources, who suffer from extremely severe injuries such as irradiation or burns to such an extent and degree that they cannot be saved in the specific circumstances of time and place, or complex surgical cases requiring a particularly delicate operation which would take too long, thereby obliging the physician to make a choice between them and other patients. Such patients may be classified as "beyond emergency care". (S. 3)

Hier wird ein konkreter Katalog klinischer Zustände benannt, anhand derer Verteilungsentscheidungen getroffen werden sollen. Dieses stellt ein engeres Kriterium als der Begriff der medizinischen Kriterien dar, welcher nach dem hier gewählten Verständnis keine eindeutige Positionierung gegenüber dem Alter als Verteilungskriterium einnimmt (4.1.2). Das Kriterium des klinischen Zustandes verhält sich dem Alter gegenüber grundsätzlich neutral, da dieser hier den Ist-Zustand einer betroffenen Person alleine im Hinblick auf deren Überlebenswahrscheinlichkeit und unabhängig von deren Alter beschreibt.

Eine Benachteiligung älterer Menschen könnte sich aber aus der Tatsache ergeben, dass Patienten, deren Zustand bei einer Behandlung die vorhandenen Ressourcen überschreiten würde, als Patienten *beyond emergency care* klassifiziert werden. Deren Behandlung wird bei der Priorisierung an die letzte Stelle gesetzt. Speziell zu den Patienten *beyond emergency care* wird in Punkt vier der Richtlinien weiter ausgeführt:

"It is ethical for a physician not to persist, at all costs, in treating individuals "beyond emergency care", thereby wasting scarce resources needed elsewhere [...] The physician must act according to the needs of patients and the resources available. He/she should attempt to set an order of priorities for treatment that will save the greatest number of lives and restrict morbidity to a minimum." (S. 4)

Zwar schließt die summenutilitaristische Vorgabe die meisten Leben als solche zu retten im Gegensatz zu der Vorgabe die meisten Lebensjahre zu retten eine Verteilung anhand des Alterskriteriums primär aus (3.3.1). Hierbei gilt nämlich die Maxime eine möglichst hohe

Gesamtzahl der bedrohten Leben zu retten, unabhängig davon, wie alt die einzelnen geretteten Personen sind. Allerdings könnte sich aus der Vorgabe knappe Ressourcen so zu verteilen, dass die meisten Leben gerettet werden auf eine indirekte Weise eine Benachteiligung älterer Menschen ergeben. Deren Behandlung ist regelmäßig aufwendiger und ressourcenintensiver als die Behandlung junger Menschen (3.3.1). Damit lassen sich unter Einsatz derselben Ressourcen unter Umständen mehr jüngere als ältere Menschen retten. Im Falle knapper Ressourcen könnte die Vorgabe so viele Leben wie möglich zu retten daher bewirken, bei der Verteilung solche Patienten zu priorisieren, deren Leben mit einer ressourcenärmeren Behandlung zu retten ist. Hierdurch könnten ältere Menschen aufgrund ihrer regelmäßig ressourcenintensiveren Behandlung benachteiligt werden (3.3.1). Zwar gelten diese Vorgaben nur für solche Patienten, welche als "*beyond emergency care*" klassifiziert werden, allerdings werden hierzu auch all jene Patienten gezählt, deren Behandlung die zur Verfügung stehenden Ressourcen übersteigt (S. 4). Im Fall einer extremen Ressourcenknappheit kann dieses aber für jeden Patienten begründet werden. Daher wurde die Textstelle mit der Kategorie *Summenutilitaristimus* kodiert.

Weiterhin findet sich in den WMA-Desaster-Richtlinien eine Textstelle, welche eine *Verteilung anhand medizinischer Kriterien alleine* vorsieht (S. 4) und damit entsprechend der Kodierregeln als auslegungsbedürftige Textstelle kodiert wurde.

Damit schließen die WMA-Desaster-Richtlinien zunächst das Alter als Verteilungskriterium grundsätzlich aus, indem eine Priorisierung einzig anhand festgelegter klinischer Zustände erfolgen soll. Eine Priorisierung jüngerer Personen erfolgt aber im Anschluss indirekt unter dem Rückgriff auf die summenutilitaristische Argumentation, so viele Leben wie möglich zu retten. Insgesamt weisen die Richtlinien Inkonsistenzen in den getroffenen Aussagen zum Alter als Verteilungskriterium auf.

4.2.5 ICN-Richtlinien

Die Kodierung von Textstellen in den ICN-Richtlinien wird in **Tabelle 8** dargestellt.

Tabelle 8: Kodierte Textstellen in den ICN-Richtlinien

Kategorie	Anzahl der Textstellen
Ausschluss des Alterskriteriums	2
Genereller Ausschluss	1
Auf Rechten basierend	1
Auslegungsbedürftige Textstellen	1
Gerechtigkeit	1

In den ICN-Richtlinien wird das Alter der Patienten zunächst grundsätzlich und explizit als Kriterium für sämtliche Entscheidungen im pflegerischen Handeln ausgeschlossen:

"Nursing care is respectful of and unrestricted by considerations of age, colour, creed, culture, disability or illness, gender, sexual orientation, nationality, politics, race or social status" (S. 1)

Ein weiterer allgemeiner Ausschluss des Alters als Verteilungskriterium ergibt sich über das Anerkennen eines auf Rechten basierenden Zugangs zur medizinischen Versorgung:

"In providing care, the nurse promotes an environment in which the human rights, values, customs and spiritual beliefs of the individual, family and community are respected" (S. 2)

Da es ein universell geltendes Recht des Einzelnen auf humanitäre medizinische Hilfe gibt, ergibt sich aus der Postulierung eines solchen zunächst einmal der Ausschluss von Verteilungskriterien (3.1).

Gleichzeitig finden sich spezifizierte Grundsätze zur Ressourcenverteilung, welche hierbei ein gerechtes Vorgehen einfordern:

"The nurse advocates for equity and social justice in resource allocation, access to health care and other social and economic services." (S.2)

Ob eine am Prinzip der Gerechtigkeit orientierte Ressourcenverteilung das Alter als Verteilungskriterium berücksichtigen darf oder ausschließen muss, ist abhängig davon, wie der Begriff der Gerechtigkeit ausgelegt und verstanden wird (4.1.2). In den ICN-Richtlinien selbst finden sich keine näheren Ausführungen darüber, anhand welcher Kriterien eine gerechte Verteilung zu erfolgen hat. Unter Berücksichtigung des Ausschlusses eines am Alter ausgerichteten pflegerischen Handelns nur eine Seite zuvor könnte dafür argumentiert werden, dass sich dieser Ausschluss auch auf die Verteilung knapper Ressourcen bezieht. Dieses würde dafür sprechen das Prinzip der Gerechtigkeit hier dergestalt auszulegen, dass das Alter als Verteilungskriterium hierüber ausgeschlossen wird. Andererseits könnte angeführt werden, dass die Autoren es als notwendig erachteten den spezifischen Fall der Ressourcenverteilung eigenständig zu regeln und dabei spezifische moralische Prinzipien einzufordern. Insofern wäre auch ein Abweichen vom grundsätzlichen Einfordern eines altersunabhängigen Vorgehens im Rahmen des speziellen Falles der Ressourcenverteilung denkbar. Auch aus der systematischen Betrachtung der Richtlinie wird daher keine Aussage darüber ersichtlich, ob eine (im Sinne der Richtlinie) gerechte Ressourcenverteilung das Alter als Verteilungskriterium ausschließt oder nicht.

Die ICN-Richtlinien schließen damit zunächst eine unterschiedliche Behandlung von Patienten aufgrund des Alters grundsätzlich aus. Durch die nicht eindeutige Formulierung der Prinzipien, welche für die spezifische Situation der Verteilung knapper Ressourcen gelten sollen, wird dieser Grundsatz aber wieder aufgeweicht, so dass sich keine abschließend eindeutige Aussage bezüglich des Alters als Verteilungskriterium aus den Richtlinien ablesen lässt.

4.2.6 MSF-Richtlinien

Sämtliche, in den MSF-Richtlinien identifizierte Textstellen, beziehen sich auf die altersabhängige Berücksichtigung beim Ermitteln von vulnerabilitätsspezifischen Bedürfnissen. Die Kodierung wird in **Tabelle 9** aufgezeigt.

Tabelle 9: Kodierte Textstellen in den MSF-Richtlinien

Kategorie	Anzahl der Textstellen
Ausschluss des Alterskriteriums	3
Gleiche Behandlung bei der Vulnerabilität	3
Vulnerabilität	8
Priorisierung Jüngerer	8

Bei der grundlegenden Aussage, die spezifischen Bedürfnisse verschiedener Gruppen mit spezifischer Achtsamkeit zu ermitteln, werden sowohl Kinder als auch ältere Menschen als Gruppen mit spezifischen Bedürfnissen klassifiziert:

"Consider the particular needs of different groups and individuals (men, women, the elderly, children, etc.). People will be affected differently by the emergency and their needs will differ accordingly." (S. 41)

Weitere Textstellen, die ältere Menschen und Kinder bei der vulnerabilitätsspezifischen Bedürfnisermittlung gleichwertig berücksichtigen und daher ebenfalls mit der Kategorie *Ausschluss des Alterskriteriums* kodiert wurden finden sich auf den Seiten 33 und 43.

Im Folgenden finden sich aber mehrere praktische Hinweise zur Bedürfnisermittlung, welche zu einer verstärkten Sichtbarkeit von Kindern und deren vulnerabilitätsspezifischen Bedürfnissen führen könnten. Teilweise sind dies explizite Hinweise, welche die spezifische Bedürfnisermittlung für Kinder vorsehen, während dieses nicht für die Gruppe der älteren Menschen gilt. So wird beispielsweise im Rahmen des *needs-assessments* empfohlen sogenannte Schlüsselinformanten zu interviewen, um Informationen über die Bedürfnisse spezifischer Gemeinschaftsgruppen zu erhalten:

"Key informants are people who have specific knowledge about certain aspects of the community. They are useful sources of information in rapid onset emergencies where time is limited. Typical examples include farmers, health workers, government officials, members of women's groups, children and young people, local NGO staff, and traders." (S. 45)

Hier erfolgt eine doppelte Nennung von Kindern und jungen Menschen als mögliche Schlüsselinformanten, während die Erwähnung älterer Menschen ausbleibt. Da davon auszugehen ist, dass die sogenannten Schlüsselinformanten insbesondere über die

Bedürfnisse ihrer eigenen Gruppe informieren können, könnte dieses zu einer Priorisierung jüngerer Menschen bei der Ermittlung der spezifischen Bedürfnisse führen. Das Nichtberücksichtigen älterer Menschen bei deren spezifischer Bedürfnisermittlung während einer gleichzeitigen Berücksichtigung von Kindern findet sich auch in weiteren Textstellen (S. 51, S. 70).

Zu einer verstärkten impliziten Berücksichtigung der Kinder bei einer spezifischen Bedürfnisermittlung könnten ebenfalls weitere Vorgaben führen, welche das Sammeln von Informationen zur vulnerabilitätsspezifischen Bedürfnisermittlung während des *needs-assessments* behandeln. Dieses könnte beispielsweise für die Vorgabe gelten Sekundärdaten anderer Hilfsorganisationen einzusammeln:

"Secondary information is information that has already been collected, either by the Movement or by other organizations. Secondary information can relate to an earlier situation or to the current one. It can be in written form (reports, etc.) or oral (discussion) [...] Conduct a quick review of secondary information" (S.25)

Jüngere Menschen könnten hierbei dergestalt bevorzugt werden, dass diejenigen Hilfsorganisationen, welche die Daten ursprünglich erhoben hatten, hierbei bereits die jüngeren Menschen bei der vulnerabilitätsspezifischen Bedürfnisermittlung priorisierten. Dass dieses regelmäßig geschieht, zeigt die im empirischen Forschungsstand dargestellte HelpAge Studie, wonach 32 von 60 befragten Hilfsorganisationen angaben, Kindern bei der vulnerabilitätsspezifischen Bedürfnisermittlung die höchste Priorität einzuräumen (1.1.3). Auch die Methode der Beobachtung, welche zur Informationsgewinnung vorgesehen wird (S. 44), birgt die Gefahr ältere Menschen zu benachteiligen. Ältere Menschen, welche aufgrund von eingeschränkter Mobilität vermehrt alleine und isoliert leben (HelpAge International 2009), könnten durch Beobachtungen schwerer zu erfassen sein. Eine ähnliche Gefahr ergibt sich für die Datenerhebungsmethode des *Samplings*, welche vorsieht einzelne Haushalte beispielhaft zu besuchen und hieraus auf die Bedarfsituation im Allgemeinen zu schließen (S. 33). Auch hierbei ergibt sich die Gefahr, dass ältere Menschen bei der Ermittlung ihrer spezifischen Bedürfnisse unterrepräsentiert bleiben, wenn sie alleine und zurückgezogen leben.

Im Ergebnis zeigen sich die MSF-Richtlinien damit dergestalt inkonsistent, als dass in einigen Textstellen die Gleichbehandlung älterer und jüngerer Menschen bei der vulnerabilitätsspezifischen Bedürfnisermittlung gefordert wird, während andere Textstellen hierzu im Widerspruch stehend zu einer Priorisierung jüngerer Menschen führen.

4.2.7 HelpAge-Richtlinien

Die Kodierung von Textstellen in den HelpAge-Richtlinien wird in **Tabelle 10** dargestellt.

Tabelle 10: Kodierte Textstellen in den HelpAge-Richtlinien

Kategorie	Anzahl der Textstellen
Ausschluss des Alterskriteriums	1
Gleiche Behandlung bei der Vulnerabilität	1
Priority View	2
Priorisierung Älterer	2
Vulnerable Gruppen	6
Priorisierung Älterer	6

In den HelpAge-Richtlinien wird zunächst das grundsätzliche Vorhaben formuliert einen gerechten Zugang zu medizinischen Leistungen im humanitären Sektor anzustreben, wozu aufgrund der Benachteiligung älterer Menschen eine besondere Behandlung dieser notwendig sei. Gleichzeitig solle die besondere Behandlung aber auch nicht über die Herstellung einer *gerechten* Zugangsmöglichkeit hinausgehen:

"This does not mean that special services should be established for older people. The emphasis is on integrating older people into mainstream services and ensuring equity of service provision across all sectors of a community" (S. 2)

Daraus ergibt sich das grundlegende Anliegen humanitäre Hilfe in einer Form zu leisten, die vulnerabilitätsspezifische Aspekte sämtlicher vulnerablen Gruppen berücksichtigt und auszugleichen versucht. Dieser Grundsatz beinhaltet auch eine Absage an die Priorisierung einer einzigen vulnerablen Gruppe gegenüber anderen vulnerablen Gruppen durch eine verstärkte Berücksichtigung bei der Ermittlung vulnerabilitätsspezifischer Bedürfnisse. Diese Textstelle wurde daher als Ausschluss des Alters als Verteilungskriterium über Gleichstellung aller bei den Vorgaben zum Ermitteln vulnerabilitätsspezifischer Bedürfnisse verstanden.

Im Folgenden finden sich praktische Vorgaben für das Vorgehen beim *needs-assessment*. Diese betreffen in der Tat Regelungen, welche die vulnerabilitätsbedingten Nachteile älterer Menschen ausgleichen sollen. Zunächst finden sich mehrere Textstellen, die zu einer verstärkten Berücksichtigung älterer Menschen bei der Ermittlung vulnerabilitätsspezifischer Bedürfnisse führen:

"Build an 'outreach' approach into assessments – using staff, volunteers and other older people to locate vulnerable older people in particular." (S. 3)

Da vergleichende Regelungen zur Bedürfnisermittlung anderer vulnerabler Altersgruppen nicht vorhanden sind, wurden diese Textstellen mit der Kategorie *Vulnerable Gruppen* und der Subkategorie *Priorisierung älterer Menschen* kodiert. Weitere Textstellen, die eine gleichgelagerte

Bevorzugung älterer Menschen bei der vulnerabilitätsspezifischen Bedürfnisermittlung vorgesehen und daher mit derselben Kategorie kodiert wurden finden sich auf den Seiten 3, 4, 22, 23 und 24.

Weiterhin finden sich Textstellen, die konkrete Anweisungen geben, welche zu einer bevorzugten Behandlung älterer Menschen führen und daher mit der Kategorie *priority view* und der Subkategorie *Priorisierung älterer Menschen durch konkrete Handlungsanweisungen* kodiert wurden:

"Develop psychosocial programmes that involve and support older people. Insituations of displacement this may mean dealing with issues such as the fear of death and burial in a 'foreign' place, as well grief for losses already sustained." (S. 6)

Die spezielle psychosoziale Versorgung älterer Personen stellt hier eine Bevorzugung gegenüber anderen Altersgruppen mit altersspezifischen psychischen Bedürfnissen im Katastrophenfall dar. Beispielsweise Leiden auch Kinder auf spezifische Weise psychisch unter den Belastungen eines Katastrophenfalles (Kar 2009), während eine entsprechende psychosoziale Versorgung hier nicht vorgesehen ist. Textstellen, welche ebenfalls eine bevorzugte Behandlung älterer Menschen vorsehen, finden sich auf der Seite fünf.

Im Ergebnis zeigen sich die HelpAge-Richtlinien daher inkonsistent bezüglich ihrer Aussagen zum Alter als Verteilungskriterium. Zunächst erfolgt der Ausschluss der Priorisierung älterer Personen dergestalt, dass eine Priorisierung dieser nur insofern stattfinden soll, als dass bestehende Nachteile bei der Versorgung ausgeglichen werden sollen. Im Anschluss finden sich aber dennoch Textstellen, welche ältere Menschen gegenüber anderen vulnerablen Gruppen bei der vulnerabilitätsspezifischen Bedürfnisermittlung oder direkt durch *konkrete Handlungsanweisungen* bevorzugen.

4.2.8 STC-Richtlinien

Tabelle 11: Kodierte Textstellen in den STC-Richtlinien

Kategorie	Anzahl der Textstellen
Ausschluss des Alterskriteriums	3
Bedarfsgeleiteter Zugang	2
Auf Rechten basierend	1
Priority View	5
Priorisierung Jüngerer	5
Vulnerable Gruppen	4
Priorisierung Jüngerer	4

Die Kodierung von Textstellen in den STC-Richtlinien zeigt **Tabelle 11**. Die STC-Richtlinien weisen bereits in ihrer grundlegenden Positionierung eine inkonsistente Haltung hinsichtlich einer Berücksichtigung des Alters als Verteilungskriterium auf. Einerseits wird ein auf Rechten basierender Zugang zur humanitären Hilfe proklamiert:

"Save the Children is a rights-based relief and development organisation [...]" (S.20)

Ein auf Rechten basierender Ansatz zur humanitären Hilfe bedeutet aber – unabhängig vom Alter – die Anerkennung des individuellen Rechts auf ebendiese (3.1). Die Anerkennung eines altersunabhängigen Rechts auf humanitäre Hilfe schließt konsequenterweise das Alter als Verteilungskriterium für knappe Ressourcen grundsätzlich aus.

Noch im selben Absatz wird aber dennoch eine priorisierende Grundhaltung zugunsten von Kindern eingenommen, indem ausgeführt wird:

"The first international declaration of children's rights, drafted by Eglantyne Jebb in 1923, asserted that the child must be first to receive relief in times of distress. Ever since, the organisation has had a clear mandate to respond to the needs of children in emergencies"(S. 20)

Somit finden sich neben dem allgemeinen Wertestatement, welches über einen auf Rechten basierenden Zugang zur humanitären Hilfe die Priorisierung anhand des Alters ausschließt (s.o.) auch solche allgemeinen Wertestements, welche – im Widerspruch hierzu stehend – eine Priorisierung Jüngerer bei der humanitären Hilfe vorsehen.

Eine Begründung, warum der Fokus von einem zunächst allgemein formulierten auf Rechten basierenden Zugang zur humanitären Hilfe hier auf eine programmatische Priorisierung von Kinderinteressen verlagert wird, folgt hierauf dergestalt, dass eine erhöhte Vulnerabilität für Kinder im Falle humanitärer Katastrophen herrsche, derer die derzeitige humanitäre Praxis nicht gerecht würde:

"In almost all emergencies children form the majority of those affected, and in all cases they are disproportionately vulnerable. Their bodies are more susceptible to malnutrition and disease; their development is damaged by the loss of opportunities to learn and play; [...] the value of children's perspectives, are easily overlooked in emergencies. "In practice, despite the preponderance of children among populations affected by emergencies, the implications for children are not considered in the planning of most general relief interventions; and despite the very different needs of different children (depending on age, gender or family circumstances) most humanitarian responses are not flexible enough to make them appropriate to all" (S. 21)

Bereits in diesen Ausführungen und der alleinigen Benennung Kindern als besonders vulnerable Gruppe liegt eine Priorisierung gegenüber älteren Menschen, die ebenfalls eine vulnerable Altersgruppe darstellen (1.1.3). Weiterführende Begründungen, insbesondere ethische Argumentationen, warum ein solcher Zugang gerechtfertigt sein könnte, finden sich in den Richtlinien nicht. Allerdings scheinen die Autoren den Widerspruch zwischen einem auf Rechten basierenden Zugang zur humanitären Hilfe, welche hiernach allen bedürftigen Personen zusteht und einer Fokussierung auf Kinderinteressen zu erkennen:

"Save the Children's policy in responding to emergencies is based on its commitment both to humanitarian principles and to the full realisation of children's rights, but it is also shaped by a recognition of the scale and range of global emergencies, as well as its own limited capacity and competence. It is therefore Save the Children's policy in emergencies to work closely with other humanitarian and child rights organisations[...]" (S. 22)

Eine explizite Auflösung dieses Konfliktes zwischen den humanitären Prinzipien, welche das Recht auf humanitäre Hilfe jedem Menschen zusprechen und eines auf Kinderrechten begründeten Zugangs findet daraufhin nicht mehr statt. Im Folgenden finden sich einzig solche Textstellen, die eine bevorzugte Behandlung von Kindern vorsehen.

Dieses sind zunächst solche Textstellen, die eine bevorzugte Behandlung von Kindern direkt beschreiben und daher mit der Kategorie *priority view* und der Subkategorie *Priorisierung Jüngerer* kodiert wurden. Hierbei finden sich zunächst weitere allgemeine Wertestatemts, welche eine Priorisierung Jüngerer benennen:

"It is therefore Save the Children's policy [...] to base all interventions on an analysis of priorities, and in particular the needs, vulnerabilities and best interests of children of all ages" (S. 22)

Darüber hinaus finden sich auch zwei konkrete Handlungsanweisung, welche direkt zu einer Bevorzugung von Kindern führen und daher mit der Kategorie *priority view* und der Subkategorie *Priorisierung Jüngerer* kodiert wurden (S. 25, S. 40).

Weiterhin finden sich insgesamt fünf Textstellen, die eine stärkere Berücksichtigung von Kindern beim Ermitteln vulnerabilitätsspezifischer Bedürfnisse vorsehen und daher mit der Kategorie *Vulnerable Gruppen* und dem Subkategorie *Priorisierung Jüngerer* kodiert wurden:

"FIRST-TIER QUESTIONS: [...] Describe the situation of affected children: How many total (broken down by age group)? How many displaced, vs. affected but not displaced? How many separated?" (S. 58)

Hier wird beschrieben die Lebensumstände von Kindern nach einem Katastrophenfall zu ermitteln, während entsprechende Vorgaben für ebenfalls vulnerable Altersgruppen (z.B. älteren Menschen) ausbleiben. Weitere Textstellen, welche zu einer Bevorzugung von Kindern bei der vulnerabilitätsspezifischen Bedürfnisermittlung führen, finden sich auf den Seiten 22, 24 und 46.

Insgesamt zeigt sich damit eine inkonsistente Grundhaltung, die zwar innerhalb der Richtlinie angesprochen, aber nicht aufgelöst wird: Einerseits wird ein auf Rechten basierender Zugang zur humanitären Hilfe proklamiert, welcher grundsätzlich eine Ressourcenverteilung anhand des Alters ausschließt (4.1.2). Andererseits findet eine programmatische Priorisierung von Kindern statt, welche sich in den konkreten Handlungsanweisungen der Richtlinien widerspiegelt, die in aufgezeigter Weise zu einer Priorisierung von Kindern führen.

4.3 Vergleichende Analyse der Richtlinien

Aus der in **Abbildung 1** dargestellten Systematisierung humanitärer Richtlinien ergeben sich drei mögliche Spannungsfelder bei der parallelen Anwendung der hier untersuchten Richtlinien durch humanitäre Helfer*innen (2.2.3.1): Erstens zwischen den organisationsübergeordneten und den organisationsinternen Richtlinien, zweitens zwischen den berufsgruppenspezifischen und den organisationsinternen Richtlinien und drittens zwischen den organisationsübergeordneten und den berufsgruppenspezifischen Richtlinien.

4.3.1 Spannungsfeld organisationsübergeordnete/organisationsinterne Richtlinien

Das Spannungsfeld zwischen organisationsübergeordneten humanitären Richtlinien und organisationsinternen humanitären Richtlinien ergibt sich für Richtlinienanwender*innen, wenn sie aus diesen beiden Bereichen unterschiedliche Vorgaben für ihr Handeln erhalten. Im Rahmen der hier getroffenen Richtlinienauswahl geht es dabei um das Spannungsverhältnis zwischen den organisationsübergeordneten Richtlinien (ICRC-Code of Conduct; Sphere-Handbuch) und den organisationsinternen Richtlinien (MSF-Richtlinien; HelpAge-Richtlinien; STC-Richtlinien).

Allgemeine Wertestements, die auf organisationsübergeordneter Ebene durch den ICRC-Code of Conduct und das Sphere-Handbuch festgelegt werden, schließen allesamt die Verteilung knapper Ressourcen anhand des Alterskriteriums aus (4.2.1). Es zeigte sich, dass die organisationsinternen Richtlinien, welche den Vorgang des *needs-assessments* zum Regelungsgegenstand haben, bei der Spezifizierung dieser allgemeinen Wertegrundsätze Inkonsistenzen aufweisen (4.2.3). Die HelpAge-Richtlinien und die MSF-Richtlinien erklären zunächst in ihren Grundsätzen zur vulnerabilitätsspezifischen Bedürfnisermittlung, dass sämtliche vulnerablen Altersgruppen hierbei zu berücksichtigen seien. In dieser grundsätzlichen Ausrichtung des *needs-assessments* findet also keine Bevorzugung einer vulnerablen Altersgruppe gegenüber einer anderen statt, so dass diese Grundpositionen beider Richtlinien im Einklang mit den allgemeinen Wertestements in den organisationsübergeordneten Richtlinien (ICRC-Code of Conduct und Sphere-Handbuch) stehen. Ein anderer Zugang findet sich in den STC-Richtlinien, welche bereits in ihrer programmatischen Grundausrichtung inkonsistente Entscheidungen treffen, indem sie einerseits einen auf Rechten basierenden Zugang zur humanitären Hilfe proklamieren, den hieraus folgenden Ausschluss des Alters als Verteilungskriterium aber gleich wieder über einen Fokus auf Kinderinteressen und der alleinigen Nennung von Kindern als vulnerable Altersgruppe aufweichen.

Die *konkreten Handlungsanweisungen* zum *needs-assessment* zeigen in allen drei untersuchten organisationsinternen Richtlinien Regelungen auf, die zu einer verstärkten Berücksichtigung von verschiedenen Altersgruppen bei der Ermittlung vulnerabilitätsspezifischer Bedürfnisse führen. In den HelpAge-Richtlinien finden sich sechs Textstellen, welche ältere Menschen

hierbei bevorzugt berücksichtigen, während in den STC-Richtlinien fünf und in den MSF-Richtlinien acht Textstellen zu einer Priorisierung von Kindern bei der vulnerabilitätsspezifischen Bedürfnisermittlung führen (ebd.). Damit ergibt sich aber für humanitäre Helfer*innen ein Spannungsverhältnis, welches darin besteht, dass die bevorzugte Berücksichtigung einer vulnerablen Altersgruppe gegenüber einer anderen vulnerablen Altersgruppe durch die *allgemeinen Wertesstatements* auf *organisationsübergreifender Ebene* grundsätzlich ausgeschlossen wird, während die *organisationsinternen konkreten Handlungsanweisungen* zum *needs-assessment* aber teilweise zu einer solchen führen.

4.3.2 Spannungsfeld berufsgruppenspezifische/organisationsinterne Richtlinien

Ein Konflikt könnte sich für humanitäre Helfer*innen auch ergeben, wenn Richtlinien, welche sie als spezifische Berufsgruppe ansprechen (WMA-Desaster-Richtlinien; WMA-Patienten-Richtlinien; ICN-Richtlinien) und Richtlinien der Organisation, für die sie sich im Einsatz befinden (MSF-Richtlinien; HelpAge-Richtlinien; STC-Richtlinien) unterschiedliche Regelungen zur Verteilung anhand des Alterskriteriums treffen.

Wie dargestellt artikulieren die organisationsinternen Richtlinien konkrete Handlungsanweisungen, welche bei der Ermittlung vulnerabilitätsspezifischer Bedürfnisse entweder die vulnerable Gruppe der älteren Menschen (HelpAge-Richtlinien) oder die vulnerable Gruppe der Kinder (MSF-Richtlinien; STC-Richtlinien) gegenüber der jeweils anderen vulnerablen Gruppe bevorzugen.

Die berufsgruppenspezifischen WMA-Patienten-Richtlinien beinhalten ein Diskriminierungsverbot, welches sich spezifisch auf den Ausschluss des Alterskriteriums bei der Verteilung knapper Ressourcen bezieht (4.2.2). Allerdings bezieht sich diese Vorgabe auf die Priorisierung bei spezifischen medizinischen Behandlungen:

"In circumstances where a choice must be made between potential patients for a particular treatment that is in limited supply, all such patients are entitled to a fair selection procedure for that treatment. That choice must be based on medical criteria and made without discrimination." (S. 2)

Das *needs-assessment* stellt keine spezifische medizinische Behandlung, sondern ein organisatorisches Vorgehen zur Bedürfnisermittlung dar. Damit kann das Diskriminierungsverbot für die Priorisierung bei limitierten Behandlungsmöglichkeiten hinsichtlich einer spezifischen medizinischen Behandlung in den WMA-Patienten-Richtlinien hier nicht als Ausschluss einer altersabhängigen Bevorzugung beim *needs-assessment* gewertet werden. Zuvor fordern die WMA-Patienten-Richtlinien allerdings ein gerechtes Vorgehen für sämtliche Handlungen von Ärzt*innen, dessen Spezifizierung ebenfalls über ein Diskriminierungsverbot erfolgt, welches sich auch auf das Alterskriterium bezieht (4.2.2). Da hiervon sämtliche Handlungen erfasst werden, muss dieses Diskriminierungsverbot auch für die vulnerabilitätsspezifische Bedürfnisermittlung im Rahmen eines *needs-assessments* gelten, solange Entscheidungen hierüber von Ärzt*innen getroffen werden (ebd.). Hiermit ergibt sich aus der Gesamtschau der untersuchten

Richtlinien eine inkonsistente Ressourcenlage für Ärzt*innen, wenn sie an der Planung und Durchführung von *needs-assessments* beteiligt sind: Einzelne Handlungsanweisungen in den organisationsinternen Richtlinien führen zu einer Bevorzugung spezifischer Altersgruppen bei der vulnerabilitätsspezifischen Bedürfnisermittlung (4.2.3), während eine solche durch das Diskriminierungsverbot in den WMA-Patienten-Richtlinien ausgeschlossen werden soll. Gleichzeitig aber zeigen sich auch die WMA-Patienten-Richtlinien zumindest dergestalt nicht konsistent in ihren Aussagen bezüglich des Alters als Verteilungskriteriums, als dass sie über die Begriffe der Gerechtigkeit und der Verteilung anhand medizinischer Kriterien alleine auslegungsbedürftige Textstellen enthalten.

Auch in den allgemeinen Wertestements der WMA-Desaster-Richtlinien findet sich zunächst ein genereller Ausschluss des Alters als Verteilungskriteriums, wobei die Richtlinie selbst im Folgenden Inkonsistenzen aufweist, als dass über eine summenutilitaristische Argumentation die Priorisierung jüngerer Menschen ermöglicht wird. Damit ergibt sich ein insgesamt sehr inkonsistentes Bild bezüglich des Alters als Verteilungskriterium im Spannungsfeld zwischen den WMA-Desaster-Richtlinien und den organisationsinternen Richtlinien. Zunächst einmal stehen die Aussagen der HelpAge-Richtlinien, welche in konkreten Handlungsanweisungen eine Priorisierung älterer Menschen ermöglichen, hierzu insgesamt im Widerspruch. Konkrete Handlungsanweisungen, die in den STC-Richtlinien und den MSF-Richtlinien zu einer Priorisierung jüngerer Menschen führen könnten, ließen sich mit den summenutilitaristischen Argumenten der WMA-Desaster-Richtlinien vereinbaren, stehen aber im Widerspruch zu dem generellen Ausschluss des Alterskriteriums zu Beginn der WMA-Desaster-Richtlinien. Konkrete Handlungsanweisungen, welche in den organisationsinternen Richtlinien eine Priorisierung anhand des Alters ausschließen, stehen wiederum mit diesem generellen Ausschluss in den WMA-Desaster-Richtlinien im Einklang, möglicherweise aber im Widerspruch mit den dort postulierten summenutilitaristischen Argumenten, die zu einer Priorisierung jüngerer Menschen führen können. Je nach Auswahl der entsprechenden Textstellen können zwischen den Aussagen in allgemeinen Wertestements in den STC-Richtlinien und den WMA-Desaster-Richtlinien konsistente oder inkonsistente Aussagen bezüglich des Alters als Verteilungskriterium gefunden werden.

Aus den ICN-Richtlinien lässt sich nicht eindeutig ablesen, ob die Verteilung knapper Ressourcen anhand des Alterskriteriums ausgeschlossen werden soll oder nicht (4.2.2). Der zunächst aufgestellte Grundsatz, dass pflegerisches Handeln unabhängig vom Alter der Betroffenen stattfinden soll wird für den spezifischen Fall der Verteilung knapper Ressourcen wieder aufgeweicht, indem hierfür lediglich das Prinzip der Gerechtigkeit, welches in der vorliegenden Arbeit als auslegungsbedürftig gewertet wurde (4.1.2), maßgebend sein soll (vgl. ebd.). Da auch die Bedürfnisermittlung im Rahmen eines *needs-assessments* eine Ressourcenverteilung darstellt, hängt das Verhältnis der organisationsinternen Richtlinien zum *needs-assessment* und den ICN-Richtlinien von der Auslegung letzterer ab.

4.3.3 Spannungsfeld organisationsübergordnete/berufsgruppenspezifische Richtlinien

Ein weiteres Spannungsfeld ergibt sich aus den institutionellen Regelungsbereichen der organisationsübergordneten und berufsgruppenspezifischen Richtlinien. Im Bereich der organisationsübergordneten Richtlinien schließen sowohl der ICRC-Code of Conduct als auch das Sphere-Handbuch in allgemeinen Wertestements das Alter als Verteilungskriterium grundsätzlich aus (4.2.1). Dieses steht im Einklang mit den Aussagen der WMA-Patienten-Richtlinien, welche über ein Diskriminierungsverbot und über den auf Rechten basierenden Zugang ebenfalls einen Ausschluss des Alters als Verteilungskriteriums vorsehen. Ebenso stehen die Allgemeinen Wertestements in den ICN-Richtlinien, welche einen auf Rechten basierenden Zugang zu humanitärer proklamieren und das Alter als Verteilungskriterium generell ausschließen. Im Widerspruch zu den allgemeinen Wertestements der organisationsübergordneten Richtlinien, welche eine Verteilung anhand des Alterskriteriums ausschließen, stehen Textstellen in den WMA-Desaster-Richtlinien, welche über die summenutilitaristische Argumentation am meisten Leben wie möglich zu retten, zu einer indirekten Priorisierung jüngerer Menschen führen könnten (4.2.2). Zudem weisen alle drei berufsgruppenspezifischen Richtlinien auslegungsbedürftige Regelungen über die Begriffe der Gerechtigkeit und über eine Verteilung anhand der medizinischen Kriterien alleine auf. Deren Beurteilung bezüglich konsistenter und inkonsistenter Regelungen in Zusammenschau mit den organisationsübergordneten Richtlinien hängt konsequenterweise von der Auslegung der Begriffe ab.

4.4 Die Rolle von (inter)kulturellen Altersbildern in den Richtlinien

Im Rahmen der vierten Forschungsfrage wurde untersucht, inwiefern die ausgewählten Richtlinien die Existenz interkulturell unterschiedlicher Altersbilder bei Verteilungsentscheidungen berücksichtigen. Hierfür wurde zunächst danach gefragt, ob Altersdefinitionen in den Richtlinien zu finden sind und inwiefern sich diese offen gegenüber interkulturellen Unterscheidungen darstellen. Weiterhin wurden solche Textstellen identifiziert, aus denen sich Aussagen über die Berücksichtigung interkulturell unterschiedlicher Altersbilder bei der Verteilung knapper Ressourcen anhand des Alterskriteriums ergeben könnten.

4.4.1 Altersdefinitionen

Die Frage nach einer Altersdefinition in den Richtlinien ist insbesondere auch deshalb von Bedeutung, weil hierüber die Zuteilung zu den als vulnerabel klassifizierten Gruppen der Kinder und der älteren Menschen erfolgt. Aus der Zuordnung zu einer solchen Gruppe ergibt sich eine besondere Berücksichtigung, wie beispielsweise bei der vulnerabilitätsspezifischen Bedürfnisermittlung (vgl. 1.1.2). Explizite Aussagen zu Altersdefinitionen finden sich lediglich den HelpAge-Richtlinien und im Sphere-Handbuch,

also nur in zwei der acht untersuchten Richtlinien. Dabei zeigte sich zunächst, dass in den Richtlinien unter Berufung auf die Vereinten Nationen und des Übereinkommens über die Rechte der Kinder grundsätzlich von einer chronologischen Definition des Alters anhand der gelebten Lebensjahre ausgegangen wird:

"The World Health Organization estimates that the world's 580 million elderly people (aged 60 years and more) include around 355 million in developing countries." (HelpAge-Richtlinien, S. 10)

und:

„Im Sinne des Übereinkommens über die Rechte des Kindes bezeichnet ‚Kind‘ einen Menschen, der das achtzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet hat [...].“ (Sphere-Handbuch, S. 16)

und:

"Als ältere Männer und Frauen gelten nach den Vereinten Nationen Menschen im Alter von über 60 Jahren [...]" (Sphere-Handbuch, S. 18)

Eine alleinige chronologische Altersdefinition lässt ein abweichendes Vorgehen bei der Zuordnung zu Altersgruppen, wie es aber auf unterschiedliche Weise in nichtindustriellen Gesellschaften teilweise stattfindet, unberücksichtigt. In den HelpAge-Richtlinien finden sich keine weiteren Ausführungen zu Kriterien, anhand derer das Alter definiert wird. Währenddessen wird im Sphere-Handbuch weiterführend auf kulturelle Unterschiede bei der Alterszuordnung, sowohl im Hinblick auf Kinder als auch auf ältere Menschen eingegangen. Die Klassifizierung als Kind wird über die chronologische Altersdefinition von weniger als 18 gelebten Jahren hinausgehend folgendermaßen erweitert:

"Diese Definition kann je nach dem kulturellen und sozialen Kontext variieren. Es sollte gründlich analysiert werden, wie die betroffene Bevölkerung Kinder definiert, um sicherzustellen, dass kein Kind oder Jugendlicher von der humanitären Hilfe ausgeschlossen wird." (Sphere-Handbuch, S. 16)

Auch für die Klassifizierung als älterer Mensch wird über die chronologische Altersdefinition von 60 gelebten Jahren hinausgehend festgehalten:

"[...]die Definition von ‚älter‘ kann jedoch je nach Kontext variieren." (Sphere-Handbuch, S. 18)

Diese allgemein gehaltenen Formulierungen eröffnen zunächst die Möglichkeit, dass die Zuordnung zu den Altersgruppen von älteren Menschen und Kindern nicht ausschließlich anhand des chronologischen Alters der Betroffenen erfolgen muss. Damit zeigt sich das Sphere-Handbuch offen hinsichtlich der Zuordnung zu diesen Altersgruppen anhand lokal-kultureller Altersdefinitionen, allerdings ohne weiterführende Angaben hierzu zu machen.

Darüber hinaus fällt auf, dass die Anforderungen an das Ermitteln der kulturellen Zuordnung zu der Altersgruppe der Kinder höher und spezifischer formuliert sind, als dieses für die Zuordnung zu der Altersgruppe älterer Menschen der Fall ist. Dies geschieht über die explizite Forderung, eine gründliche Analyse hinsichtlich der lokalen Kinderdefinition durchzuführen, um die Berücksichtigung aller Kinder sicherzustellen (S. 16). Eine

vergleichbare Aufforderung fehlt bei der Definition älterer Menschen. Da durch die Zuordnung zu einer der beiden Gruppen aber auch eine Zuordnung zu einer vulnerablen Gruppe erfolgt, stellt das Aufstellen stärkerer Anforderung für die Ermittlung der Eigenschaft als Kind außerdem eine Bevorzugung jüngerer Menschen gegenüber älteren Menschen dar.

Insgesamt zeigt sich damit, dass eine Definition für die Altersgruppen der Kinder und älteren Menschen unter Rücksichtnahme interkultureller Unterschiede ausschließlich im Sphere-Handbuch zu finden ist. Eine weitere, rein chronologisch ausgestaltete Definition der Altersgruppe älterer Menschen wird in den HelpAge-Richtlinien genannt. Die weiteren Richtlinien, welche die Begriffe ältere Menschen und Kinder verwenden und hierüber auch die Klassifizierung als vulnerable Gruppen vornehmen (STC-Richtlinien; MSF-Richtlinien), treffen keine weiteren Aussagen dazu, wie sie diese Altersgruppen definieren.

4.4.2 Interkulturelle Altersbilder und die Verteilung knapper Ressourcen

Insgesamt fanden sich in den Richtlinien vier Textstellen, welche zu einer Berücksichtigung interkulturell unterschiedlicher Altersbilder bei der Verteilung knapper Ressourcen anhand des Alterskriteriums führen könnten.

Ähnliche Formulierungen finden sich dabei im ICRC-Code of Conduct und in den ICN-Richtlinien:

"We will endeavour to respect the culture, structures and customs of the communities and countries we are working in." (ICRC-Code of Conduct, S. 4)

und:

"In providing care, the nurse promotes an environment in which the human rights, values, customs and spiritual beliefs of the individual, family and community are respected." (ICN-Richtlinien, S. 2)

Das Bekenntnis kulturelle Werte der hilfeempfangenden Gesellschaften zu respektieren, wird hier als allgemein geltende Handlungsanweisung formuliert. Diese weite Formulierung erfasst daher konsequenterweise auch den Respekt vor interkulturell abweichenden Altersbildern. Dann müssen die sich hieraus ergebenden Unterschiede in der Zuteilung von altersabhängigen Rechten, Pflichten und sozialen Rollen (3.4), aber auch im Rahmen von Verteilungsfragen berücksichtigt werden. Allerdings finden sich im Weiteren keine Spezifizierungen dieser Formulierungen. Damit handelt es sich hierbei lediglich um allgemeine Vorgaben des Respekts vor kulturellen Werten, welche auch unterschiedliche Altersbilder und daraus folgende Beurteilungen von Verteilungsfragen umfassen. Praktische Implikationen, welche beispielsweise Lösungsansätze für den Fall des Konfliktes mit eigenen Wertvorstellungen anbieten, finden sich allerdings nicht.

Eine Textstelle mit einer ähnlichen Aussage, die aber anders formuliert ist, findet sich in den WMA-Patienten-Richtlinien:

"The physician must respect the customs, rites and religions of the patients" (WMA-Patienten-Richtlinien, S. 4)

Während in den beiden zuvor genannten Textstellen vorgegeben wurde die Werte *der Gemeinschaft* zu respektieren, werden hier die Gewohnheiten, Bräuche und Religion *der Patienten* genannt. Wie beschrieben sind vorliegend die kollektivistisch-kulturell konzipierten Altersbilder Gegenstand der Untersuchung (s.o.).

Schließlich ist die Berücksichtigung kulturell-kollektivistischer Altersbilder der hilfeempfangenden Gesellschaft auch durch eine Beteiligung der Empfangsgesellschaft an den Verteilungsentscheidungen denkbar:

"Ways shall be found to involve programme beneficiaries in the management of relief aid Disaster response assistance should never be imposed upon the beneficiaries. Effective relief and lasting rehabilitation can best be achieved where the intended beneficiaries are involved in the design, management and implementation of the assistance programme. We will strive to achieve full community participation in our relief and rehabilitation programmes." (ICRC-Code of Conduct, S. 4)

Solange unter dem Begriff des *Managements humanitärer Hilfe* auch das Treffen von Verteilungsentscheidungen zu verstehen ist, ergibt sich aus diesem Grundsatz auch die Vorgabe, von der hilfeempfangenden Gesellschaft vorgebrachte Verteilungsentscheidungen zu berücksichtigen. Allerdings stellt sich hier erneut das Problem, dass weitere Spezifizierungen, beispielsweise zu einem Vorgehen im Konflikt mit anderen Verteilungsprinzipien, nicht genannt werden.

Insgesamt zeigt sich damit, dass sich in den Richtlinien durchaus Ansätze finden lassen, welche die interkulturell unterschiedlich konzipierten Altersbilder bei der Verteilung knapper Ressourcen berücksichtigen. Allerdings bleiben die Formulierungen sehr allgemein, so dass die Ausgestaltung einer Anwendung in der Praxis unbestimmt bleibt.

4.5 Zusammenfassung der qualitativen Inhaltsanalyse

4.5.1 Analyse der einzelnen Richtlinien

Eine Übersicht über die Aussagen der einzelnen Richtlinien unter Berücksichtigung der ethischen Argumente findet sich in **Abbildung 3**. Aus dieser lassen sich die Ergebnisse der zweiten Forschungsfrage zusammengefasst vollständig ablesen.

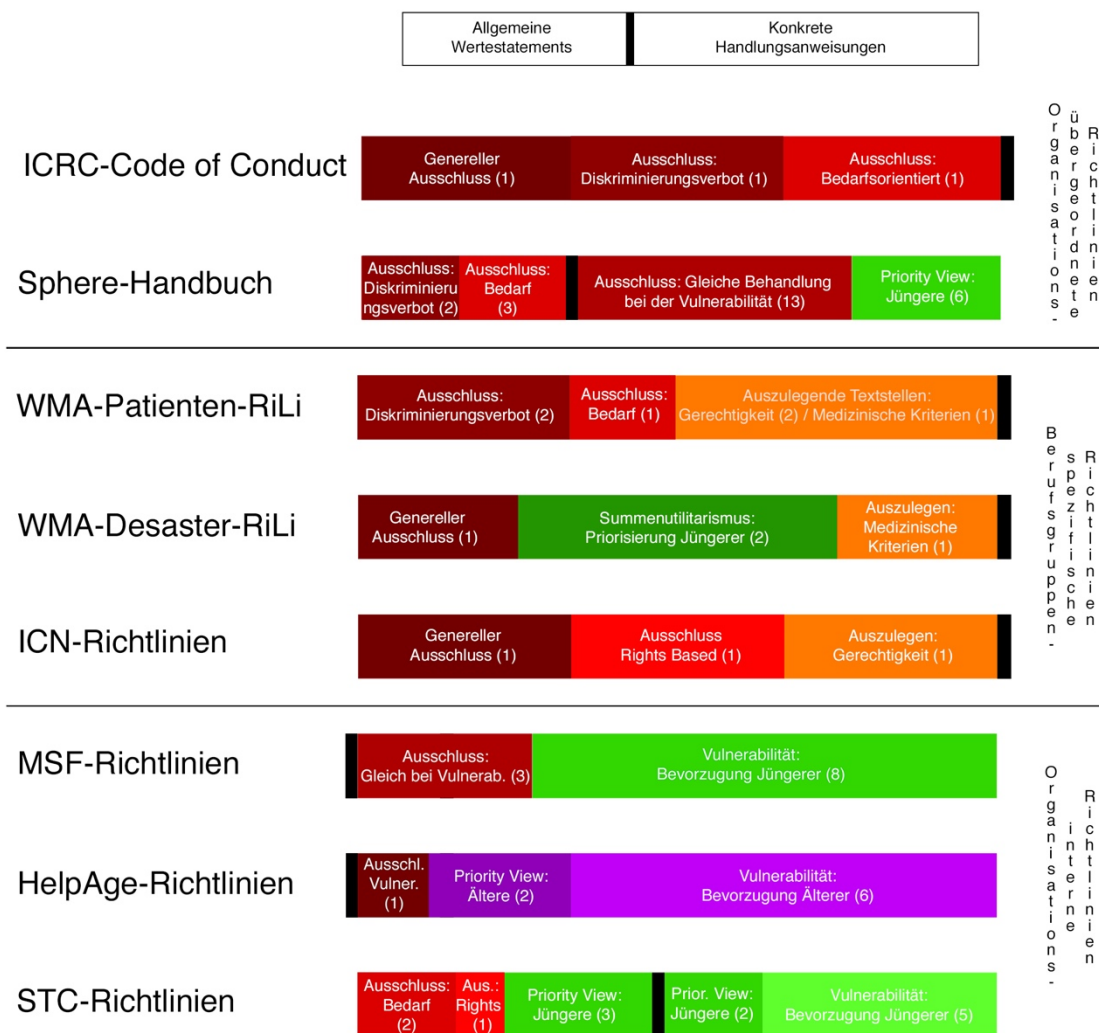


Abbildung 3: Analyse der einzelnen Richtlinien (Ergebnisse)

Erläuterungen:

- Textstellen, die zu einem **Ausschluss des Alters als Verteilungskriterium** führen sind in Rottönen dargestellt. Die unterschiedlichen Subkategorien sind durch die verschiedenen Rottöne und ausformuliert dargestellt.
- Textstellen, die zu einer **Priorisierung jüngerer Personen** führen sind in Grüntönen dargestellt. Die entsprechend unterschiedlichen Argumente gleichsam durch Farbtonabstufungen und textlich gekennzeichnet
- Textstellen, die zu einer **Priorisierung älterer Personen** führen sind in violetten Tönen dargestellt, die unterschiedlichen Argumente wiederum durch Farbabstufung und textlich gekennzeichnet.
- **Auszulegende Textstellen** sind orange dargestellt und die auszulegenden Begriffe textlich benannt.
- Die Anzahl der Textstellen, welche einer Kategorie zugeordnet wurden, findet sich in den Klammern.
- Der schwarze Balken markiert die Unterteilung in allgemeine Wertestements (links vom Balken) und konkrete Handlungsanweisungen (rechts vom Balken). Befindet sich der Balken am rechten Außenrand, so enthält die Richtlinie ausschließlich allgemeine Wertestements (die links davon stehen), befindet sich der Balken am linken Rand verhält es sich umgekehrt.
- Zwecks Darstellbarkeit sind die einzelnen Kategorien teilweise entsprechend abgekürzt (vgl. für die eindeutig zuzuordnenden, ausformulierten Kategorienbezeichnungen: **Abbildung 2**).

4.5.1.1 Identifizierte Regelungen zum Alter als Verteilungskriterium

Die Analyseergebnisse zeigen zunächst, dass in den ausgewählten Richtlinien Textstellen zu identifizieren waren, welche explizit oder implizit Regelungen artikulieren, die das Alter als Verteilungskriterium einbeziehen und solche, die dies ausschließen. Dabei konnten einerseits solche Textstellen identifiziert werden, die in *allgemeinen Wertestements* diesbezügliche Aussagen treffen. In den allgemeinen Wertestements werden Grundsätze postuliert, welche dann für die Gesamtheit aller Handlungen, die in den Regelungsbereich der entsprechenden Richtlinie fallen, gelten sollen (Beispiel: Diskriminierungsverbot in der WMA-Desaster-Richtlinien). Weiterhin konnten einerseits Textstellen identifiziert werden, die durch *konkrete Handlungsanweisungen* explizit oder implizit zu einer Verteilung anhand des Alterskriteriums führen und andererseits solche, die dies für die konkrete Situation ausschließen. Konkrete Handlungsanweisungen sind solche Textstellen, die Vorgaben für das Verhalten in einer spezifischen Situation machen, aber keine Aussage treffen, welche eine generelle Positionierung zum Alter als Verteilungskriterium einnimmt.

Ein Ausschluss des Alters als Verteilungskriterium findet sich in dem ganz überwiegenden Teil der allgemeinen Wertestements, welche die untersuchten Richtlinien formulieren. Dieses geschieht über zahlreiche Textstellen, welche einer der gebildeten entsprechenden Subkategorien zugeordnet wurden (Genereller Ausschluss; bedarfsorientierter Zugang; auf Rechten basierender Zugang; Diskriminierungsverbot).

*Eine Priorisierung jüngerer Personen über allgemeine Wertestements bei Verteilungsentscheidungen findet sich in den WMA-Desaster-Richtlinien und in den STC-Richtlinien. Gleichzeitig finden sich in beiden Richtlinien allgemeine Wertestements, welche das Alter als Verteilungsentscheidungen ausschließen (vgl. zur diesbezüglichen Inkonsistenz den nächsten Absatz). Die Priorisierung jüngerer Personen erfolgt in den WMA-Desaster-Richtlinien indirekt über eine summenutilitaristische Begründung aus dem Wertestatement, dass Verteilungsentscheidungen im Notfall dergestalt getroffen werden sollten, dass die *meisten Leben gerettet* werden. Dieses führt implizit über eine summenutilitaristische Argumentation zu einer Priorisierung jüngerer Betroffener (3.3.1). Die WMA-Desaster-Richtlinien sind damit das einzige untersuchte Dokument, welches eine utilitaristische Argumentation bezüglich des Alters als Verteilungskriterium aufweist. Die STC-Richtlinien benennen direkt die Bevorzugung jüngerer Betroffener, indem sie die Hilfe für Kinder in Krisensituation als vorrangig bezeichnen. Hieraus ergibt sich in den gesamten Richtlinien die einzige Argumentation in allgemeinen Wertestements, welche dem Konzept des *priority views* zugeordnet wurde.*

*Die Priorisierung älterer Personen über allgemeine Wertestements findet sich in den untersuchten Richtlinien überhaupt nicht (vgl. **Abbildung 3**).*

Ein Priorisierungsausschluss durch konkrete Handlungsanweisungen für das Handeln in spezifischen Situationen findet sich in zwei Richtlinien bei den Ausführungen zur vulnerabilitätsspezifischen Bedürfnisermittlung (Sphere-Handbuch; HelpAge-Richtlinien).

Für diese spezifische Handlung wird die Priorisierung einer Altersgruppe dergestalt ausgeschlossen, dass alle vulnerablen Altersgruppen (ältere Menschen und Kinder) bei der vulnerabilitätsspezifischen Bedürfnisermittlung berücksichtigt wurden.

Die Priorisierung einer bestimmten Altersgruppe über konkrete Handlungsanweisungen, welche zu einer Bevorzugung in der spezifischen Situation führt, findet sich in mehreren Richtlinien (Sphere-Handbuch; MSF-Richtlinien; HelpAge-Richtlinien; STC-Richtlinien). Als Beispiel kann hier das bevorzugte Verteilen von Malaria-Schutznetzen an Kinder genannt werden (Sphere-Handbuch), welches in dieser konkreten Situation zu einer Priorisierung gegenüber älteren Menschen führt. Weiterhin finden sich wiederholt Textstellen, welche bei der vulnerabilitätsspezifischen Bedürfnisermittlung nur eine von mehreren vulnerablen Altersgruppen berücksichtigen und damit diese Altersgruppe gegenüber anderen vulnerablen Altersgruppen priorisieren. Die alleinige Ermittlung von vulnerabilitätsspezifischen Bedürfnissen und damit die Priorisierung von Kindern ist in zwei Richtlinien vorgesehen (MSF-Richtlinien; STC-Richtlinien), während dies umgekehrt für ältere Menschen in den HelpAge-Richtlinien aufgeführt wird.

Eine Priorisierung älterer Menschen findet einzig in den konkreten Handlungsanweisungen der Help-Age Richtlinien statt.

4.5.1.2 Textimmanente (In)Konsistenzen bezüglich des Alters als Verteilungskriterium

Konsistent in seinen Aussagen bezüglich des Alters als Verteilungskriterium im Kontext der medizinischen humanitären Hilfe zeigt sich von den vorliegend untersuchten Richtlinien auf textimmanenter Ebene einzig der ICRC-Code of Conduct. Dieser schließt in allen drei identifizierten Textstellen in Form von allgemeinen Wertestements das Alter als Verteilungskriterium für knappe Ressourcen konsequent aus. Dieses geschieht durch das Postulat eines Diskriminierungsverbots, über die Forderung eines am Bedarf orientierten Zugangs zu humanitärer Hilfe und über einen generellen Ausschluss des Alters als Verteilungskriteriums. In allen anderen untersuchten Richtlinien finden sich in den jeweils einzelnen Richtlinien textimmanent Inkonsistenzen bezüglich deren Aussagen zum Alter als Verteilungskriterium für die Verteilung knapper Ressourcen im Kontext der medizinischen humanitären Hilfe.

Bei zwei Richtlinien (WMA-Patienten-Richtlinien; ICN-Richtlinien) bestehen zumindest insofern *Inkonsistenzen*, als dass nur zunächst in Form von allgemeinen Wertestements das Alter als Verteilungskriterium ausgeschlossen wird (Diskriminierungsverbot; auf Rechten basierender Zugang). Darauf folgend postulieren beide Richtlinien aber diesbezüglich wieder unscharfe, auslegungsbedürftige Textstellen, welche je nach Auslegung (vgl. dazu 4.1.2) das Alter doch wieder als Verteilungskriterium beinhalten könnten (Verteilung anhand medizinischer Kriterien; Gerechtigkeit).

Inkonsistenzen zwischen allgemeinen Wertestements und konkreten Handlungsanweisungen zeigen sich textimmanent in beiden Richtlinien, die sowohl allgemeine Wertestements formulieren als

auch konkrete Handlungsanweisungen geben (Sphere-Handbuch; STC-Richtlinien). Dies zeigt sich beispielhaft im Sphere-Handbuch, welches zunächst in allgemeinen Wertestements das Alter als Verteilungskriterium ausschließt (z.B. *generell formulierter Ausschluss*) und im Anschluss konkrete Handlungsanweisungen formuliert, welche Kinder beim Verteilen von Malarienetzen bevorzugen.

Ein Widerspruch zwischen allgemeinen Wertestements, die in derselben Richtlinie postuliert wurden, findet sich in den STC-Richtlinien und in den WMA-Desaster-Richtlinien. Die STC-Richtlinien schließen zunächst das Alter als Verteilungskriterium über einen auf Rechten basierenden Zugang aus und halten im Folgenden dennoch allgemein fest, dass Kinder im humanitären Einsatz grundsätzlich bevorzugt werden müssten. Ein Widerspruch in den allgemeinen Wertestements findet sich auch in den WMA-Desaster-Richtlinien, indem zunächst das Alter als Verteilungskriterium generell ausgeschlossen wird und im Folgenden unter einer summenutilitaristischen Argumentation eine Priorisierung jüngerer bei der Ressourcenverteilung ermöglicht wird.

Inkonsistenzen zeigen sich auch zwischen konkreten Handlungsanweisungen, welche in denselben Richtlinien formuliert wurden: Einzig die STC-Richtlinien beinhalten konkrete Handlungsanweisungen, welche einzig die Gruppe jüngerer Bedürftiger priorisieren. Freilich stehen diese Handlungsanweisungen aber im Widerspruch mit den allgemeinen Wertestements der STC-Richtlinien. Alle anderen Richtlinien, welche konkrete Handlungsanweisungen beinhalten (Sphere-Handbuch, MSF-Richtlinien; HelpAge-Richtlinien) weisen zum einen konkrete Handlungsanweisungen auf, welche das Alter als Verteilungskriterium unberücksichtigt lassen, gleichzeitig aber auch solche die zur Priorisierung einer Altersgruppe führen.

4.5.2 Vergleichende Analyse der Richtlinien

Einen Überblick über (In)Konsistenzen auf richtlinienvergleichender Ebene liefert **Abbildung 4**.

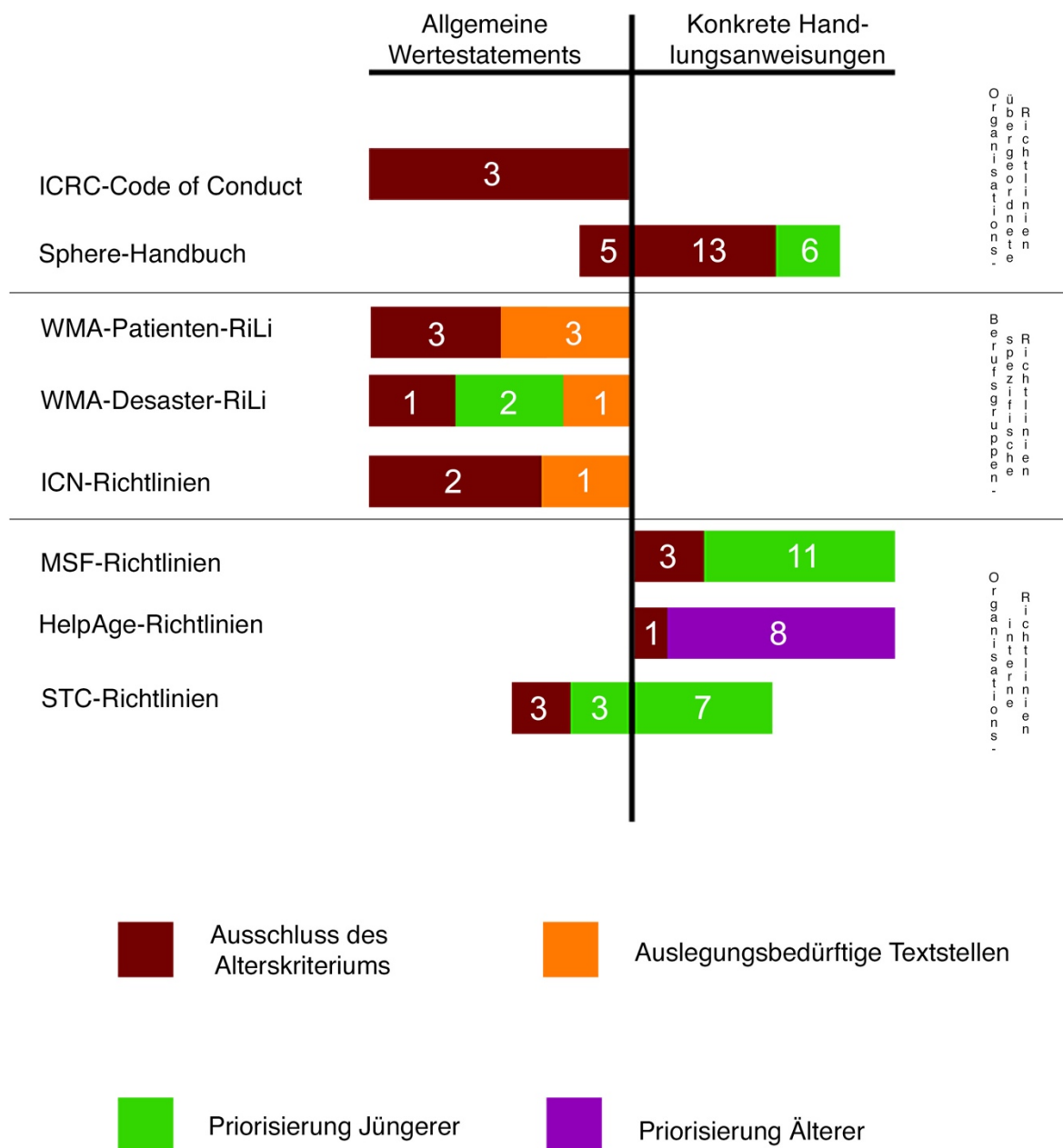


Abbildung 4: Richtlinienvergleichende Analyse (Ergebnisse)

Erläuterung:

Aufgeführt werden die zusammengefassten Ergebnisse zu den Richtlinienregelungen bezüglich des Alters als Verteilungskriterium (ohne ethische Argumentation, s. dazu **Abbildung 3**). So können auf richtlinienvergleichender Ebene diesbezügliche (In)konsistenzen zwischen den Richtlinien abgelesen werden. Die angegebenen Zahlen entsprechen der Anzahl der entsprechend kodierten Textstellen.

Insgesamt zeigt sich im Spannungsfeld zwischen organisationsübergeordneten (ICRC-Code of Conduct; Sphere-Handbuch) und organisationsinternen (MSF-Richtlinien; HelpAge-Richtlinien; STC-Richtlinien) Richtlinien zunächst, dass Inkonsistenzen teilweise bereits bei den postulierten Wertestatemts (STC-Richtlinien und ICRC-Code of Conduct; Sphere-

Handbuch) bestehen. Weiterhin stehen konkrete Handlungsanweisungen in allen drei organisationsinternen Richtlinien im Widerspruch zu den allgemeinen Wertestements der organisationsübergeordneten Richtlinien. Die HelpAge-Richtlinien beinhalten konkrete Handlungsanweisungen, welche zu einer Priorisierung älterer Menschen führen können, die MSF-Richtlinien und die ICN-Richtlinien solche, die zu einer Priorisierung jüngerer Menschen führen können. Beides steht im Widerspruch zu den Allgemeinen Wertestements der organisationsübergreifenden Richtlinien.

Bezüglich der Aussagen zum Alter als Verteilungskriteriums *im Spannungsfeld zwischen den berufsgruppenspezifischen Richtlinien* (WMA-Patienten-Richtlinien; WMA-Desaster-Richtlinien; ICN-Richtlinien) und den *organisationsinternen Richtlinien* (MSF-Richtlinien; HelpAge-Richtlinien; STC-Richtlinien) ergibt sich ein insgesamt deutlich inkonsistentes Bild: Die allgemeinen Wertestements in den WMA-Patienten-Richtlinien und den ICN-Richtlinien schließen zunächst über die Argumente des Diskriminierungsverbots, eines bedarfsorientierten Zugangs und eines auf Rechten basierenden Zugangs die Priorisierung anhand des Alters aus und stehen damit im Widerspruch zu den konkreten Handlungsanweisungen in den organisationsinternen Richtlinien, welche zu einer Priorisierung anhand des Alters führen können. Gleichzeitig stehen sie im Einklang mit solchen Regelungen der organisationsinternen Richtlinien, welche eine Priorisierung anhand des Alters ausschließen. Die WMA-Patienten-Richtlinien und die ICN-Richtlinien zeigen sich ihrerseits aber in ihren diesbezüglichen Aussagen zumindest dergestalt inkonsequent, als dass sich auslegungsbedürftige Textstellen identifizieren lassen, welche wiederum zu einer Priorisierung anhand des Alters führen könnten. Selbiges gilt für die allgemeinen Wertestements in den WMA-Desaster-Richtlinien, welche eine Verteilung anhand des Alters ausschließen oder auslegungsbedürftige Begriffe benutzen. Kein Widerspruch zeigt sich zwischen der summenutilitaristischen Argumentation aus den WMA-Desaster-Richtlinien und solchen Textstellen der organisationsinternen Richtlinien, die zu eine Priorisierung jüngerer Menschen führen können. Gleichzeitig stehen alle berufsgruppenspezifischen Richtlinien im Widerspruch zu den Textstellen der HelpAge-Richtlinien, welche zu einer Priorisierung älterer Menschen führen könnten. Bezüglich der allgemeinen Wertestements in den STC-Richtlinien, die bereits richtlinienimmanent inkonsistent bezüglich der Aussagen zum Alter als Verteilungskriterium sind, lassen sich je nach ausgewählter Textstelle Widersprüche oder Übereinstimmungen mit den allgemeinen Wertestements der berufsgruppenspezifischen Richtlinien aufzeigen.

Im *Spannungsfeld von organisationsübergeordneten und berufsgruppenspezifischen Richtlinien* zeigen sich konsistente Regelung zwischen den allgemeinen Wertestements in den organisationsübergeordneten Richtlinien (ICRC-Code of Conduct; Sphere-Handbuch) und den jeweiligen allgemeinen Wertestements in den berufsgruppenspezifischen Richtlinien, welche das Alter als Verteilungskriterium ausschließen. Im Widerspruch zu den allgemeinen Wertestements der organisationsübergeordneten Richtlinien stehen Textstellen in den WMA-Desaster-Richtlinien, welche über die summenutilitaristische Argumentation so viele

Leben wie möglich zu retten, zu einer indirekten Priorisierung jüngerer Menschen führen könnten. Weiterhin zeigen alle drei berufsgruppenspezifischen Richtlinien auslegungsbedürftige Textstellen auf, deren Vereinbarkeit mit den allgemeinen Wertestatementen aus den organisationsübergeordneten Richtlinien von der jeweiligen Auslegung abhängt.

4.5.3 Interkulturelle Altersbilder in den Richtlinien

Altersdefinitionen finden sich in den untersuchten Richtlinien ausschließlich im Sphere-Handbuch und in den HelpAge-Richtlinien. Hierbei erfolgt die Zuordnung zu einer bestimmten Altersgruppe in beiden genannten Richtlinien zunächst rein chronologisch. Das Sphere-Handbuch definiert Kinder als Personen, die unter achtzehn Jahre und ältere Menschen als Personen, die über 60 Jahre alt sind (S. 16, S.18). In den HelpAge-Richtlinien findet sich ausschließlich eine Definition älterer Menschen anhand des Alters, welche ebenfalls 60 gelebte Jahre als Kriterium vorsieht (S. 10). Das Sphere-Handbuch eröffnet darüber hinaus die Möglichkeit nichtchronologische Kriterien in die Zuordnung zu einer Altersgruppe einfließen zu lassen, indem artikuliert wird, dass sowohl die Zuordnung zur Altersgruppe der Kinder (S. 16) als auch die Zuordnung zur Altersgruppe der älteren Menschen (S. 18) je nach Kontext auch anhand anderer Kriterien erfolgen könne. Die weiteren Richtlinien, welche die Begriffe ältere Menschen und Kinder verwenden und hierüber auch die Klassifizierung als vulnerable Gruppen vornehmen (STC-Richtlinien; MSF-Richtlinien), treffen keine weiteren Aussagen dazu, wie sie diese Altersgruppen definieren. Textstellen, aus denen sich die Berücksichtigung interkulturell unterschiedlicher Altersbilder bei Verteilungsentscheidungen ergeben könnte, finden sich in den untersuchten Richtlinien nur in sehr allgemein gehaltener Form. So wird im ICRC-Code of Conduct (S. 4) und in den ICN-Richtlinien (S. 2) gefordert die Werte, Bräuche und Kultur der hilfeempfangenden Gesellschaft zu respektieren. Dies könnte auch die jeweiligen Konzeptionen von Altersbildern umfassen. In leicht abgeänderter Form findet sich eine ähnliche Regelung in den WMA-Patienten-Richtlinien (S. 4), indem hier der Respekt vor den Werten des einzelnen hilfeempfangenden Individuums postuliert wird.

5 Diskussion

5.1 Limitationen der Arbeit

5.1.1 Methodische Limitationen

5.1.1.1 Entwicklung und Verwendung des Kategoriensystems

Eine etwaige Limitation könnte sich zunächst aus der Entwicklung und Verwendung des Kategoriensystems ergeben. Dieses wurde zunächst deduktiv aus den Ergebnissen der deskriptiv-ethischen Analyse entwickelt (4.1.1). Gleichzeitig wurde dargelegt, dass ein umfassendes ethisches Konzept für die humanitäre Hilfe nicht existiert und die Betrachtung eines dort angesiedelten ethischen Konfliktes immer die Ermittlung und Berücksichtigung verschiedener ethischer Ansätze erfordert (3). Das Ziel der erfolgten deskriptiv-ethischen Problemanalyse war es ebensolche Ansätze und Argumente zu identifizieren und darzustellen. Einer solchen Bearbeitung wohnt aber auch die Möglichkeit inne, nicht abschließend zu sein und wichtige Argumente und Ansätze nicht zu erkennen. Dies gilt hier insbesondere, weil es sich bei der schwierigen Ermittlung ethischer Ansätze und Argumente um ein zentrales Problem ethischer Fragestellungen im Kontext der humanitären Hilfe handelt (vgl. Stapleton et al. 2014). Konsequenterweise würde sich diese etwaige Limitation auch in dem vorliegend entwickelten Kategoriensystem widerspiegeln, da eine eventuelle Eingeschränktheit der theoretischen Analyse durch die deduktive Kategorienbildung auf das Kategoriensystem weiterwirkte. Eine gewisse Abschwächung dieser Limitation erfolgt durch die Ausdifferenzierung des Kategoriensystems (4.1.2). Hierdurch wurden auch Kategorien aus dem Material selbst entwickelt, so dass zumindest keine theoretischen Argumente in den Richtlinien übersehen werden konnten.

Eine weitere Limitation bei der Entwicklung des Kategoriensystems liegt in der technischen Durchführung der Analyse. Für die Qualität eines Kategoriensystems ist die Trennschärfe, das heißt die Eindeutigkeit in der Zuordnung von Kategorien und Textstellen, von Bedeutung (Kuckartz 2016). Instrumente zur diesbezüglichen Kontrolle des Kategoriensystems sind die Intracoder- und die Intercoderreliabilität (vgl. ebd.). Intracoderreliabilität meint dabei, dass dieselbe kodierende Person bei mehreren Kodierdurchgängen dieselben Textstellen möglichst häufig denselben Kategorien zuordnet. Intercoderreliabilität beschreibt dagegen die möglichst häufig übereinstimmende Zuordnung von Textstellen und Kategorien, wenn verschiedene kodierende Personen einen Kodierdurchgang am Material durchführen. Hierdurch wird eine höhere Reliabilität des Kategoriensystems und damit auch der gesamten Analyse sichergestellt. Die vorliegende Bearbeitung wurde von einer Einzelperson durchgeführt, so dass die Limitation einer fehlenden Intercoderreliabilität für diese anzuerkennen ist. Um dennoch eine bestmögliche Reliabilität zu erreichen, wurde versucht, die Intracoderreliabilität zu maximieren, indem

multiple Kodiervorgänge durchgeführt wurden und die Ausdifferenzierung und Präzisierung des Kategoriensystems durch einen induktiven Bearbeitungsschritt gefördert wurde.

5.1.1.2 Auswahl der Richtlinien

Weitere Limitationen könnten sich aus der Auswahl der untersuchten Richtlinien ergeben.

Zunächst könnte die hier gewählte *Analyseebene der untersuchten humanitären Verteilungsentscheidungen* kritisiert werden. Die vorliegende Arbeit untersucht Richtlinien in Bezug auf deren Aussagen zu Verteilungsentscheidungen im direkten Kontakt zu den Empfänger*innen humanitärer Hilfsleistungen. Damit finden Entscheidungen, welche sich etwaig an den untersuchten Richtlinien orientieren, immer im Rahmen eines spezifischen, aktuellen Einsatzes und im unmittelbaren Kontakt zu den von der Entscheidung Betroffenen statt. Der Einordnung sozialwissenschaftlicher Analyseebenen in Makro-, Meso- und Mikroebene folgend, handelt es sich damit um Verteilungsentscheidungen, die auf der Mikroebene unmittelbar gegenüber den betroffenen Individuen getroffen werden. Gleichzeitig werden Verteilungsentscheidungen, welche die humanitäre Hilfe betreffen, nicht nur auf der Mikro-, sondern auch auf Meso- und Makroebene gefällt. Auf der Makroebene konkurriert die Finanzierung humanitärer Einsätze bei der Mittelverteilung bereits generell mit anderen Sektoren, welche zu finanzieren sind. Auf der Mesoebene betreffen Verteilungsentscheidungen beispielsweise spezifische humanitäre Einsätze, deren Finanzierung mit anderen humanitären Einsätzen konkurriert. Auch die Entscheidung, welche von mehreren humanitären NGOs finanziell unterstützt wird, stellt nach dieser Einordnung eine Verteilungsentscheidung auf der Mesoebene dar. Da Verteilungsentscheidungen im humanitären Kontext somit nicht nur auf der Mikro-, sondern ebenfalls auf Meso- und Makroebene stattfinden, besteht auch auf allen Ebenen der Bedarf, Richtlinien zu untersuchen, deren Regelungsgehalt relevant für die entsprechenden Verteilungsentscheidungen ist. Die Auswahl von Richtlinien, deren Anwendungsbereich auf der Mikroebene im direkten Kontakt mit den Betroffenen liegt, stellt folglich eine Beschränkung des Untersuchungsmaterials dar. Gleichzeitig liegt in der Beschränkung auf die Mikroebene eine Spezifizierung der Fragestellung, die somit lediglich diesen bestimmten Anwendungsbereich humanitärer Verteilungsentscheidungen zum Gegenstand hat.

Kritisieren könnte man weiterhin die hier vollzogene *Systematisierung humanitärer Richtlinien* in die Kategorien *inhaltlicher* und *institutioneller* Regelungsbereich (s. 2.2.3.1 und **Abbildung 1**). Die Entstehung des gesamten Korpus humanitärer Richtlinien erfolgte nicht anhand einer solch kategorisierten Vorgehensweise, sondern besteht angesichts der äußerst heterogenen Gemeinschaft humanitärer NGOs aus einer unübersichtlichen Anhäufung verschiedener Richtlinien, die unsystematisiert von verschiedenen Akteuren erlassen wurden (Lieser 2013, S.22 f.). Vor diesem Hintergrund kann von einer Beschränkung der Richtlinienauswahl ausgegangen werden, da eine kategorisierungsgeladene Auswahl den gesamten Korpus aller humanitären Richtlinien nicht in einem methodisch-repräsentativem Sinne widerspiegelt. Aufgrund der real unübersichtlichen und unsystematischen Entstehung humanitärer

Richtlinien musste sich die vorliegende Arbeit daher bei der Auswahl des Untersuchungsmaterials beschränken. Anhand beispielhaft ausgewählter Richtlinien wurde eine Systematik im Geflecht humanitärer Richtlinien aufgezeigt, um aus dieser Ressourcen zur Entscheidungsfindung zu entwickeln, welche sich bei der Frage nach einer Verteilung anhand des Alterskriteriums ergeben können.

5.1.2 Grenzen ethischer Kritik im globalen Kontext

Die hier dargestellten ethischen Ansätze und Argumente zu Verteilungsentscheidungen anhand des Alterskriteriums (vgl. 3.) sind Resultate und Gegenstände eines geschichtlich gewachsenen, westlich-akademischen Diskurses. Es könnte daher berechtigterweise danach gefragt werden, inwiefern ethische Ansätze und Argumente aus diesen Forschungskontexten überhaupt Anwendung im Bereich nicht-westlicher Gesellschaftsformen finden sollten. Beispielsweise werden von Tangwa (2000) und Murove (2005) Bestrebungen unternommen, ethische Konzepte aus nichtwestlichen Herkunftskontexten aufzuzeigen, aus denen sie unter anderem auch Ansätze für bioethische Fragestellungen entwickeln (ebd.). Somit könnten genauere Untersuchungen stattfinden, in welchen Punkten und in welchen grundlegenden Herangehensweisen sich diese von sogenannten westlich geprägten ethischen Ansätzen und Argumenten unterscheiden und wie sich das im Speziellen auf Verteilungsentscheidungen anhand des Alters auswirkte. Konsequenterweise müsste dann im Rahmen der humanitären Hilfe, welche im interkulturellen Kontext stattfindet (3.4), die Frage gestellt werden, welche grundlegenden ethischen Ansätze und Argumente für die ethische Beurteilung einer Situation auf welche Weise zu berücksichtigen wären.

Von einem solchen Verständnis ausgehend erfolgt die Diskussion zu Verteilungsentscheidungen der medizinischen humanitären Hilfe im Rahmen der vorliegenden Arbeit auf dem Boden ethischer Ansätze und Argumente aus westlich gewachsenen Wissenschaftskontexten. Über die Berücksichtigung interkulturell divergierender Bewertungen von Alter und Altersbildern und der hiermit verbundenen unterschiedlichen Zuschreibung von Rechten, Pflichten und sozialen Rollen werden Argumente aus einer interkulturellen Perspektive entwickelt und in die dargestellten Ansätze und Argumente aus westlichen Wissenschaftskontexten eingebettet (3.4 und 5.3). Dieses Vorgehen entspricht den Herkunftskontexten der hier analysierten humanitären Richtlinien und scheint auch mit der Realität humanitärer Einsätze im Einklang zu stehen: Erstens entspringen die hier analysierten Richtlinien westlich geprägten Herkunftskontexten und zweitens werden humanitäre Helfer*innen darin regelmäßig aufgefordert, lokale kulturelle Faktoren zu berücksichtigen (vgl. z.B.: Sphere-Handbuch). Im Sinne des soeben Beschriebenen bleibt dies aber eine unvollkommene Perspektive.

5.2 Etwaige Vorteile transparenter, ethisch begründeter Verteilungskriterien

Wie im Ergebnisteil dargestellt, zeigt sich in den vorliegend untersuchten Richtlinien ein diffuses Bild über die Regelungen hinsichtlich des Alters als Verteilungskriterium im Rahmen der medizinischen humanitären Hilfe (4.). Einzig der ICRC-Code of Conduct beinhaltet diesbezüglich eine konsistente Regelung, indem er in allgemeinen Wertestements das Alter als Verteilungskriterium konsequent ausschließt (4.2.1.1). Alle anderen untersuchten Richtlinien treffen inkonsistente Aussagen bezüglich des Alters als Verteilungskriterium. Damit bestehen die festgestellten Inkonsistenzen sowohl auf der richtlinienimmanenten Ebene als auch richtlinienvergleichend (4.2 und 4.3). Es gibt nachvollziehbare Erklärungen für die diesbezügliche Inkonsistenz in den Richtlinien, denn die Komponenten des moralischen Dilemmas, wie knappe Ressourcen im humanitären Einsatz zu verteilen sind, sind komplex (3.). Demgegenüber führten transparente und ethisch begründete Verteilungskriterien, die trotz Schwierigkeiten gelängen, zu Vorteilen auf verschiedenen Ebenen. Dies könnten zum einen praktische Vorteile sein (5.2.1) und zudem könnten sich transparente, begründete Verteilungskriterien auch positiv auf die Legitimation humanitärer Richtlinien auswirken (5.2.2).

5.2.1 Praktische Vorteile transparenter Verteilungskriterien

Erstens könnte durch das Formulieren klarer Verteilungskriterien eine *effektivere Nutzung der knappen Ressourcen* erreicht werden. So könnten durch eine Ermittlung besonders effektiver Maßnahmen die knappen Ressourcen aufgrund klarer Verteilungskriterien dergestalt verteilt werden, dass effektivere Maßnahmen priorisiert durchgeführt werden (Wikler 2003). Beispielhaft kann hier auf den *World Development Report von 1993* verwiesen werden: Hierin wurde dargelegt, dass für einen erheblichen Teil der weltweiten Kindersterblichkeit nur wenige verschiedene Infektionskrankheiten wie Lungenentzündungen, gastrointestinale Infektionen und Malaria verantwortlich waren (Summers 2017). Da diese aber verhältnismäßig günstig zu behandeln sind, wurde eine Priorisierung dieser Behandlungen bei der Verteilung knapper Ressourcen vorgeschlagen, wodurch eine als besonders effektiv bewertete Ressourcennutzung erreicht werden konnte (ebd.). Das Bestimmen transparenter Verteilungskriterien anhand klar definierter Effektivitätskriterien hatte also tatsächlich zur effektiveren Nutzung der knappen Ressourcen geführt. Weiterhin würden Verteilungsprozesse durch klare Verteilungskriterien beschleunigt, da der Entscheidungsprozess geregelt und schneller abläufe. Ein zeitlich kürzerer Entscheidungsprozess auf dem Weg zur tatsächlichen Durchführung humanitärer Maßnahmen würde ebenfalls zu einer Effektivitätssteigerung der Ressourcennutzung führen. Insgesamt könnte daher argumentiert werden, dass ein Vorteil klarer Verteilungskriterien in der Effektivitätssteigerung humanitär nutzbarer Ressourcen besteht. Dieses würde einen positiven Einfluss auf die Knappheit medizinischer Ressourcen haben. Das hierbei zugrunde

liegende Kalkül der Effektivitätsmaximierung könnte zweifellos als Verteilungsmodell kritisiert werden (vgl. dazu 3.3.1).

Zweitens könnten transparente und nachvollziehbare Verteilungskriterien neben einer effektiveren Ressourcennutzung auch zu einem *Anstieg der Ressourcen selbst* führen: Denn Verteilungsentscheidungen durch transparentere Verteilungskriterien wären auch für potentielle Geldgeber und Unterstützer humanitärer Hilfsprojekte besser nachzuvollziehen. Durch nachvollziehbare Investitionen könnte deren Bereitschaft zur – insbesondere finanziellen – Unterstützung humanitärer Hilfsprojekte anwachsen (Wikler 2003). So schreiben beispielsweise Melinda und Bill Gates ausdrücklich dem eben benannten *World Development Report von 1993* eine entscheidende Rolle bei der Aufnahme ihrer philanthropischen Unternehmungen im Bereich der internationalen Gesundheitsversorgung zu:

„In addition, our eyes were opened to the fact that most preventable deaths and disability in lower-income countries were caused not by hundreds of diseases but by relatively few, and that the costs of preventing and treating them were often low, relative to the benefits. Our shock turned to excitement. Here were points of leverage where we could work to reduce inequity and help realize a world where every person has the opportunity to live a healthy, productive life.“

(Melinda Gates und Bill Gates 2018)

Klare Verteilungskriterien scheinen also die Investitionsbereitschaft etwaiger Unterstützer möglicherweise ansteigen zu lassen, indem sie der Investition einen nachvollziehbaren und selbstwirksamen Aspekt verleihen. Eine transparente Prioritätensetzung könnte somit allein durch ihre Einführung zu einem Anstieg der Ressourcen führen. Auch in der Steigerung finanzieller Ressourcen durch eine erhöhte Unterstützungsbereitschaft wäre ein positiver Einfluss auf das Missverhältnis zwischen knappen Ressourcen einerseits und großer Bedürftigkeit andererseits zu sehen.

So schwierig das Formulieren klarer Verteilungskriterien sein mag: Solange Prioritätensetzungen aufgrund knapper Ressourcen im humanitären Sektor real unvermeidbar sind, könnte eine klare und transparente Prioritätensetzung aufgrund der transparenten Ausgestaltung von Verteilungskriterien zumindest zu einem Anstieg der knappen Ressourcen und überdies zu einer effektiveren Nutzung ebendieser führen. Damit wäre sozusagen ein doppelt positiver Einfluss auf das Missverhältnis aus knappen Ressourcen auf der einen und großer Bedürftigkeit auf der anderen Seite – und damit auf eines der Kernprobleme humanitärer Hilfe – denkbar.

5.2.2 Transparente Verteilungskriterien und die Legitimation humanitärer Richtlinien

Ein zweiter Vorteil transparenter Verteilungskriterien läge in der Förderung der Legitimation humanitärer Richtlinien als Ressourcen für Verteilungsentscheidungen. Dieses ist

insbesondere dann bedeutsam, wenn Verteilungsentscheidungen bezüglich knapper medizinischer Ressourcen getroffen werden. In einer solchen Entscheidungskonstellation kann die Auswirkung transparenter und begründeter Verteilungskriterien auf die Legitimation humanitärer Richtlinien sowohl auf *inhaltlicher* als auch auf *prozeduraler Ebene* von Bedeutung werden:

Mit der Frage nach einer Eigenschaft als Entscheidungsressource für Verteilungsentscheidungen im humanitären Einsatz verbindet sich *inhaltlich* denkend auch automatisch die Frage nach der Legitimation humanitärer Richtlinien zu einer solchen Entscheidungsfindung. Das muss insbesondere gelten, wenn von einem auf individuellen Rechten basierenden Anspruch (*rights-based approach*) einzelner Betroffener auf das Empfangen humanitärer Hilfe ausgegangen wird (3.1). Die Legitimation einer Verteilungsentscheidung, welche einen solchen Anspruch zurückweist, hängt konsequenterweise maßgeblich von deren Begründung ab. Nur begründete Verteilungsentscheidungen können diskutiert, evaluiert und kritisiert werden. Diese Schritte stellen aber entscheidende Voraussetzungen zur Legitimation von Verteilungsentscheidungen dar (Hurst 2011). Im Kontext der medizinischen humanitären Hilfe stellt sich dabei die dargelegte Problematik, dass bislang kein abschließendes ethisches Konzept für diesen Kontext existiert. Dennoch lassen sich auch hier Argumente identifizieren, anhand derer Verteilungsentscheidungen zumindest teilweise diskutiert und evaluiert werden könnten, solange diese transparent und begründet wären (vgl. 5.). Trotz der Würdigung großer Herausforderungen in der praktischen Umsetzung müssen die vorliegend untersuchten Richtlinien an dieser Stelle kritisiert werden: Denn wie aufgezeigt, lassen sich kohärente Regelungen in den vorliegend untersuchten Richtlinien fast nicht finden und dementsprechend mangelt es auch an einer inhaltlich konsistenten Begründung für getroffene Verteilungsentscheidungen in den Richtlinien. Einzig im ICRC-Code of Conduct lassen sich diesbezüglich konsistente Regelungen in Form des konsequenten Ausschlusses des Alters als Verteilungskriterium in allgemeinen Wertestatements finden (4.2.1.1). Konsistent begründete Verteilungsentscheidungen, deren Regelung diskutiert, evaluiert und kritisiert werden könnten finden sich in den anderen Richtlinien nicht. Dieses bezieht sich sowohl auf die richtlinienimmanente, als auch auf die richtlinienvergleichende Ebene (4.2 und 4.3). Die Diskussion, Evaluation und Kritik von Verteilungskriterien können in den übrigen untersuchten Richtlinien damit immer nur punktuell an einzelnen argumentierenden Stellen der Richtlinien stattfinden, wobei bereits in den Richtlinien selbst an anderer Stelle andersgelagerte Verteilungsentscheidungen getroffen werden. Damit ergibt sich allerdings das Bild inkonsistenter und intransparenter Regelungen in den Richtlinien auf mehreren Ebenen.

Neben der *inhaltlichen* Ausgestaltung von Richtlinien, können auch *prozedurale* Aspekte die Legitimation verteilungsrelevanter Regelungen in Richtlinien beeinflussen (Hurst 2011). Die Legitimation von Regelwerken kann durch das Mitwirken der hiervon Betroffenen im Rahmen von partizipativen Entscheidungsfindungen gefördert werden (Labitzke 2016). Dies

setzt allerdings grundsätzlich transparente und begründete Regelungen voraus (Coulter und Ham 2000). Ein prozedurales Verfahren zur partizipative Entscheidungsfindungen in gesundheitsbezogenen Verteilungsfragen schlagen beispielsweise Daniels und Sabin (1997) vor. Ein solch partizipativer Prozess müsse vier Bedingungen erfüllen (ebd.): Erstens die Bedingung der Öffentlichkeit, welche die mögliche Kenntnisnahme des Entscheidungsprozess durch jedermann erforderlich macht. Zweitens die Bedingung der Relevanz, welche einfordert, dass Verteilungsentscheidungen durch ethische Argumente begründet werden. Drittens die Bedingung der Anfechtung und Revision, welche entsprechende Möglichkeiten der Einflussnahme durch die Betroffenen eröffnen muss. Schließlich viertens die Bedingung der Regulation, welche ein privates oder öffentliches Instrument einfordert, was die Erfüllung der Bedingungen eins bis drei überwacht und reguliert. Die Legitimation von Verteilungsentscheidung würde durch die Einhaltung dieser vier prozeduralen Bedingungen gestärkt (ebd.). Hierauf aufbauend liefert Hurst (2011) einen Vorschlag zur Adaption dieser prozeduralen Bedingungen auf Verteilungsentscheidungen im Kontext der humanitären Medizin.²⁰ Dabei geht es insbesondere um die zusätzlichen diesbezüglichen Schwierigkeiten im besonders gelagerten humanitären Kontext: Bezüglich der Bedingung eines öffentlich zugänglichen Entscheidungsprozesses sei die Information der Betroffenen in akuten Notlagen regelmäßig nur schwer zu realisieren. Umso wichtiger sei es dann, dass Verteilungsentscheidungen transparent gegenüber der eigenen Organisation, den Geldgebern, den lokalen Entscheidungsträgern oder den lokalen Regierungen begründet würden (Hurst 2011). Hinsichtlich der Bedingungen von Revisionsmöglichkeiten bestehe das Problem, dass solche im akuten Krisenfall praktisch ebenfalls nur schwierig zu implementieren seien. Eine Möglichkeit, diese partizipativen Elemente dennoch zu berücksichtigen sei es aber, dass innerhalb der Hilfsorganisation selbst Institutionen geschaffen werden, welche Verteilungsentscheidungen diesbezüglich überprüfen (vgl. Hurst 2011). Damit würde gewissermaßen eine Partizipation in Vertretung durch die Organisationen selbst erfolgen.

Es zeigt sich also, dass die Legitimität von Verteilungsentscheidungen (und damit von Richtlinien, die solche zum Regelungsgegenstand haben) sowohl inhaltlich als auch über prozedurale Vorgehensweisen beeinflusst werden kann. Für die dargestellten Vorschläge stellen Transparenz und Begründetheit der Regelungen ein wesentliches Element dar. Denn nur transparente Regelungen sind der Öffentlichkeit zugänglich und können Diskussion, Widerspruch und Revision ermöglichen. Diesbezüglich müssen die vorliegend untersuchten Richtlinien kritisiert werden, da es aufgrund der aufgezeigten Inkonsistenz an transparenten, ethisch begründeten Regelungen für Verteilungsentscheidungen mangelt. Dies könnte sich negativ auf die Akzeptanz der untersuchten Richtlinien auswirken. Eine höhere Legitimation

²⁰ Bei der Betrachtung der genannten Arbeit ergibt sich, dass Hurst den Begriff der humanitären Medizin weit versteht und hierunter auch Elemente der Entwicklungsarbeit fasst. Er ist damit von dem der vorliegenden Arbeit zugrunde liegenden Begriff der humanitären Hilfe abzugrenzen (vgl. dazu 1.1).

von Verteilungsentscheidungen könnte erreicht werden, wenn transparente, ethisch begründete Verteilungskriterien in einem partizipativ geprägten Entscheidungsprozess gefunden würden.

5.3 Argumente zum Alter als Verteilungskriterium im Lichte interkultureller Altersbilder

Im Folgenden werden Erkenntnisse, die sich aus der Darstellung interkulturell unterschiedlicher Altersbilder (3.4) ergeben, auf die zuvor aufgezeigten Überlegungen zum Alter als Verteilungskriterium (3.3) übertragen. Damit stellt dieser Unterpunkt der Diskussion die eingangs beschriebene, punktuell normative Argumentation der vorliegenden Arbeit dar.

5.3.1 Die Bedeutung interkulturell divergierender Altersbilder für utilitaristische Abwägungen zum Alter als Verteilungskriterium

Verschiedene utilitaristische Argumente führen indirekt zu der Befürwortung einer Bevorzugung jüngerer Menschen bei der Verteilung knapper medizinischer Ressourcen (vgl. 3.3.1). Hierbei wird unter anderem angeführt, dass eine Priorisierung jüngerer Menschen bei der medizinischen Versorgung dem gesellschaftlichen Gemeinwohl dergestalt zuträglicher wäre, dass diese wieder in den Arbeitsmarkt integriert werden könnten. Währenddessen seien ältere Menschen verstärkt Konsumenten gesellschaftlicher Ressourcen (vgl. 3.3.1). Im Sinne einer wirtschaftlichen Kosten-Nutzen-Kalkulation wäre die Priorisierung jüngerer Menschen daher günstiger (vgl. ebd.). Auch wenn hierbei immer wieder hervorgehoben wird, dass sich die Rolle älterer Menschen auch in sogenannten Industriegesellschaften keinesfalls auf das Konsumieren gesellschaftlicher Güter beschränke, so wird die Priorisierung Jüngerer in der utilitaristischen Argumentation eben doch mit einer solchen Kosten-Nutzen-Kalkulation begründet (vgl. 3.3.1). Die dargestellten, abweichenden gesellschaftlicher Rollen von älteren Menschen in sogenannten nichtindustriellen Gesellschaften könnten der aufgezeigten utilitaristischen Argumentation zumindest teilweise entgegengehalten werden. Denn in sogenannten nichtindustriellen Gesellschaften wurde beobachtet, dass sich ältere Menschen regelmäßig und systematisch Fähigkeiten aneignen, welche ihre Versorgung dadurch sichern sollen, dass das Beherrschen der jeweiligen Fähigkeit einen Wert für die Gemeinschaft darstellt (vgl. 3.4). Beispielsweise dienen ältere Menschen in nichtindustriellen Gesellschaften regelmäßig als *Speichermedium* für technisches, rituelles und religiöses Wissen (vgl. 3.4). Solches Wissen ist durchaus als immaterielles Kapital einer Gemeinschaft anzusehen, die eben von technischen, rituellen oder religiösen Kenntnissen der Gemeinschaftsälteren profitiert. Dann aber kommt der Existenz und dem Überleben älterer Gemeinschaftsmitglieder bezogen auf das Gemeinwohl eine verstärkte Bedeutung zu. Ein weiteres Beispiel ist das Übernehmen von Versorgungsrollen durch ältere Menschen: Ein

solches zeigt sich etwa, wenn in Regionen mit hoher HIV-Infektionsrate verstärkt Großeltern die Kindererziehung übernehmen, weil eine erhöhte Mortalitätsrate in der Elterngeneration herrscht (vgl. HelpAge International 2009). Die Relevanz dieser Thematik zeigt sich auch beim Betrachten von Bevölkerungsstatistiken: In Tansania, einem Land mit 43 Millionen Einwohnern im Jahr 2007, gab es im Jahr 2007 etwa 970.000 Waisenkinder im Alter unter 18 Jahren (vgl. Künemund und Tanschus 2011). Hiermit ergibt sich aber nunmehr eine Rolle älterer Menschen, die noch einmal mehr über das Konsumieren gesellschaftlicher Ressourcen hinausgeht, als dies in der oben beschriebenen utilitaristischen Kosten-Nutzen-Kalkulation für sogenannte industriestaatliche Gesellschaften beschrieben wird. Insofern dient die Existenz älterer Menschen in sogenannten nichtindustriellen Gemeinschaften möglicherweise auch in einem utilitaristischen Sinne stärker dem Gemeinwohl, als dieses in sogenannten industriellen Gesellschaftsformen der Fall ist. Damit aber wäre dieses Argument zur priorisierenden Behandlung jüngerer Personen zumindest in Frage zu stellen.

5.3.2 Die Heterogenität von Lebenslaufkonzepten im interkulturellen Kontext als Gegenargument zu den Argumenten der fairen Lebenszeit, der natürlichen Lebensspanne und der klugen Lebensplanung

Wie unter 4.3.2 dargestellt sehen sich das Argument der fairen Lebenszeit von Harris, das Argument der natürlichen Lebensspanne von Callahan und das Argument der klugen Lebensplanung von Daniels allesamt in einem Punkt derselben Kritik ausgesetzt: Normative Schlussfolgerungen zur Begründung einer Priorisierung jüngerer Patienten würden aus der verfehlten Annahme gezogen, dass allgemeingültige Vorstellungen über die Gestaltung eines Lebenslaufes ermittelt werden könnten (3.3.2). Dieses betrifft zunächst das Argument der fairen Lebenszeit: Harris möchte, um willkürliche Entscheidungsergebnisse zu vermeiden, feste Altersgrenzen für die Definition einer fairen Lebenszeit bestimmen (3.3.2.1). Um die Frage zu beantworten, *wie* diese Altersgrenzen zu bestimmen seien, schlägt er angesichts dynamischer Veränderungen in gesellschaftlichen Moralvorstellungen vor, die „vagen Vorstellung vernünftig denkender Personen im konkreten Fall“ hierüber entscheiden zu lassen (3.3.2.1). Ebendieses stellt einen Versuch zur Ermittlung allgemeingültiger Vorstellungen von Altersbildern dar (ebd.). Das Argument der natürlichen Lebensspanne von Callahan zieht eine normative Argumentation ebenfalls aus der Annahme, dass eine natürliche Lebenszeit allgemeingültig zu ermitteln wäre: Denn nur über die Annahme allgemeingültiger Vorstellung darüber, wie sich eine natürliche Lebensspanne definiert, kann die Akzeptanz des Todes als Teil des Lebens (und die hieraus folgende Begrenzung medizinischer Maßnahmen im hohen Alter) an das Erreichen eines fest definierten und allgemein anerkannten Lebensalters geknüpft werden (3.3.2.2). Schließlich bedient sich auch das Argument der klugen Lebensplanung von Norman Daniels – trotz des Versuchs einer alleinigen intrapersonellen Güterverteilung – allgemeingültigen Vorstellungen über das Leben im Alter: Ein kluger Lebensplaner kann im Rahmen der Überlegungen anhand der

Standard-Regel nur dann zu dem Schluss kommen, dass es klüger sei, medizinische Ressourcen vermehrt auf die früheren Lebensabschnitte zu verteilen, wenn er den Lebensabschnitten im Alter weniger Lebensqualität zuspricht (3.3.2.3). Die Behauptung, ein kluger Lebensplaner würde eine solche Beurteilung treffen, kann aber ebenfalls nur dann erfolgen, wenn der Vorstellung über eine verminderte Lebensqualität im Alter allgemeine Gültigkeit zugesprochen wird, da die Klugheit einer solchen Entscheidung eben nur hierüber begründet werden kann (ebd.). Damit sind die Begründungen für eine Priorisierung jüngerer Menschen im Rahmen aller drei Argumente zumindest auch an die Annahme geknüpft, dass allgemeingültige Vorstellungen über die Bewertung verschiedener Lebensphasen ermittelbar wären. Dabei wird letztendlich in jeder angeführten Argumentation davon ausgegangen allgemeingültige Vorstellungen über das Alter würden unter den jeweiligen Umständen die Verteilung knapper Ressourcen an jüngere Menschen befürworten – sei es aufgrund der Beurteilung der Ungerechtigkeit eines zu frühen Versterbens anhand von klaren Altersgrenzen (Harris), wegen der Akzeptanz des Todes nach einer anzuerkennenden gelebten natürlichen Lebensspanne (Callahan) oder als Ergebnis einer klugen Planung, die von einer verminderten Lebensqualität im Alter ausgeht (Daniels). Die Annahme, dass allgemeingültige Vorstellungen überhaupt zu ermitteln wären, wird aber bereits im Hinblick auf die Heterogenität pluralistisch ausgestalteter Gesellschaftsformen in sogenannten industriestaatlichen Gesellschaften kritisiert (3.3.2). Persönliche Präferenzen und Entscheidungen in der Lebenslaufgestaltung sind elementare individuelle Grundfreiheiten im Rahmen libertärer Gesellschaften und stehen damit der Annahme, dass Verteilungsentscheidungen auf der Grundlage allgemeingültiger Vorstellungen entschieden werden könnten, diametral entgegen (Schweda 2013). Die Heterogenität individueller Vorstellungen über einen Lebensverlauf dürfte sich im interkulturellen Rahmen, in welchem humanitäre Hilfe häufig stattfindet, noch einmal verstärken und ausdifferenzieren. Denn wie dargestellt unterliegen Altersbilder und damit die Vorstellungen und Konzepte hinsichtlich eines Lebenslaufes dynamischen Veränderungen, welche sich unter anderem in den interkulturell vielfältigen Zugängen zu Altersbildern zeigen (3.4). Dabei scheint es alles andere als selbstverständlich, dass im interkulturellen Rahmen humanitärer Hilfe kulturübergreifende, allgemeingültige Vorstellungen diesbezüglich zu ermitteln wären. Im Gegenteil zeigen sich hier weitergehende Unterschiede und Ausdifferenzierung – sowohl hinsichtlich der individuellen, als auch bezüglich der kollektivistisch kulturellen Zugängen zu Altersbildern (3.4). Die Art und Weise des Umgangs mit älteren Menschen erfolgt hierbei sehr unterschiedlich und kann bis zu einer Verehrung älterer Gemeinschaftsmitglieder reichen (Künemund und Tanschus 2011). Es ist damit überhaupt nicht selbstverständlich, dass beispielsweise ein Gemeinschaftsältester, der – wieder beispielsweise – aufgrund seines großen Wissens über religiöse Rituale von einer Gemeinschaft verehrt wird, diese ehrbesetzte Lebensphase des Alters als weniger attraktiv im Vergleich zu jüngeren Lebensphasen empfindet. Damit würde aber eine intrapersonelle Verteilungsentscheidung im Sinne der von Daniels beschriebenen klugen Lebensplanung möglicherweise vermehrt Argumente

würdigen müssen, welche für die Verteilung begrenzter medizinischer Ressourcen in die Lebensphase des Alters sprechen. Und es erscheint vor diesem Hintergrund ebenso überhaupt nicht zwingend, dass die natürliche Lebensspanne im Sinne Callahans mit dem erlebten Aufwachsen der Enkelkinder vollendet wird, wenn möglicherweise ein wesentlicher und gesellschaftlich anerkannter Teil des Lebenswerks in dem Ausfüllen der Rolle als geachteter Gemeinschaftsältester gesehen werden könnte. Schließlich dürfte auch die Kritik an Harris Vorschlag, Altersgrenzen über *die vagen Vorstellungen vernünftig denkender Personen im konkreten Fall* (3.3.2.1) zu bestimmen, im beschriebenen interkulturellen Kontext argumentativ gestärkt werden. Denn ein zentraler Kritikpunkt an Harris Vorschlag liegt in der Unschärfe der Bewertungsinstanz von vagen Vorstellungen für die Bestimmung allgemeingültiger Regelungen wie Altersgrenzen (3.3.2.1). Diese Unschärfe dürfte angesichts einer gesteigerten Heterogenität von Altersbildern im interkulturellen Kontext noch einmal anwachsen. Der Kritik an einem Rückgriff auf allgemeingültige Vorstellungen vom Alter und der hierauf begründeten Argumentation für eine Priorisierung Jüngerer ist daher im interkulturellen Rahmen eine zusätzlich verstärkte Bedeutung beizumessen. Konsequenterweise wird damit auch die Kritik an allgemeingültigen Vorstellungen über das Alter als argumentative Grundlage für Verteilungsentscheidungen und damit die Kritik an den genannten Argumenten zur Priorisierung Jüngerer bei der Verteilung knapper medizinischer Ressourcen gestärkt.

Aussagen über interkulturelle Unterschiede in der Wahrnehmung und Bewertung von Altersbildern lassen sich in den untersuchten Richtlinien nur vereinzelt und unspezifisch finden (vgl. 4.4). Dieses bezieht sich einerseits auf die Frage nach Altersdefinitionen. Eine Definition für die Altersgruppen der Kinder und älteren Menschen unter Rücksichtnahme interkultureller Unterschiede findet sich ausschließlich im Sphere-Handbuch (4.4.1). Eine weitere Definition der Altersgruppe älterer Menschen wird in den HelpAge-Richtlinien genannt. Allerdings ist hier die Altersbestimmung rein chronologisch ausgestaltet. Sie bleibt damit unvollständig bezüglich etwaiger kultureller Unterschiede in der Bestimmung von Alter, die regelmäßig nicht allein chronologisch anhand der gelebten Jahre erfolgt (3.4). Die weiteren Richtlinien, welche die Begriffe *ältere Menschen* und *Kinder* verwenden und hierüber auch die Klassifizierung als vulnerable Gruppen vornehmen (STC-Richtlinien; MSF-Richtlinien), treffen keine weiteren Aussagen dazu, wie sie diese Altersgruppen definieren. Weiterhin wird auch die hier behandelte Argumentation der gesteigerten Heterogenität von Altersbildern im interkulturellen Kontext nur vereinzelt und unspezifisch behandelt. Dieses geschieht lediglich über die allgemein gehaltenen Formeln, dass Kultur, Bräuche und Gewohnheiten der betroffenen Gemeinschaft respektiert werden müssten (4.4.2). An dieser Stelle sind explizitere Ausführungen darüber, wie interkulturell unterschiedliche Altersbilder bei Verteilungsentscheidungen zu würdigen sind, zu fordern.

5.4 Ausblick

Aus der Abwesenheit eines umfassend anerkannten ethischen Konzepts der medizinischen humanitären Hilfe ergibt sich gegenwärtig die Schwierigkeit, transparente und belastbare ethische Kriterien zur Beurteilung von Verteilungsentscheidungen im Kontext humanitärer Einsätze aufstellen zu können. Die gegenwärtige Herausforderung auf dem Weg zu einem ethischen Konzept der medizinischen humanitären Hilfe liegt zunächst in der Identifikation diesbezüglich ethisch relevanter Argumente. Gleichzeitig müssen sich real und akut zu treffende Verteilungsentscheidungen in der humanitären Hilfe bereits jetzt moralisch an einem auf Rechten basierenden Anspruch auf die verteilten Ressourcen beurteilen lassen (3.1). Damit stellt sich die Frage nach bestehenden offenen Anforderungen an die theoretische Diskussion bezüglich einer Ethik in der humanitären Hilfe einerseits und an die Implementierung ethischer Argumentationen in angewandte, humanitäre Richtlinien andererseits.

Hinsichtlich des theoretischen Diskurses, der „sich auf den Weg gemacht hat“ (O'Mathuna 2014), ein belastbares ethisches Konzept der humanitären Hilfe zu erarbeiten, muss – um im Bild zu bleiben – gelten, dass der benannte Weg weiter gegangen wird. Hierbei dürfte eine entscheidende zukünftige Aufgabe darin liegen, die identifizierten verschiedenen ethischen Ansätze und Argumentationen dergestalt weiterzuentwickeln, dass das Entwickeln eines belastbaren ethischen Konzepts der humanitären Hilfe gelingen kann. Dabei muss insbesondere auch berücksichtigt werden, inwiefern Argumente aus hilfeempfangenden Kontexten identifiziert und normativ berücksichtigt werden können. Einen punktuellen Beitrag der diesbezüglichen Argumentation versucht die vorliegende Arbeit zu leisten, indem interkulturell unterschiedliche Bewertungen von Altersbildern auf Argumente zum Alter als Verteilungskriterium übertragen werden (5.3). Weiterhin dürfte sich auf dem Weg zu einem ethischen Konzept der humanitären Hilfe die Frage stellen, inwiefern sich die identifizierten Ansätze und Argumente systematisieren lassen. Dieses wäre für ein argumentativ belastbares ethisches Konzept erforderlich, um im Falle eines Konflikts mehrerer Prinzipien darauf zurückzugreifen (Schwartz et al. 2014). Zudem stellt sich die Frage, welche Anforderungen an eine Spezifizierung der einzelnen Argumente und Prinzipien gestellt werden müssen, um diese auf neue Einzelfälle anwenden zu können (Clarival und Biller-Andorno 2014). Auch hierzu scheint eine verstärkte Berücksichtigung von spezifizierenden Argumentationen und Verständnissen aus den hilfeempfangenden Gesellschaften notwendig.

Empirisch ergeben sich vor allem Fragestellungen, welche die Anwendung einschlägiger Richtlinien im humanitären Einsatz zum Gegenstand haben. Denkbar wäre es humanitäre Helfer*innen über reale Verteilungsentscheidungen auf der Grundlage von Richtlinienvorgaben zu befragen. Dabei könnte danach gefragt werden, inwiefern (in)konsistente Verteilungskriterien in den Richtlinien sich im Einsatz auswirkten und welche Erkenntnisse sich hieraus für das Erstellen künftiger Richtlinien ergeben könnten. Zunächst stellen sich hierbei Fragen bezüglich des Bedarfs humanitärer Helfer*innen an transparenten

Regelungen, denn bisherige Untersuchungen zeigten erhebliche psychische Belastungen für diese, wenn sie Verteilungsentscheidungen treffen mussten, ohne dabei auf anleitende Regelungen zurückgreifen zu können (Sinding et al. 2010). Weiterhin könnte danach gefragt werden inwiefern Kriterien, welche nicht in Richtlinien beschrieben wurden für die Entscheidungsfindung hinzugezogen wurden. Hierüber könnten auch solche Argumente identifiziert werden, welche nicht vom Regelungsgehalt der Richtlinien erfasst wurden. Im interkulturellen Kontext der humanitären Hilfe scheint es überdies wichtig zu erfahren, inwiefern es zu Konflikten mit den Empfangenden humanitärer Hilfe in Bezug auf die Bewertung von Verteilungskriterien kam. In diese Richtung fragend könnten auch empirische Untersuchungen in hilfeempfangenden Gemeinschaften hinsichtlich der Beurteilung von Verteilungsentscheidungen erfolgen. In spezifischeren Fragestellungen könnte versucht werden ethische Argumente zu identifizieren, welche diesen Beurteilungen zugrunde liegen. Die etwaige Identifikation von ethischen Argumenten über empirische Untersuchungen in hilfeempfangenden Kontexten scheint auch für die Entwicklung eines ethischen Konzepts der humanitären Hilfe besonders wichtig, da sich möglicherweise interkulturell unterschiedliche Argumentationen auch in Bezug auf die Beurteilung von Verteilungsentscheidungen ergeben. Ebendiese Identifikation stellt einen wesentlichen Schritt auf dem Weg zur Entwicklung eines etwaigen künftigen ethisch belastbaren Konzepts der medizinischen humanitären Hilfe dar.

Auf anwendungsbezogener Ebene ist eine fortschreitende Implementierung transparenter, ethisch begründeter Argumentationen in Bezug auf Verteilungsentscheidungen in humanitären Richtlinien zu fordern. Sozusagen als Goldstandard würden solche Verteilungskriterien natürlich auf einem umfassenden und belastbaren ethischen Konzept beruhen und an einem solchen diskutiert werden können. Ein Fortschritt in der Implementierung ethischer Argumente muss aber nicht zwangsläufig darauf warten, dass ein solches Konzept erst in abgeschlossener Form entwickelt wird. Auch prozedurale Aspekte könnten entscheidend zur Legitimation von Verteilungsentscheidungen beitragen. Insbesondere über transparente Entscheidungskriterien und über die Implementierung partizipativer Elemente bei Verteilungsentscheidungen könnte eine erhöhte Legitimation von Richtlinien erreicht werden (5.2.2). Dieses beinhaltet das Einrichten von Elementen der inhaltlichen Diskussion, Evaluation und Revision von Verteilungsentscheidungen. Von entscheidender Bedeutung für die Legitimation solcher Entscheidungen ist der Umstand, dass diese Diskussion, Evaluation und Revision nicht lediglich von humanitären Organisationen selbst, sondern auch auf Seite der hilfeempfangenden Gesellschaften stattfinden (5.2.2).

6 Zusammenfassung

Im besonders ressourcenarmen Kontext medizinischer humanitärer Hilfe müssen regelmäßig Verteilungsentscheidungen bei der Auswahl priorisiert zu behandelnder Patient*innen getroffen werden. Fraglich ist dabei, anhand welcher Kriterien eine solche Auswahl erfolgen kann und ob das Alter der Betroffenen hierbei Berücksichtigung findet. Bei der ethischen Betrachtung der Thematik stellt sich ein grundsätzliches Problem: Ein anerkanntes ethisches Konzept der medizinischen humanitären Hilfe, an welchem auch Verteilungsentscheidungen abschließend diskutiert werden könnten, existiert bislang nicht. Die Annäherung an einen ethischen Zugang zu diesem Feld muss daher über die Identifikation verschiedener ethischer Ansätze und Argumente aus anderen Bereichen erfolgen. Für humanitäre Helfer*innen stellen Verteilungsentscheidungen gleichzeitig einen maßgeblichen ethischen Konflikt ihrer gegenwärtigen Tätigkeit dar. Vor diesem Hintergrund könnte humanitären Richtlinien als Entscheidungsressource eine große praktische Relevanz zuteil werden. In diesem Rahmen liegt der vorliegenden Arbeit eine zweigleisige Fragestellung zugrunde. Zunächst sollten ethische Ansätze und Argumente identifiziert werden, die im beschriebenen Kontext für eine Beurteilung des Alters als Verteilungskriterium von Relevanz sein könnten. Weiterhin sollten die Regelungen von ausgewählten humanitären Richtlinien bezüglich des Alters als Verteilungskriterium sichtbar gemacht werden. Der erste Teil der Bearbeitung erfolgte dabei über die Zugangsweise einer deskriptiv-ethischen Problemanalyse, während die Richtlinienanalyse im Rahmen einer qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring erfolgte. Beide Teile sind über eine theoriegeleitete Kategorienbildung im Rahmen der qualitativen Inhaltsanalyse eng miteinander verwoben.

Zur Identifikation etwaig anwendbarer ethischer Ansätze und Argumente hinsichtlich des Alters als Verteilungskriterium im Kontext medizinischer humanitärer Hilfe wurde zunächst die Vielzahl hierbei relevanter Perspektiven dargestellt: Aspekte zur globalen Gerechtigkeit, Prinzipien aus den Bereichen der klinischen Bio- und Medizinethik und Prinzipien einer Public-Health-Ethik stehen dabei in einem Spannungsverhältnis. Im interkulturellen Kontext, in welchem humanitäre Hilfe regelmäßig stattfindet, müssen zudem interkulturell divergierende Perspektiven (im vorliegenden Rahmen auf Altersbilder) gewürdigt werden. Argumente für das Alter als Verteilungskriterium ergeben sich in diesem Kontext aus utilitaristischen Ansätzen und aus Argumenten, welche dem Konzept des *priority views* zugeordnet wurden (Argumente der fairen Lebenszeit, der natürlichen Lebensspanne und der klugen Lebensplanung). An diesem Punkt liefert die Arbeit eine normative Argumentation, indem Erkenntnisse aus der Darstellung interkulturell unterschiedlich bewerteter Altersbilder auf die soeben dargestellten Argumente angewandt werden. Dabei lässt sich zunächst die Kritik an einer utilitaristischen Argumentation, welche die Bevorzugung jüngerer Menschen als vorteilhaft im Sinne einer gesamtgesellschaftlichen Kosten-Nutzen-Abwägung ansieht, argumentativ verstärken. Auch die Kritik an den Argumenten der fairen Lebenszeit, der natürlichen Lebensspanne und der klugen

Lebensplanung, denen jeweils entgegengehalten wird, dass sie sich letztlich auf allgemeingültige Vorstellungen über die Konzeption von Lebensläufen berufen, erhärtet sich im Lichte einer größeren Heterogenität von Altersbildern im interkulturellen Kontext humanitärer Hilfe.

Die Analyse ausgewählter Richtlinien zeigte zunächst, dass diese diffuse Regelungen hinsichtlich des Alters als Verteilungskriterium formulieren. Lediglich eine der acht untersuchten Richtlinien beinhaltet diesbezüglich konsistente Aussagen, indem das Alter als Verteilungskriterium konsequent ausgeschlossen wird. Alle anderen untersuchten Richtlinien beinhalten diesbezüglich inkonsistente Regelungen. Inkonsistenzen bestehen dabei sowohl textimmanent in den einzelnen Richtlinien, als auch richtlinienvergleichend, was bei einer parallelen Anwendung mehrerer Richtlinien relevant ist. Die inhaltliche Ausgestaltung dieser Regelungen erfolgt in den Richtlinien zum einen durch die Artikulation allgemeiner Wertestements, welche eine Heterogenität an ethischen Argumenten für und gegen das Alter als Verteilungskriterium aufweisen. Zum anderen beinhalten die Richtlinien konkrete Handlungsanweisungen, welche explizit oder implizit zu einer Priorisierung anhand des Alterskriteriums führen. Widersprüche konnten damit auch in einzelnen Richtlinien und richtlinienvergleichend zwischen allgemeinen Wertestements und konkreten Handlungsanweisungen aufgezeigt werden. Ausführungen über die Berücksichtigung interkultureller Unterschiede in der Bewertung von Altersbildern finden sich in den untersuchten Richtlinien nur vereinzelt und sehr allgemein gehalten.

Ein gelingendes Formulieren transparenter, ethisch begründeter Verteilungskriterien brächte trotz großer argumentativer Schwierigkeiten Vorteile auf mehreren Ebenen mit sich. Zunächst wäre ein Anstieg der finanziellen Unterstützung durch potentielle Investoren angesichts nachvollziehbarer und selbstwirksamer Investitionen zu erwarten. Gleichzeitig könnte eine effektivere Nutzung der knappen Ressourcen durch eine bessere Planbarkeit erreicht werden. Weiterhin könnten sich transparente Verteilungskriterien positiv auf die Legitimation humanitärer Richtlinien als Entscheidungsressource auswirken. So könnte die inhaltliche Auseinandersetzung mit diesen in Form von Diskussion, Kritik und Evaluation erfolgen und ein (an Transparenz geknüpft) Einführen partizipativer Elemente bei der Entscheidungsfindung die Legitimation von Verteilungsentscheidungen in humanitären Richtlinien stärken.

7 Anhang

Tabelle A1: Kategoriendefinitionen der deduktiv gebildeten Hauptkategorien

Name der Kategorie	Inhaltliche Beschreibung	Anwendung der Kategorie	Beispiele	Abgrenzung
Summenutilitarismus	Solche Aussagen, die eine Maximierung des gesamtgesellschaftlichen Wohlergehens als Handlungsmaßgabe fordern	<ul style="list-style-type: none"> -Rettung der meisten Lebensjahre -Berücksichtigung der Lebensqualität der zu rettenden Personen -Einbezug des gesellschaftlichen Nutzens der geretteten Personen -Priorisierung von Patienten, deren Behandlung ressourcenschonender ist 	"The physician must act according to the needs of patients and the resources available. He/she should attempt to set an order of priorities for treatment that will save the greatest number of lives and restrict morbidity to a minimum." (WMA-Disaster-Richtlinien, S. 4)	<ul style="list-style-type: none"> - Nicht kodiert, wenn die Rettung der meisten Leben als solche unabhängig von der Ressourcenintensität der Behandlung geregelt wird (Abgrenzung zum Code: „Ausschluss des Alterskriteriums“)
Priority View	Solche Aussagen, die eine altersorientierte Priorisierung begründen	Sämtliche Aussagen, die explizit oder implizit zu einer Priorisierung anhand des Alterskriteriums bei der Allokation knapper Ressourcen führen	"The first international declaration of children's rights, drafted by Eglantyne Jebb in 1923, asserted that the child must be first to receive relief in times of distress. Ever since, the organisation has had a clear mandate to respond to the needs of children in emergencies" (STC-Richtlinien, S. 20)	<ul style="list-style-type: none"> - Nicht kodiert bei einem Ausschluss der Allokation anhand des Alterskriteriums - Nicht kodiert bei utilitaristischen Argumentationen, die zu einer Priorisierung jüngerer Personen führen (dann Kategorie Summenutilitarismus) - Nicht kodiert, wenn eine Priorisierung bei der Ressourcenverteilung über eine Bevorzugung bei der vulnerabilitätsspezifischen Bedürfnisermittlung erfolgt (dann Kategorie Vulnerabilitätsspezifische Bedürfnisermittlung)

Name der Kategorie	Inhaltliche Beschreibung	Anwendung der Kategorie	Beispiele	Abgrenzung
Vulnerabilitätsspezifische Bedürfnisermittlung	Solche Aussagen, die vulnerable Gruppen über das Alter bestimmen und bei der Berücksichtigung vulnerabilitätsspezifischer Bedürfnisse eine Altersgruppe bevorzugen	Bevorzugung einer vulnerablen Altersgruppe gegenüber anderen vulnerabler Altersgruppen bei deren spezifischer Bedürfnisermittlung	"Da Kinder oft einen beträchtlichen Teil der betroffenen Bevölkerung repräsentieren, ist es entscheidend, dass ihre Meinungen und Erfahrungen nicht nur während der Notfallbeurteilungen und Planung eruiert werden, sondern auch die humanitäre Leistungserbringung und deren Überwachung und Evaluierung beeinflussen." (Sphere-Handbuch, S. 16)	<p>Nicht kodiert, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> - die Zuordnung von Alten und Jungen zu vulnerablen Gruppen stattfindet, aber eine gleichstarke Berücksichtigung der vulnerabilitätsspezifischen Bedürfnisse vorgesehen ist. - lediglich die Zuordnung zu vulnerablen Gruppen stattfindet, sich aber keine behandlungsgestaltende Konsequenz daraus ergibt
Ausschluss des Alterskriteriums	Solche Aussagen, die eine Priorisierung anhand von Alterskriterien ausschließen	Beim Benennen von Positionen, welche eine Verteilung anhand des Alters ausschließen	"Nursing care is respectful of and unrestricted by considerations of age, colour, creed, culture, disability or illness, gender, sexual orientation, nationality, politics, race or social status." (ICN-Richtlinien, S.1)	<ul style="list-style-type: none"> - Abgrenzung zu Code "Vulnerabilitätsspezifische Bedürfnisermittlung": Wenn eine gleiche Behandlung der altersspezifischen vulnerablen Gruppen stattfindet, so ist die Textstelle hier zu kodieren - Abgrenzung zu Code "Summenutilitarismus": Bei der Rettung der meisten Leben als solche Kodierung mit Code "Summenutilitarismus", wenn sich aufgrund der Ressourcenknappheit über das Kriterium der Ressourcenintensität eine Posteriorisierung älterer Menschen ergeben kann

Name der Kategorie	Inhaltliche Beschreibung	Anwendung der Kategorie	Beispiele	Abgrenzung
Interkulturelle Altersbilder	Solche Aussagen, die Altersdefinitionen treffen oder eine Berücksichtigung kulturell unterschiedlicher Altersbilder bei der Ressourcenverteilung eröffnen	Bei Aussagen, welche Aussagen über interkulturelle Divergenzen in Altersbildern machen und hierüber die Ressourcenverteilung anhand des Alterskriteriums beeinflussen könnten	<ul style="list-style-type: none"> - "Als ältere Männer und Frauen gelten nach den Vereinten Nationen Menschen im Alter von über 60 Jahren [...]" (Sphere-Handbuch, S. 18) - "The physician must respect the customs, rites and religions of the patients" (WMA-Patienten-Richtlinien, S. 4) 	

8 Literaturverzeichnis

- Ahounfack A: Alter, Altern und ältere Menschen in Kamerun: Alterität - Kollektives Gedächtnis. In: Zimmermann HP, Kruse A, Rentsch T (Hrsg.): Kulturen des Alterns: Plädoyers für ein gutes Leben bis ins hohe Alter. Campus Verlag, Frankfurt 2016, 63–70
- Aldrian S, Nau T, Koenig F, Vécsei V (2005): Geriatric polytrauma. *Wien Klin Wochenschr* **117**, 145–149
- Atlani-Duault L, Brown L, Fried L (2018): The elderly: an invisible population in humanitarian aid. *Lancet Public Health* **3**, e14
- Beauchamp TL, Childress JF: Principles of Biomedical Ethics. 7. Auflage; Oxford University Press, New York 2012
- Behmer K: Humanitäre Hilfe - für wen? In: Dijkzeul D, Lieser J (Hrsg.): Handbuch Humanitäre Hilfe. Springer, Berlin 2013, 157–170
- Benatar S (2006): Facing ethical challenges in rolling out antiretroviral treatment in resource-poor countries: Comment on “They call it ‘patient selection’ in Khayelitsha”. *Camb Q Healthc Ethics* **15**, 322–330
- Bernstein S: Zwischen Technikglaube und Selbstbestimmung – Einfrieren von Eizellen gesunder Frauen in der ethischen Debatte. Med. Diss. Göttingen 2016
- Brantl D, Ehmer J, Lausecker W, Höffe O: Zum Wandel und zur Veränderbarkeit von Altersbildern. In: Kocka J, Staudinger UM (Hrsg.): Altern in Deutschland - Bilder des Alterns im Wandel. Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina, Halle (Saale) 2009, 235–244
- Bravo Vergel Y, Sculpher M (2008): Quality-adjusted life years. *Pract Neurol* **8**, 175–182
- Brock DW: Ethik und Altersrationierung in der Medizin: ein konsequentialistischer Standpunkt. In: Marckmann G (Hrsg.): Gesundheitsversorgung im Alter: Zwischen ethischer Verpflichtung und ökonomischem Zwang. Schattauer, Stuttgart 2003, 89–115
- Bujo B: Die Ethische Dimension der Gemeinschaft: Das Afrikanische Modell Im Nord-Süd-Dialog. Herder, Freiburg 1993
- Calain P (2012): In Search of the ‘New Informal Legitimacy’ of Médecins Sans Frontières. *Public Health Ethics* **5**, 56–66
- Callahan D: Setting Limits: Medical Goals in an Aging Society. Simon and Schuster, New York 1987
- Callahan D: Setting Limits: Medical Goals in an Aging Society with „A Response to My Critics“. 2. Auflage; Georgetown University Press, Washington, D.C. 1995
- Chen YX, Wang JY, Guo SB (2016): Use of CRB-65 and quick Sepsis-related Organ Failure Assessment to predict site of care and mortality in pneumonia patients in the emergency department: a retrospective study. *Crit Care* **20**, 167–176

- Clarival C, Biller-Andorno N (2014): Challenging Operations: An Ethical Framework to Assist Humanitarian Aid Workers in their Decision-making Processes. *PLoS Curr* 6, 6–23
- Clouser KD, Gert B (1990): A critique of principlism. *J Med Philos* 15, 219–236
- Cookson R, Dolan P (2000): Principles of justice in health care rationing. *J Med Ethics* 26, 323–329
- Coulter A, Ham C: *The Global Challenge of Health Care Rationing*. Open University Press, Charlottesville 2000
- Crigger NJ, Holcomb L (2007): Practical Strategies for Providing Culturally Sensitive, Ethical Care in Developing Nations. *J Transcult Nurs* 18, 70–76
- Daniels N: *Just Health Care*. Cambridge University Press, Cambridge 1985
- Daniels N: *Am I My Parents' Keeper?: An Essay on Justice Between the Young and the Old*. Oxford University Press, New York 1988
- Daniels N: International health inequalities and global justice: toward a middle ground. In: Brock G, Benatar S (Hrsg.): *Global Health and Global Health Ethics*. Cambridge University Press, Cambridge 2011, 97–107
- Daniels N, Sabin J (1997): Limits to health care: fair procedures, democratic deliberation, and the legitimacy problem for insurers. *Philos Public Aff* 26, 303–350
- de Waal A (2010): The humanitarians' tragedy: escapable and inescapable cruelties. *Disasters* 34, 130–137
- Dijkzeul D, Reinhard D: Das internationale humanitäre System und seine Akteure. In: Dijkzeul D, Lieser J (Hrsg.): *Handbuch Humanitäre Hilfe*. Springer, Berlin 2013, 77–104
- Durocher E, Chung R, Rochon C, Henrys JH, Olivier C, Hunt MR (2017): Ethical questions identified in a study of local and expatriate responders' perspectives of vulnerability in the 2010 Haiti earthquake. *J Med Ethics* 43, 613–617
- Düwell M: Normative Ethik. In: Hübenthal C, Wils JP (Hrsg.): *Lexikon der Ethik*. Brill | Schöningh, Paderborn 2006, 279–285
- Düwell M, Hübenthal C, Werner MH: *Handbuch Ethik*. 3. Auflage; J.B. Metzler, Stuttgart Weimar 2011
- Ehmer J: Altersbilder im Spannungsfeld von Arbeit und Ruhestand. In: Kocka J, Staudinger UM (Hrsg.): *Altern in Deutschland - Bilder des Alterns im Wandel*. Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina, Halle (Saale) 2009, 209–234
- Elwert-Kretschmer K: Vom richtigen Essen in Cotonou. In: Griefenow-Mewis C (Hrsg.): *Afrikanische Horizonte: Studien zu Sprachen, Kulturen und zur Geschichte*. Harrassowitz Verlag, Wiesbaden 2007, 157–170
- Elwert-Kretschmer K, Elwert G: Überleben ist nichts Natürliches. Alt und Jung im interkulturellen Vergleich. In: Lepenies A (Hrsg.): *Alt & jung: das Abenteuer der Generationen*. Stroemfeld, Basel 1997, 41–47
- Eyetssemitan FE, Gire JT: *Aging and Adult Development in the Developing World: Applying Western Theories and Concepts*. Greenwood, Westport 2003

- Ford N, Zachariah R, Mills E, Upshur R (2010): Defining the Limits of Emergency Humanitarian Action: Where, and How, to Draw the Line? *Public Health Ethics* **3**, 68–71
- Formanek S: Altersbilder im traditionellen und im gegenwärtigen Japan. In: Altern in Deutschland - Bilder des Alterns im Wandel. Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina, Halle (Saale) 2009, 59–85
- Fraser V, Hunt MR, Schwartz L, Laa S: Humanitarian Health Ethics Analysis Tool: HHEAT Handbook. McGill-Queen's University Press, Montreal 2014
- Fraser V, Hunt MR, de Laa S, Schwartz L (2015): The Development of a Humanitarian Health Ethics Analysis Tool. *Prehosp Disaster Med* **30**, 412–420
- Gates M, Gates B: Foreword. In: Jamison DT, Gelband H, Horton S, Jha P, Laxminarayan R, Mock CN, Nugent R (Hrsg.): Disease Control Priorities - Improving Health and Reducing Poverty. International Bank for Reconstruction and Development, Washington, D.C 2018, 9–10
- Gavazzi G, Herrmann F, Krause KH (2004): Aging and infectious diseases in the developing world. *Clin Infect Dis* **39**, 83–91
- Gerhard C: Praxiswissen Palliativmedizin: Konzepte für unterschiedlichste palliative Versorgungssituationen. Thieme, Stuttgart 2014
- Göckenjan G: Vom Greis zum Rentner - Alter als soziale Leistung. In: Ruppert S (Hrsg.): Lebensalter und Recht: Zur Segmentierung des menschlichen Lebenslaufs durch rechtliche Regelungen seit 1750. Klostermann, Vittorio, Frankfurt am Main 2010, 187–206
- Graß H, Walentich G, Rothschild MA, Ritz-Timme S (2007): Gewalt gegen alte Menschen in Pflegesituationen. *Rechtsmedizin* **17**, 367–371
- Hakewill PA (1997): Doctoring beyond frontiers. *Med J Aust* **167**, 618–621
- Halpern P, Larkin GL: Ethical Issues in the Provision of Emergency Medical Care in Multiple Casualty Incidents and Disasters. In: Ciotto GR, Anderson PD, Der Heide EA, Darling RG, Jacoby I, Noji E, Suner S (Hrsg.): Disaster Medicine. Mosby, Philadelphia 2006, 63–70
- Härle W: Ethik. de Gruyter, Berlin 2011
- Harris J: The value of life. Routledge & Kegan Paul, London 1985
- Harris J: Der Wert des Lebens: Eine Einführung in die medizinische Ethik. Oldenburg Akademieverlag, Berlin 1995
- Heinicke C, Erkißon L, Saxena A, Reis A: Universelle Gesundheitssicherung. Konzeptionelle Grundlagen und der Beitrag nationaler Ethikräte. In: Frewer A, Bielefeldt H (Hrsg.): Das Menschenrecht auf Gesundheit: normative Grundlagen und aktuelle Diskurse. transcript, Bielefeld 2016, 169–194
- HelpAge International (2009): Older People in disasters and humanitarian crisis: Guidelines for best practice. <https://www.helpage.org/silo/files/older-people-in-disasters-and-humanitarian-crises-guidelines-for-best-practice.pdf>; abgerufen 13.08.2022
- Herdegen M: Völkerrecht (Grundrisse des Rechts). 20. Auflage; C.H. Beck, München 2021

- Hick JL, O’Laughlin DT (2006): Concept of operations for triage of mechanical ventilation in an epidemic. *Acad Emerg Med* 13, 223–229
- Hick JL, Hanfling D, Cantrill SV (2012): Allocating scarce resources in disasters: emergency department principles. *Ann Emerg Med* 59, 177–187
- Hillmann KH: Wörterbuch der Soziologie. 4. Auflage; Alfred Kröner Verlag, Stuttgart 1994
- Hitzler R, Honer A: Einleitung: Hermeneutik in der deutschsprachigen Soziologie heute. In: Hitzler R, Honer A (Hrsg.): *Sozialwissenschaftliche Hermeneutik: Eine Einführung*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 1997, 7–27
- Höffe O: Bilder des Alters und des Alterns im Wandel. In: Kocka J, Staudinger UM (Hrsg.): *Altern in Deutschland - Bilder des Alterns im Wandel*. Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina, Halle (Saale) 2009, 11–24
- Holland S: *Public Health Ethics*. Blackwell Publishers, Cambridge 2007
- Horster D: *Ethik*. Reclam, Stuttgart 2009
- Huber M (2013): Leitlinien: Gerüst, nicht Korsett. *Osterr Arzteztg* 58, 22–23
- Hübner D: *Einführung in die philosophische Ethik*. UTB, Göttingen 2014
- Hunt MR (2011): Establishing moral bearings: ethics and expatriate health care professionals in humanitarian work. *Disasters* 35, 606–622
- Hunt MR, Schwartz L, Fraser V (2013): „How far do you go and where are the issues surrounding that?“ Dilemmas at the boundaries of clinical competency in humanitarian health work. *Prehosp Disaster Med* 28, 502–508
- Hunt MR, Schwartz L, Sinding C, Elit L (2014): The ethics of engaged presence: a framework for health professionals in humanitarian assistance and development work. *Dev World Bioeth* 14, 47–55
- Hunter D, Dawson AJ: Is there a need for global health ethics? For and against. In: Brock G, Benatar S (Hrsg.): *Global Health and Global Health Ethics*. Cambridge University Press, Cambridge 2011, 77–88
- Hurst S, Mezger N, Mauron A: Allocating resources in humanitarian medicine. In: Benatar SR, Brock G (Hrsg.): *Global health and global health ethics*. Cambridge University Press, Cambridge 2011, 173–183
- International Council of Nurses (2012): *The ICN Code of Ethics for Nurses*.
<https://www.choiceforum.org/docs/eth.pdf>, abgerufen am 23.08.2022
- International Conference of the Red Cross and Red Crescent (1994): *Code of Conduct for the International Red Cross and Red Crescent Movement and Non-Governmental Organizations (NGOs) in Disaster Relief*. <https://www.ifrc.org/document/code-conduct-international-red-cross-and-red-crescent-movement-and-ngos-disaster-relief>; abgerufen am 23.08.2022
- Iseron KV (2014): Tackling the global challenge: humanitarian catastrophes. *West J Emerg Med* 15, 231–240

- Kapiriri L, Norheim OF (2004): Criteria for priority-setting in health care in Uganda: exploration of stakeholders' values. *Bull World Health Organ* 82, 172–179
- Kar N (2009): Psychological impact of disasters on children: review of assessment and interventions. *World J Pediatr* 5, 5–11
- Karadag OC, Kerim H (2012): Ethical Dilemmas in Disaster Medicine. *Iran Red Crescent Med J* 14, 602–612
- Karunakara U, Stevenson F (2012): Ending Neglect of Older People in the Response to Humanitarian Emergencies. *PLoS Med* 9, 1–4
- Keller B: Ethik - eine Annäherung. In: Merten U, Zängl P (Hrsg.): *Ethik und Moral in der Sozialen Arbeit: Wirkungsorientiert – kontextbezogen – habitusbildend*. Verlag Barbara Budrich, Opladen 2016, 21–48
- Köberer N: *Advertorials in Jugendprintmedien: Ein medienethischer Zugang*. Springer Fachmedien, Wiesbaden 2014
- Krennerich M: Das Menschenrecht auf Gesundheit. Grundzüge eines komplexen Rechts. In: Frewer A, Bielefeldt H (Hrsg.): *Das Menschenrecht auf Gesundheit: normative Grundlagen und aktuelle Diskurse*. transcript, Bielefeld 2016, 57–92
- Kruse A: *Altersbilder in anderen Kulturen*. Robert Bosch Stiftung, Stuttgart 2009
- Kruse A: *Eine neue Kultur des Alterns*. 10. Auflage; DZA, Berlin 2019
- Kuckartz U: *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. 3. Auflage; Beltz Juventa, Weinheim 2016
- Künemund H, Tanschus N: Generationenbeziehungen in alternden Gesellschaften. In: Kollwe C, Schenkel E (Hrsg.): *Alter: unbekannt: Über die Vielfalt des Älterwerdens. Internationale Perspektiven*. transcript Verlag, Bielefeld 2011, 113–132
- Labitzke J: *Mehr partizipative Demokratie wagen: Zum Umgang der Europäischen Kommission mit Online-Konsultationen*. Springer Fachmedien, Wiesbaden 2016
- Leenen HJ (1982): Selection of patients. *J Med Ethics* 8, 33–36
- Lieser J: Was ist humanitäre Hilfe? In: Lieser J, Dijkzeul D (Hrsg.): *Handbuch Humanitäre Hilfe*. Springer, Berlin 2013, 9–28
- Lin JY, Anderson-Shaw L (2009): Rationing of resources: ethical issues in disasters and epidemic situations. *Prehosp Disaster Med* 24, 215–221
- Lowry C, Schüklenk U (2009): Two Models in Global Health Ethics. *Public Health Ethics* 2, 276–284
- Macklin R (2006): No Shortage of Dilemmas: Comment on “They Call It ‘Patient Selection’ in Khayelitsha”. *Camb Q Healthc Ethics* 15, 313–321
- Marckmann G: Alter als Kriterium in der Gesundheitsversorgung. In: Schöne-Seifert B, Buyx Alena, Ach JS (Hrsg.): *Gerecht behandelt?: Rationierung und Priorisierung im Gesundheitswesen*. Mentis, Paderborn 2006, 163–181

- Mayring P: Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. 11. Auflage; Beltz, Weinheim 2010
- Mayring P, Fenzl T: Qualitative Inhaltsanalyse. In: Baur N, Blasius J (Hrsg.): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Springer VS, Wiesbaden 2014, 543–559
- Mazurana D, Benelli P, Walker P (2013): How sex- and age-disaggregated data and gender and generational analyses can improve humanitarian response. *Disasters* 37, 68–82
- McGough LJ, Reynolds SJ, Quinn TC, Zenilman JM (2005): Which Patients First? Setting Priorities for Antiretroviral Therapy Where Resources Are Limited. *Am J Public Health* 95, 1173–1180
- McGregor M (2003): Cost-utility analysis: use QALYs only with great caution. *CMAJ* 168, 433–434
- Mesaki S: The Tragedy of Ageing: Witch Killings and Poor Governance among the Sukuma. In: Haram L, Yamba B (Hrsg.): Dealing with Uncertainty in Contemporary African Life. Nordiska Afrikainstitutet, Stockholm 2009, 72–90
- Michael M, Zwi AB (2002): Oceans of Need in the Desert: Ethical Issues Identified While Researching Humanitarian Agency Response in Afghanistan. *Dev World Bioeth* 2, 109–130
- MSF (2008): Guidelines for assessment in emergencies.
<https://www.icrc.org/en/doc/resources/documents/publication/p118009.htm>; abgerufen am 23.08.2022
- MSF (2012): Older People in crises: A review of MSF's approach to vulnerability and needs.
https://kipdf.com/older-people-in-crisis_5aaec0e91723dd78066452a0.html; abgerufen 13.08.2022
- Müller H (1986): Demographische Grundlagen von Generationsklassensystemen In Ost-Afrika. *Paideuma* 32, 65–85
- Müller L: Grenzen der Medizin im Alter?: Sozialethische und individuellethische Diskussion. Theologischer Verlag, Zürich 2010
- Murove MF (2005): African Bioethics: An Explanatory Discourse. *J Study Relig* 18, 16–36
- Musschenga B: Deskriptive Ethik. In: Hübenthal C, Wils JP (Hrsg.): Lexikon der Ethik. Brill Schöningh, Paderborn 2006, 279–285
- Nagel T (2005): The Problem of Global Justice. *Philos Public Aff* 33, 113–147
- Norheim OF (2016): Ethical priority setting for universal health coverage: challenges in deciding upon fair distribution of health services. *BMC Med* 14, 1–4
- O’Laughlin DT, Hick JL (2008): Ethical issues in resource triage. *Respir Care* 53, 190–197
- O’Mathuna D: Disaster Bioethics: An Introduction. In: O’Mathuna D, Gordijn B, Clarke M (Hrsg.): Disaster Bioethics: Normative Issues when nothing is normal. Springer Netherlands, Dordrecht 2014, 3–12
- O’Mathuna D (2015): Ideal and Nonideal Moral Theory for Disaster Bioethics. *Hum Affairs* 26, 8–17

- Orth HG, Schicktanz S (2017): The Vulnerability of Study Participants in the Context of Transnational Biomedical Research: From Conceptual Considerations to Practical Implications. *Dev World Bioeth* **17**, 121–133
- Parfit D (1997): Equality and Priority. *Ratio* **10**, 202–221
- Persad G, Wertheimer A, Emanuel EJ (2009): Principles for allocation of scarce medical interventions. *Lancet* **373**, 423–431
- Petrini C (2010): Triage in public health emergencies: ethical issues. *Intern Emerg Med* **5**, 137–144
- Pieper A: Einführung in die Ethik. 6. Auflage; UTB, Tübingen 2007
- Pogge T: The Bounds of Nationalism. In: Orsi G, Seelmann K, Smid S, Steinvorth U (Hrsg.): *Internationale Gerechtigkeit*. Lang, Frankfurt a.M 1997, 55–90
- Rainews (2020): Arzt aus Bergamo: „Coronavirus – Zustände wie im Krieg“. <https://www.rainews.it/tgr/tagesschau/articoli/2020/03/tag-Arzt-Bergamo-Christian-Salarioli-Zustaeende-Krankenhaus-Entscheidung-ja-nein-Tod-3dc38bc1-8b89-406d-aa19-805d03a95cfa.html>; abgerufen am 26.04.2022
- Redfield P: Sacrifice, Triage and Global Humanitarianism. In: Barnett M, Weiss TG (Hrsg.): *Humanitarianism in Question: Politics, Power, Ethics*. Cornell University Press, Ithaca 2008, 197–214
- Roßbach M: Qualitätsstandards in der humanitären Hilfe. In: Lieser J, Dijkzeul D (Hrsg.): *Handbuch Humanitäre Hilfe*. Springer, Berlin 2013, 273–293
- Rosow J: Einführung: Individuelle und kulturelle Altersbilder. In: Berner F, Rosow J, Schwitzer KP (Hrsg.): *Individuelle und kulturelle Altersbilder*. VS Verlag, Wiesbaden 2012, 9–26
- Rubenstein JC: The Distributive Commitments of International NGOs. In: Barnett M, Weiss TG (Hrsg.): *Humanitarianism in Question*. Cornell University Press, Ithaca 2008, 215–234
- Saffle JR, Gibran N, Jordan M (2005): Defining the Ratio of Outcomes to Resources for Triage of Burn Patients in Mass Casualties. *J Burn Care Res* **26**, 478–482
- Sajed A (2005): Between Scylla and Charybdis: The Ethical and Moral Dilemmas of Humanitarian Action. YCISS Working Paper. <https://yorkspace.library.yorku.ca/xmlui/handle/10315/1347>; abgerufen am 16.06.2022
- Salheiser A: Natürliche Daten: Dokumente. In: Baur N, Blasius J (Hrsg.): *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. Springer VS, Wiesbaden 2014, 813–829
- Sass HM: Medizinische Ethik bei Notstand, Krieg und Terror: Verantwortungskulturen bei Triage, Endemie und Terror. 3. Auflage; Zentrum für Medizinische Ethik, Bochum 2006
- Save The Children - UK (2002): Emergency Assessment Toolkit - Guidelines and Sectoral Checklists for Child-Oriented Emergency Assessment. <https://www.humanitarianresponse.info/es/programme-cycle/space/document/emergency-assessment-toolkit-guidelines-and-sectoral-checklists-child>; abgerufen am 23.08.2022
- Scarano N: Metaethik - ein systematischer Überblick. In: Düwell M, Hübenthal C, Werner MH (Hrsg.): *Handbuch Ethik*. J. B. Metzler, Stuttgart 2002, 25–35

- Schmitz P: Qualitätsstandards in der humanitären Hilfe. In: Lieser J, Dijkzeul D (Hrsg.): Handbuch Humanitäre Hilfe. Springer, Berlin 2013, 223–252
- Schöne-Seifert B: Grundlagen der Medizinethik. Alfred Kröner Verlag, Stuttgart 2007
- Schroth J: Konsequentialistische Ethik. In: Stoecker R, Neuhäuser C, Raters ML (Hrsg.): Handbuch Angewandte Ethik. J.B. Metzler, Stuttgart 2011, 37–43
- Schwartz L, Hunt MR, Sinding C, Elit L, Redwood-Campbell L, Adelson N, de Laat S (2012): Models for Humanitarian Health Care Ethics. *Public Health Ethics* **5**, 81–90
- Schwartz L, Hunt MR, Redwood-Campbell L, de Laat S: Ethics and Emergency Disaster Response. Normative Approaches and Training Needs for Humanitarian Health Care Providers. In: O’Mathuna D, Gordijn B, Clarke M (Hrsg.): *Disaster Bioethics: Normative Issues when nothing is normal*. Springer Netherlands, Dordrecht 2014, 33–47
- Schweda M: Zu alt für die Hüftprothese, zu jung zum Sterben? Die Rolle von Altersbildern in der ethisch-politischen Debatte um eine altersabhängige Begrenzung medizinischer Leistungen. In: Zimmermann-Acklin M (Hrsg.): *Gerecht sorgen - Verständigungsprozesse über den Einsatz knapper Ressourcen bei Patienten am Lebensende*. Universitätsverlag Göttingen, Göttingen 2013, 149–167
- Schweizer B: Humanitäre Dilemmata: Anspruch und Wirklichkeit humanitärer Prinzipien. In: Lieser J, Dijkzeul D (Hrsg.): Handbuch Humanitäre Hilfe. Springer, Berlin 2013, 333–350
- Schwemmer O: Utilitarismus. In: Carrier M, Mittelstraß J (Hrsg.): *Enzyklopädie Philosophie und Wissenschaftstheorie*. 2. Auflage; Verlag J.B. Metzler, Stuttgart 2018, 243–246
- Shapcott R: International Ethics. In: Baylis J, Smith S, Owens P (Hrsg.): *The Globalization of World Politics*. 6. Auflage; Oxford University Press, Oxford 2013, 191–206
- Sinding C, Schwartz L, Hunt MR, Redwood-Campbell L, Elit L, Ranford J (2010): ‘Playing God Because you Have to’: Health Professionals’ Narratives of Rationing Care in Humanitarian and Development Work. *Public Health Ethics* **3**, 147–156
- Singer P (1972): Famine, Affluence, and Morality. *Philos Public Aff* **1**, 229–243
- Sommer JH: Rationierung im Gesundheitswesen - Muddling Through Elegantly. EMH Schweizerischer Ärzteverlag, Basel 2001
- Spieker H: Das Mandat der humanitären Hilfe: Rechtsgrundlagen und Prinzipien. In: Lieser J, Dijkzeul D (Hrsg.): Handbuch Humanitäre Hilfe. Springer, Berlin 2013, 55–74
- Stapleton G, Schröder-Bäck P, Laaser U, Meershoek A, Popa D (2014): Global health ethics: an introduction to prominent theories and relevant topics. *Glob Health Action* **7**, 1–16
- Summers L: Introduction. In: Jamison DT, Gelband H, Horton S, Jha P, Laxminarayan R, Mock CN, Nugent R (Hrsg.): *Disease Control Priorities: Improving Health and Reducing Poverty*. 3. Auflage; The International Bank for Reconstruction and Development, Washington, D.C 2017, 1–6
- Sztajnkrzyca MD, Madsen BE, Alejandro Báez A (2006): Unstable ethical plateaus and disaster triage. *Emerg Med Clin North Am* **24**, 749–768

- Tangwa GB (2000): The Traditional African Perception of a Person: Some Implications for Bioethics. *Hastings Cent Rep* 30, 39–43
- Tannsjö T (2007): Ethical aspects of triage in mass casualty. *Curr Opin Anaesthesiol* 20, 143–146
- Ten Have H: Macro-triage in Disaster Planning. In: O’Mathuna D, Gordijn, Bert, Clarke M (Hrsg.): *Disaster Bioethics: Normative Issues when nothing is normal*. Springer Netherlands, Dordrecht 2014, 13–32
- Tews HP: *Altersbilder - Über Wandel und Beeinflussung von Vorstellungen und Einstellungen zum Alter*. Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln 1991
- The Sphere Project (2012): *The Sphere Project - Handbook*.
<https://www.unhcr.org/50b491b09.pdf>; abgerufen am 23.08.2022
- Thi TG, Heißenhuber A, Schneider T, Schulz R, Herr CEW, Nennstiel-Ratzel U, Hölscher G (2019): The Impact of Migration Background on the Health Outcomes of Preschool Children: Linking a Cross-Sectional Survey to the School Entrance Health Examination Database in Bavaria, Germany. *Gesundheitswesen* 81, e34–e42
- Thiagarajan RI, Scheurer MA, Salvin JW (2014): Great need, scarce resources, and choice: reflections on ethical issues following a medical mission. *J Clin Ethics* 25, 311–313
- Titscher S, Meyer M, Wodak R, Vetter E: *Methods of Text and Discourse Analysis: In Search of Meaning*. Sage, London 2000
- van Dyk S: „Junge Alte“ im Spannungsfeld von liberaler Aktivierung, ageism und anti-ageing-Strategien. In: Dyk S, Lessenich S (Hrsg.): *Die jungen Alten: Analysen einer neuen Sozialfigur*. Campus Verlag, Frankfurt 2009, 316–339
- Varga C, Dok G van, Schroeder R: *Hilfe in Not: Politische Spannungsfelder der humanitären Hilfe*. Caritas-Verlag, Luzern 2005
- Verweij M (2009): Moral Principles for Allocating Scarce Medical Resources in an Influenza Pandemic. *J Bioeth Inq* 6, 159–169
- Voorhoeve A, Ottersen T, Norheim OF (2016): Making fair choices on the path to universal health coverage: a précis. *Health Econ Policy Law* 11, 71–77
- Wagner JM, Dahnke MD (2015): Nursing Ethics and Disaster Triage: Applying Utilitarian Ethical Theory. *J Emerg Nurs* 41, 300–306
- Walker P, Maxwell DG: *Shaping the Humanitarian World*. Routledge, London 2008
- Walsh J, Gibson A, Brown LM (2016): Peace of mind’s price tag: The psychological costs of financial stressors on older adults postdisaster. *Transl Issues Psychol Sci* 2, 408–417
- Watson A (2015): How the British Department for International Development (DFID) could better meet the needs of the old in the developing world.
<http://www.futureforeignpolicy.com/wp-content/uploads/2015/04/How-the-British-Department-for-International-Development-DFID-could-better-meet-the-needs-of-the-old-in-the-Developing-World-Abigail-Watson-Future25.pdf>; abgerufen am 28.08.2022

- Weingärtner L, Grannas A, Piesch T, Zintl M: Die deutsche humanitäre Hilfe im Ausland. Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, Bonn 2011
- Westerhof GJ, Katzko MW, Dittmann-Kohli F, Hayslip B (2001): Life contexts and health-related selves in old age: Perspectives from the United States, India and Congo/Zaire. *J Aging Stud* 15, 105–126
- White DB, Katz MH, Luce JM, Lo B (2009): Who should receive life support during a public health emergency? Using ethical principles to improve allocation decisions. *Ann Intern Med* 150, 132–138
- Wikler D (2003): Why prioritize when there isn't enough money? *Cost Eff Resour Alloc* 1, 5–7
- Wilkinson A (2012): „Women and Children first!“ a lost tale of Empire and Heroism - *ProQuest. Historian* 115, 20–21
- Williams B: Kritik des Utilitarismus. Vittorio Klostermann, Frankfurt a.M 1979
- Wils JP: Mantelbüchlein Medizinethik II: Vertiefung - Grundsatzthemen zur Weiterbildung von Fachpersonen in Medizin und Pflege. Schulthess Juristische Medien, Zürich 2013
- Wolff J: The human right to health. In: Benatar SR, Brock G (Hrsg.): *Global health and global health ethics*. Cambridge University Press, Cambridge 2011, 108–118
- World Medical Association (2006): WMA Statement on Medical Ethics in the Event of Disasters. <https://www.wma.net/wp-content/uploads/2006/10/SoM-Oct2006.pdf>; abgerufen am 23.08.2022
- World Medical Association (2015): WMA Declaration of Lisbon on the Rights of the Patient. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-lisbon-on-the-rights-of-the-patient/>; abgerufen am 23.08.2022
- Wurm S, Huxhold O: Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung von Altersbildern. In: Berner F, Rossow J, Schwitzer KP (Hrsg.): *Individuelle und kulturelle Altersbilder*. VS Verlag, Wiesbaden 2012, 27–70
- Yung YJ: Die gesellschaftliche Umbruchphase der Altenversorgung in Südkorea, Eine empirische Untersuchung zu Lebenslagen älterer Menschen. Verlag Dr. Kovac, Hamburg 2011

Danksagung

Mein besonderer Dank gilt Frau Prof. Dr. Silke Schicktanz für die sehr gute, geduldige und inspirierende Betreuung dieser Doktorarbeit.

Bei Frau Prof. Dr. Eva Hummers bedanke ich mich für die interessierte, konstruktive und detaillierte Zweitbetreuung. Weiterhin bedanke ich mich bei allen Mitarbeitern und ehemaligen Mitarbeitern des Instituts für Ethik und Geschichte der Medizin in Göttingen, die mich bei der Erstellung dieser Arbeit unterstützt haben. Dr. Alexander Urban möchte ich ausdrücklich für die Hilfen zum methodischen Vorgehen danken. Dr. Leo Lohmeyer danke ich sehr für allerhand Ratschläge zur Fertigstellung der Arbeit. Für das Korrekturlesen zu verschiedenen Zeitpunkten bedanke ich mich bei Anna Lena Becher, Klaus Fröhlich-Gildhoff, Hans Immler, Ole Nahrwold und Florian Sprenger.