

Sozialethische Arbeitspapiere

des Instituts für Christliche Sozialwissenschaften

Walter Bruchhausen

Global Health (Ethics).

Eine Bestandsaufnahme in programmatischer Absicht

August 2023



Institut für Christliche Sozialwissenschaften

Westfälische Wilhelms-Universität Münster

Robert-Koch-Straße 29

48149 Münster

Telefon: 0251/83-32640

Fax: 0251/83-30041

E-Mail: ics@uni-muenster.de

Internet: www.uni-muenster.de/FB2/ics/

© 2023 Institut für Christliche Sozialwissenschaften Münster

ISSN (Print) 2510-1749

ISSN (Online) 2510-1757

DOI: 10.17879/00009794617

Inhaltsverzeichnis

1	Einführung: Global Health als akademisches und ethisches Gebiet	- 1 -
1.1	Was ist Global Health?	- 1 -
1.2	Global Health als Thema von Sozialethik	- 2 -
2	Wer, warum, was, wie und wo in Global Health	- 3 -
2.1	Verantwortliche	- 4 -
2.1.1	<i>Organisationen und Unternehmen</i>	- 4 -
2.1.2	<i>Individuen in und aus Industrienationen</i>	- 5 -
2.1.3	<i>Gesundheitsfachkräfte in Low and Middle Income Countries</i>	- 6 -
2.2	Motive	- 7 -
2.2.1	<i>Common Goods</i>	- 7 -
2.2.2	<i>Eigennutz und Menschenrechte</i>	- 8 -
2.3	Ziele: Gesundheitsschutz und Krankenversorgung	- 9 -
2.3.1	<i>Individuelle Versorgung</i>	- 9 -
2.3.2	<i>Gesundheitsschutz</i>	- 9 -
2.4	Strategien	- 10 -
2.4.1	<i>Forschung</i>	- 10 -
2.4.2	<i>Zugang zu Forschungsergebnissen und neuen Arzneimitteln</i>	- 10 -
2.4.3	<i>Vertikale und horizontale Programme</i>	- 11 -
2.4.4	<i>Humanitäre Hilfe und Entwicklungszusammenarbeit</i>	- 11 -
2.4.5	<i>Industriegesellschaftliche Determinanten globaler Gesundheit</i>	- 12 -
2.5	Anpassung an Umstände: Gesellschaft, Ökonomie und Ökologie	- 13 -
2.5.1	<i>Global Health und Ökonomie: Ressourcenknappheit</i>	- 13 -
2.5.2	<i>Global Health und Ökologie: physische Umwelt als Determinante</i>	- 14 -
3	Global Health als normatives Gebiet	- 16 -
3.1	Global Health, Medizin und ihre Ethik: Euro- und Medikozentrismus	- 16 -
3.2	Global Health zwischen Effizienz und Gleichheit: Der universale Anspruch	- 17 -
3.3	Welche Anforderungen muss Global Health Ethics erfüllen?	- 18 -
	Literaturverzeichnis	- 20 -
	Der Autor	- 22 -
	Bisher erschienene Sozialethische Arbeitspapiere des ICS	- 23 -

1 Einführung: Global Health als akademisches und ethisches Gebiet¹

Dass man Gesundheit heute mehr denn je aus einer globalen Perspektive sehen und fördern muss, ist unabweisbar geworden. Das spiegelt sich neben einem gesteigerten allgemeinen Bewusstsein für gesundheitliche Situationen und Entwicklungen in anderen Teilen der Welt auch in neuen Institutionalisierungen und Programmatiken wider. So gibt es neben den klassischen Institutionen wie Weltgesundheitsorganisation und einschlägig international tätigen nicht-staatlichen Organisationen schon lange einen solchen Schwerpunkt des Kinderhilfswerks UNICEF und der Weltbank, inzwischen auch eine entsprechende interministerielle Strategie der Bundesregierung und einen gleichnamigen Unterausschuss im Bundestag, zahlreiche Forschungsinstitute und Aufbaustudiengänge im In- und Ausland, entsprechende Entwicklungsziele der Vereinten Nationen und weltweite finanzkräftige Programme dazu.

Es handelt sich also ohne Zweifel um eine große Gemeinschaftsaufgabe, die deshalb einer normativen Reflexion bedarf. Global Health hier als Herausforderung für (Sozial-)Ethik zu behandeln, verlangt nach der Einführung in das sich entwickelnde Verständnis dieses Gebiets auch, sich der ethisch relevanten Aspekte zu vergewissern: derer, an die sich moralische Anforderungen richten, ihrer Interessen, Absichten und Mittel sowie der Vielfalt der Umstände. Erst auf dieser Grundlage ist es möglich, statt allzu genereller Forderungen konkretere Verpflichtungen zu formulieren und zugleich allgemeinere sozialetische Kriterien zu entwickeln, die zumindest vielen, wenn nicht den meisten Teilen von Global Health gemeinsam sein können und müssen.

1.1 Was ist Global Health?

Eine Wortverbindung, die derart umfassende Vorstellungen hervorruft, führt nicht unerwartet zu recht verschiedenen Definitionen. Im akademischen Bereich hat sich die Definition des ursprünglich nordamerikanischen *Consortiums of Universities for Global Health* (GUCH) durchgesetzt, die 2009 veröffentlicht und dabei auch erläutert wurde (vgl. Koplan u.a. 2009). Sie bestimmt Global Health explizit organisatorisch, geographisch, inhaltlich und – bemerkenswert für ein Dokument aus dem Gesundheitsbereich und wegweisend für den vorliegenden Beitrag – explizit auch normativ.

Demnach ist Global Health (1) „ein Gebiet von Studium, Forschung und Praxis“, überwindet also die herkömmliche Trennung dieser Bereiche, hat (2) eine „weltweite“ Ausrichtung, verlangt also

¹ Das vorliegende Arbeitspapier verfolgt das Ziel, in das disparate Feld einer Global Health Ethics einzuführen, und eröffnet vielfältige Ansatzpunkte, den aufgeworfenen Herausforderungen, Fragen und Zusammenhängen vertiefend nachzugehen. In diesem Sinn steht das Arbeitspapier für sich. Gleichzeitig kann es aber auch als ein Beitrag zu einem größeren Gesprächszusammenhang im Entstehungsprozess *des Jahrbuchs für Christliche Sozialwissenschaften (JCSW)* gelesen werden, dessen 65. Band (2024) das Thema Global Health interdisziplinär bearbeiten wird. Hierfür sollen in programmatischer Absicht erste Spuren zu jenen Themen und Kontroversen gelegt werden, die im *JCSW 65* dann systematisch bearbeitet werden.

Überschreitung nationaler und regionaler Grenzen durch entweder ein Gesundheitsproblem oder eine Zusammenarbeit, verbindet (3) vorbeugenden Gesundheitsschutz mit der Aufmerksamkeit für Krankenbehandlung, geht also angesichts des weltweiten Mangels medizinischer Versorgung weit über das hauptsächlich präventive Public Health hinaus, und tut all dies (4) zur Verbesserung von Gesundheit und Erreichung von *equity*, schließt also nur diejenigen Verbesserungen ein, mit denen die Kluft in den gesundheitlichen Chancen vermindert wird (Übersetzung und Nummerierung WB). Im weiteren Verlauf des definierenden Artikels wird noch, insbesondere in Abgrenzung zum eher nationalen oder auf bestimmte Gruppen ausgerichteten Public Health und zum vorausgehenden, häufig eher bilateralen International Health, der ausgesprochen hohe Grad und Bedarf an Inter- und Multidisziplinarität hervorgehoben, der keine Fakultät ausschließt.

Es handelt sich also erkennbar um eine aus universitärer Sicht formulierte Definition. Aus politischer, sowohl gesundheits- als auch entwicklungspolitischer oder humanitärer Perspektive würde man sicher anders akzentuieren, obwohl auch dort intersektorale Zusammenarbeit, globale Perspektive, umfassende Gesundheit und besondere Aufmerksamkeit für die Benachteiligten zunehmend eine Rolle spielen. Da es in der Sozialethik aber ebenfalls um ein akademisches Gebiet geht, das zudem wesentliche Beiträge zu so definiertem Global Health leistet und noch mehr leisten kann, bietet sich als Grundlage für den vorliegenden Beitrag die gerade erläuterte Begriffsbestimmung an.

1.2 Global Health als Thema von Sozialethik

Ähnlich wie Medizin, die – systemtheoretisch gesprochen – durch ihren binären Code krank/nicht krank (vgl. Luhmann 1990) und die Bestimmung von Krankheit als grundsätzlich (d. h. mit Ausnahmen) nicht erwünscht normativ konstituiert ist, enthält auch Gesundheit einen unentbehrlichen evaluativen Ausgangspunkt. Beide Bestimmungsmomente der Definition, die für die Weltgesundheitsorganisation in der Präambel ihrer Verfassung 1946 formuliert wurden, besagen dies unzweifelhaft: Sowohl in der negativen Bestimmung als „Abwesenheit von Krankheit“ (*absence of disease and infirmity*) als auch in der positiven als *well-being* stecken entsprechende fundamentale Wertungen (WHO 1948). Und der Bezug auf das Menschenrecht auf den bestmöglichen Gesundheitszustand bezeichnet bereits das, was später *health equity* oder gesundheitliche Chancengleichheit genannt werden sollte und wie gesehen in die akademische Definition von Global Health untrennbar einging. Nicht alles, was Gesundheit verbessert, so wertvoll es auch sein mag, ist Global Health, sondern nur das, was durch besondere Förderung Benachteiligter die weltweite gesundheitliche Ungleichheit vermindert.

Global Health bedarf also als bereits moralisch oder normativ konstituiertes Gebiet in gewisser Weise keiner separaten Ethik, weil das als zentral angesetzte Ziel von *Equity* alle Forschungs- und Handlungsbereiche bestimmt und durchdringt. Allerdings ist nicht unbedingt vorauszusetzen, dass die dafür notwendige reflexive Kompetenz bei allen an Global Health Beteiligten in

genügender Weise ausgeprägt ist. Deshalb ist es uneingeschränkt sinnvoll, auch einen ethischen Diskurs zu Global Health zu führen (vgl. Hunter, Dawson 2021), der aber im Sinne der definierten Einheit von Forschung und Praxis kein Addendum und möglichst wenig zusätzliches Fach sein sollte, sondern im Rückgriff auf entsprechende Methoden und Theorien integraler Bestandteil der jeweiligen Aktivitäten. Denn Global Health ist, im Unterschied zu gängigen fachpolitischen Gewohnheiten des Universitätsbetriebs, erkennbar durch einen Vorrang der normativen Ziele gegenüber Fächern, Methoden oder Theorien gekennzeichnet bzw. möchte es zumindest sein.

Die (sozial)ethische Reflexion von Global Health trifft nun auf verschiedene Eigenheiten dieses höchst unscharfen und vielfältigen Feldes. Einen Teil dieser Eigenheiten teilt Global Health mit anderen globalen Bemühungen, etwa der Friedenssicherung oder dem Klimaschutz. Andere hat Global Health mit entsprechenden internationalen Kooperationen gemeinsam, insbesondere der Entwicklungszusammenarbeit, der Humanitären Hilfe und der Forschung. Und wieder andere sind eher charakteristisch für den Gesundheitsbereich, so die große Bedeutung individueller Dienstleistungen, die hohen Kosten mancher Technologien und der uferlos erscheinende Forschungs- und Entwicklungsbedarf. Insofern gehen auch die normativen Implikationen all dieser Bereiche in die Erwägungen zu Global Health ein.

2 Wer, warum, was, wie und wo in Global Health

Angesichts dieser unüberschaubaren Vielfalt ist bereits die Strukturierung einer ethischen Annäherung ebenso unerlässlich wie vorentscheidend. Der hier gewählte Weg lehnt sich an die klassische moralphilosophische Unterscheidung und Zusammenschau von Zielen, Mitteln und Umständen an, ergänzt um die hier keineswegs selbstverständliche Frage von jeweils Verantwortlichen und differenziert in sehr unterschiedliche Formen von Mitteln, u. a. Strategien und Institutionen auf den Ebenen der drei „P“ von Politikansätzen, Programmen und Projekten sowie die sehr unterschiedlichen Umstände von Gesellschaft, Ökonomie und Ökologie. Es geht also zunächst und sogar weitgehend darum, die jeweilige ethische Relevanz dieser unterschiedlichen Aspekte zu beleuchten. Daraus entwickelt sich dann ein umfassenderer Blick auf die sozialetische Komplexität von Global Health, durch den einige Anforderungen an eine angemessene Reflexion sichtbar werden können. Anstelle der gewohnten, aus historischen, politischen und wissenschaftsorganisatorischen Gründen entstandenen Einteilungen von Global Health, wie Infektionskrankheiten, Mutter-Kind-Gesundheit, Gesundheitssystem und -ökonomie, Primary Health Care, Soziale Determinanten der Gesundheit und Nicht-übertragbare Erkrankungen, wird hier also eine Annäherung versucht, die sowohl stärker übergreifende als auch für bestimmte Elemente spezifische ethische Anforderungen in den Blick nehmen kann.

2.1 Verantwortliche

Der Bestimmung „global“ entsprechend, lässt sich kein Mensch und keine Menschengruppe von einer Rolle in und damit aus der Verantwortung für aktuelle und zukünftige Gesundheit ausschließen. Allerdings bedeuten die sehr unterschiedlichen Grade von Handlungsmöglichkeiten auch entsprechend große Unterschiede in der Verantwortung (vgl. Buchanan, DeCamp 2021). Wer persönlich in einer der zahlreichen Krisenregionen der Welt mit anderen Überlebensfragen beschäftigt ist, kann sich um die eigene Gesundheit und die der Familie einschließlich der Nutzung eventueller internationaler Hilfsangebote nicht so kümmern wie eigentlich geboten – was auch ein Beitrag zu Global Health wäre. Denn die Weltgesundheitsorganisation schließt in ihrer breiten Definition von Gesundheitssystem ausdrücklich die familiären Bemühungen als Gesundheitsleistungen ein (WHO 2007), auch wenn die Möglichkeiten der Betroffenen selbst häufig besonders beschränkt sind. Wer hingegen institutionell an der Spitze von Staaten, internationalen Organisationen oder multinationalen Konzernen steht, hat oft Verantwortung für gesundheitliche Bedürfnisse von Millionen Menschen.

2.1.1 Organisationen und Unternehmen

Moralische Verantwortung für Gesundheit entsteht durch Aufgabenbereiche und Handlungsmöglichkeiten. Dabei ist die Verantwortung durch Aufgaben deutlich klarer bestimmt als durch Möglichkeiten. Wer eine große Institution leitet, ist zumindest für die Gesundheit der ihr Zugehörigen mitverantwortlich, also etwa Staatsangehörige oder Beschäftigte. Dass die Verantwortung aber darüber hinausgehen muss, wird zunehmend gefordert und sogar gesetzlich geregelt. Staaten haben auf jeden Fall auch Verpflichtungen gegenüber Nicht-Staatsangehörigen, die sich auf ihrem Gebiet befinden. Darüber hinaus verlangt der Menschenrechtsdiskurs zum Recht auf Gesundheit immer wieder, dass sich – insbesondere in akuten gesundheitlichen Notlagen – wirtschaftlich potente Staaten auch für die Gesundheit in anderen Staaten verantwortlich zeigen – nicht nur aus außenpolitischem Kalkül, sondern als Minimalanforderung einer globalen Solidargemeinschaft. Bei in Deutschland und der EU tätigen Wirtschaftsunternehmen versucht inzwischen das Lieferkettengesetz auf die Einhaltung von Gesundheitsschutz bei der Produktion auch über die direkt Beschäftigten hinaus hinzuwirken.

In der notwendigen Eindämmung gesundheitsschädlicher Produkte wie Tabak und überzuckerter Getränke besteht ein gesellschaftliches Bewusstsein für die Verantwortung der Unternehmen, politische Prozesse dazu verlaufen jedoch insbesondere in Deutschland eher schleppend. Inwieweit Unternehmen auch für die gesundheitlichen Auswirkungen ihrer Produkte auf der Nachfrageseite verantwortlich sind, wird unternehmensethisch diskutiert.

Vergleichsweise klar ist die Verantwortung von nicht-staatlichen Organisationen, da sie in ihrem Gründungszweck entsprechende Aufgaben übernommen haben. Ihre Herausforderung besteht v. a. in der Gewichtung der verschiedenen Unterstützungsmöglichkeiten, also etwa, ob

Aufklärungsarbeit und Advocacy wichtiger sind als Einzelprojekte in Low and Middle Income Countries (LAMICs). Für sie stellt sich also der größte Teil der Fragen, die im weiteren Verlauf dieses Beitrags für Global Health insgesamt zu behandeln sind.

2.1.2 Individuen in und aus Industrienationen

Wesentlich weniger ethisch klar und letztlich auch nicht weitreichend festzulegen ist die Verantwortung im privaten Bereich, nämlich insbesondere als Konsumierende, Spendende und Wählende. In Ländern mit Demokratie und Marktwirtschaft sind die eben genannten Verantwortlichen in Spitzenpositionen auch von Wahl-, Kauf- und Spendenentscheidungen der Bevölkerung abhängig. Dabei haben die allermeisten Menschen jedoch nicht den nötigen Einblick, um die Angemessenheit der jeweiligen gesundheitlichen Folgen zu beurteilen. Sie müssen also vertrauen. Die Erosion des Vertrauens in Parteien, Institutionen und Unternehmen wirkt sich damit auch hier aus.

Als potenziell Spendende haben die meisten Menschen in Industriegesellschaften Möglichkeiten, zur weltweiten Verbesserung von Gesundheitsversorgung beizutragen. Die Spendenbereitschaft gerade für Nothilfeorganisationen im Gesundheitsbereich und in Partnerschaften ist ausgesprochen hoch. Auch wenn solche fragmentierte Unterstützung bekannte Probleme wie etwa den Koordinierungsaufwand auf Seiten der „Empfangenden“, Abhängigkeit und dadurch Bevormundung, „Wohlstandsinseln“ besser versorgter Gesundheitseinrichtungen und geringere Einbindung in nationale Gesundheitsstrategien und –systeme mit sich bringt, bleibt sie doch eine reale Möglichkeit, zumindest punktuell gesundheitliche Chancen anzugleichen. Das Gefühl, einer z. B. in Vorträgen persönlich erlebten und vertrauenswürdigen Gesundheitsfachkraft durch finanzielle Beiträge wertvolle Arbeit zu ermöglichen, kann dabei sowohl die Motivation steigern und die Kooperation stärker menschlich als technisch werden lassen als auch problematische Einstellungen von *white saviourism* bestärken. Größere Organisationen, die durch Spenden arbeiten, weisen hier in Bildsprache und Textbotschaften eine zunehmende Sensibilität auf, um den viel größeren Arbeitsbeitrag der oft anonym gebliebenen einheimischen Mitarbeitenden angemessen hervorzuheben. Aber es bleibt bei der Spendenbereitschaft die generelle Tendenz, Menschen mit ähnlicher Herkunft wie der eigenen eher zu vertrauen.

Zunehmend deutlicher ausgeprägt ist das Interesse, mit dem eigenen Konsumverhalten nicht zu Gesundheitsschädigungen beizutragen (vgl. Gesang 2022, 207-217). Das gilt aktuell besonders für die Vermeidung von Emissionen für den Schutz des Klimas mit seiner hohen Gesundheitsrelevanz, aber auch den Versuch, durch den Kauf von Nahrungsmitteln oder Kleidung nicht Anbaumethoden mit hohem Einsatz von Pestiziden, Waldrodung, Wasser- und andere Rohstoffextraktionen oder Kinderarbeit zu fördern. Bei Wahlentscheidungen bleiben die Einwirkungsmöglichkeiten, vielleicht mit Ausnahme des Klimawandels und anderer Konsumsteuerung, eher begrenzt, da in Deutschland traditionell eine vergleichsweise hohe Einigkeit der demokratischen Parteien im entwicklungspolitischen Bereich besteht. Diese lässt sich aus den Motiven der

Selbstrekrutierung für dieses Politikfeld in Parlament und Regierung erklären. Zudem wagt keine Partei, die gewählt werden möchte, die eigentlich notwendige globale Umverteilung von Gesundheitsressourcen ins Wahlprogramm aufzunehmen.

Das entwicklungspolitische Engagement für Gesundheit, etwa in Hilfsorganisationen und –einsätzen, Partnerschaften und Politik, kann in seiner Bedeutung nicht geringer bewertet werden, zumal es ja häufig durch Bewusstseinsbildung und Arbeit vor Ort die anderen Unterstützungsformen erst möglich macht. Es lässt sich jedoch noch weniger als allgemeine moralische Verpflichtung festlegen, weil es eher dem entspricht, was der Theologe Karl Rahner als „Existenzialethik“ thematisierte (Rahner 1955). Es geht darum, für das eigene berufliche und private Engagement Schwerpunkte zu finden, die der eigenen Berufung, erkennbar an persönlichen Fähigkeiten und Neigungen, entsprechen und den ganzen Lebensweg (mit)bestimmen können. Gerade hier besteht dann, wie in allen „helfenden“ Berufen, die Herausforderung, dass die Arbeit nicht durch Überschätzen der eigenen Rolle, übermäßigen Ausgleich eigener Leere oder gar Minderwertigkeitsgefühle, Auskosten der Abhängigkeit anderer und Flucht vor negativen Erfahrungen dann für diejenigen Menschen, mit denen und für die man arbeitet, wie auch die eigene mentale Gesundheit gravierende Nachteile erleidet (vgl. Schmidbauer 1983). Selbstreflexive und extern beurteilende Erforschung von Motiven ist eine entscheidende Vorbedingung insbesondere für verantwortbare Auslandseinsätze und –arbeit.

2.1.3 Gesundheitsfachkräfte in Low and Middle Income Countries

Über all diesen Formen für Verantwortung und internationales Engagement durch Menschen und Institutionen in Industrienationen wird zumeist übersehen, dass den weitaus größeren Beitrag zu *Global Health Equity* diejenigen Menschen leisten, die durch tagtägliche Arbeit im Gesundheitswesen ihres Landes unter häufig sehr schwierigen Bedingungen Gesundheitsdienstleistungen erbringen. *Global Health Workforce* ist entsprechend auch schon wiederholt zum Schwerpunktthema der Weltgesundheitsberichterstattung geworden, und ihr Mangel wird zu den größten Global Health-Problemen gezählt (WHO 2016). Während in früheren Jahrzehnten der Mangel an Ausbildungskapazitäten ganz im Vordergrund stand, sind inzwischen der sachgerechte Einsatz und die Abwanderung zu größeren Problemen geworden. Viele Länder Afrikas verlieren einen großen, oft den größeren Teil des teuer ausgebildeten ärztlichen Nachwuchses an Industrienationen, die bessere Arbeits- und Lebensbedingungen bieten und so ihre eigenen Versorgungslücken teilweise schließen können. In anderen Ländern wie Tansania gibt es ärztliche Arbeitslosigkeit, weil das staatliche Gesundheitswesen nicht genügend Stellen für diese vergleichsweise hoch bezahlte Berufsgruppe anbietet und die Aufgaben lieber durch kostengünstiger auszubildende und anzustellende *Clinical Officer* und anderes nicht-ärztliches Personal erfüllen lässt. Zu den globalen Gegenmaßnahmen gehört der von der Weltgesundheitsversammlung beschlossene *WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel* (WHO 2010; vgl. Damm 2022), der neben einem Monitoring dieser Prozesse und Schutz der

Migrierenden vor Ausbeutung auch die Selbstverpflichtung von Regierungen vorsieht, nicht entsprechendes Gesundheitspersonal aus Ländern mit bereits bestehendem Mangel abzuwerben. Hier besteht eine der Inkohärenzen auch deutscher Politik, wo das Gesundheitsministerium die Gewinnung von Fachkräften aus anderen Ländern fördert, das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) aber Maßnahmen zur Retention finanziert. Einziger Erfolg versprechender Mechanismus wäre hier die bindende Regelung, dass ein „aufnehmendes“ Land dem „abgebenden“ Land für z. B. jedes ärztliche Arbeitsjahr die Ausbildungskosten anteilig erstatten muss, so dass ein genügender finanzieller Anreiz entstünde, ausreichend Studienplätze für den eigenen Bedarf zu schaffen. Die Abwanderung der „klügsten Köpfe“ wäre aber auch so nicht zu verhindern.

2.2 Motive

Neben der bisher angesprochenen persönlichen Motivation sind die allgemeinen Motive anzusprechen, aus denen sich Menschen und Institutionen in Global Health betätigen.

2.2.1 Common Goods

Es geht bei Global Health einerseits um gemeinsame Interessen, *common global goods*, deren Verwirklichung den meisten Menschen weltweit, und nicht zuletzt sehr vielen besonders Gefährdeten, zugute kommt. Das Konzept der *common goods* wurde entsprechend auch von der Weltgesundheitsorganisation unterstützt (Davedoff 2019). Darüber hinaus erstreckt sich aber Global Health auch auf Bereiche, die traditionell von Verteilungskonflikten geprägt sind, etwa dem zwischen Angebots- und Nutzungsseite von Gesundheitsdienstleistungen oder, im Hinblick auf solidarisch finanzierte Systeme, dem zwischen Netto-Zahlenden und Netto-Empfangenden.

Diese Unterscheidung zwischen *common* und *private goods* lässt sich keineswegs auf die zwischen Gesundheitsschutz und Krankenversorgung reduzieren. Obwohl es natürlich bei den *common goods* im Wesentlichen um Gesundheitsschutz geht, also die Reduzierung von Gesundheitsrisiken aus einer physischen und sozialen Umwelt, reicht Gesundheitsschutz weit in lediglich individuelle Interessen hinein. Fehlender Tetanusschutz etwa stellt bei dieser nicht zwischen Menschen (mit Ausnahme der Schwangerschaft) übertragbaren Krankheit nur eine individuelle, keine kollektive Gefährdung dar. Und umgekehrt kann auch die Krankenversorgung insofern zum *common good* werden, als das Vorhandensein von medizinischer Infrastruktur und medizinischem Wissen grundsätzlich für alle wichtig ist, unabhängig davon, ob sie entsprechende Versorgung am Ende erhalten oder – z. B. aus finanziellen Gründen – eben nicht.

Über die Beeinträchtigung von Arbeitsleistung und Nachfrage durch unbehandelte Erkrankungen wird aber auch der Gesundheitszustand Ärmerer zu einer Frage von *common good*, was durch die entsprechenden wohlfahrtsökonomischen Berechnungen der 1990er Jahre (vgl. Commission on Macroeconomics and Health 2001) auch staatliche, internationale und philanthropische Investitionen in Global Health maßgeblich motiviert.

2.2.2 Eigennutz und Menschenrechte

Die Motivationen in Global Health reichen, wie gesehen, vom reinen Eigeninteresse des Schutzes vor Pandemien und der Absatzmärkte für medizinische Produkte bis zur dauerhaften altruistischen Verlagerung des eigenen Lebensmittelpunktes dorthin, wo lokal der Bedarf an Gesundheitsarbeit am größten ist.

Dabei sind insbesondere die extremen Enden dieser Spektren in den letzten Jahren problematisiert und dadurch revidiert worden. Die ursprünglich geäußerte Sicht, dass es der Politik vor allem um nationales Eigeninteresse und damit um den Schutz vor Gesundheitsgefahren der eigenen Bevölkerung gehen müsse (US Institute of Medicine 1997), ist durch die Argumentation ergänzt worden, dass weltweite Realisierung des Menschenrechts auf den bestmöglichen Gesundheitszustand im Interesse aller sei. Und die Entsendung von weißem bzw. westlichem Personal wird als potenzieller *white saviourism* (Pallister-Wilkins 2021) problematisiert. Beide Einwände ändern nichts an der Sinnhaftigkeit von Pandemieschutz und personeller Entwicklungszusammenarbeit oder humanitärer Hilfe, stellen sie aber in einen breiteren Kontext und eine umfassendere Perspektive. Mehr denn je müssen die Personalentsendung als gezielte Übergangslösung, die dem vorübergehenden Ersatz und der Qualifizierung einheimischer Kräfte dient, und der Pandemieschutz als Minimum, das durch menschenrechtliche Aspekte zu ergänzen ist, verstanden werden.

Durch solche Klärungen wird zunehmend „eingefangen“, was an sehr unterschiedlichen Aktivitäten international zu beobachten war. Da gibt es als zwischenstaatliche Unterstützung im Aufbau von Gesundheitsversorgung die Entwicklungszusammenarbeit, die früher als „Entwicklungshilfe“ allzu lange vom Interesse des Kalten Kriegs geprägt war, unter den unabhängig gewordenen Ländern Verbündete für die eigene Seite zu gewinnen. Dass dabei auf die Durchsetzung menschenrechtlicher Standards und guter Regierungsführung häufig stillschweigend verzichtet wurde, erfuhr nach dem Ende des Ost-West-Konflikts um 1990 eine Revision. Der völkerrechtlich verbindliche General Comment Nummer 14 zum Menschenrecht auf den bestmöglichen Gesundheitszustand von 2000 (CESCR 2000) ist Ausdruck einer solchen Revision. Denn gegenüber den häufig vagen oder zumindest als vage interpretierten Ausführungen der allgemeinen Dokumente formuliert er verschiedene recht konkrete Anforderungen, denen sich viele Staaten bis dahin weitaus einfacher ohne Furcht vor Kritik entziehen konnten. Dieses verstärkte Drängen auf die Einhaltung menschenrechtlicher Standards wird jedoch angesichts neuer geopolitischer Konstellationen und Bedrohungen wieder in Frage gestellt. Bei Verbündeten drückt man leichter die Augen zu.

2.3 Ziele: Gesundheitsschutz und Krankenversorgung

Die übergeordneten Global Health-Ziele von Gesundheitsverbesserung und -gerechtigkeit verlangen die Erreichung von Zielen auf unterschiedlichen Gebieten. Die erste klassische Unterscheidung von Gebieten ist die zwischen Schutz und Wiederherstellung der Gesundheit, verkörpert im heutigen Unterschied zwischen individueller und kollektiver Prävention einerseits und Krankenversorgung andererseits. Beide Gebiete müssen unter öffentlicher Verantwortung stehen und lassen sich institutionell keineswegs in Public Health in Form des Gesundheitsamts und Medizin in Arztpraxis und Krankenhaus aufteilen.

2.3.1 Individuelle Versorgung

Denn Staaten, die nur Public Health als staatliche Aufgabe sehen und Krankenversorgung weitgehend dem Markt überlassen, haben einen nachweislich schlechteren Gesundheitszustand der Bevölkerung im Vergleich mit Ländern ähnlichen Einkommens, bei denen der Staat auch die Finanzierung individueller Versorgung reguliert. Gute ärztliche Praxis ist ebenso auf Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung wie die Behandlung manifester Erkrankungen bedacht. Sogar in Deutschland hat Public Health bzw. das Gesundheitsamt auch Aufgaben in der Krankenversorgung, wenn es um die Versorgung besonders benachteiligter und dadurch vulnerabler Gruppen geht, etwa bei Geflüchteten, Wohnungslosen oder Drogenabhängigen. Dies bleibt aber die Ausnahme, während – wie eingangs gesehen – für Global Health die individuelle Krankenversorgung einen integrierten und gleichberechtigten Themenbereich darstellt. Welche Standards von Medizin hier verantwortbar angestrebt werden können, wird Teil der Überlegungen zum ökonomischen Kontext sein.

2.3.2 Gesundheitsschutz

Für Global Health kann deshalb eine zu starke Anlehnung an etablierte Public Health-Ethik irreführend sein. Das gilt auch deshalb, weil sich die politischen Strukturen so fundamental unterscheiden. Im gängigen Public Health sind dies überwiegend öffentliche Körperschaften, die in Deutschland unter der Aufsicht von Landes- und Bundesinstitutionen stehen. Eine dem entsprechende Weltregierung gibt es hingegen auch nicht ansatzweise, so dass global – im Gegensatz zu national – weniger ein hierarchisches Verhältnis als vielmehr ein stark fragmentiertes, in Teilen sogar kompetitives Geschehen zu beobachten ist.

Schutz der Gesundheit ist zudem eine Aufgabe, die weit über das Gesundheitssystem hinausreicht. Alle Studien zur Bedeutung des Zugangs zu Gesundheitsversorgung haben gezeigt, dass andere Determinanten weitaus entscheidender für den individuellen und damit auch kollektiven Gesundheitszustand sind. Verhalten und Verhältnisse haben einen deutlich größeren Einfluss. Was ungesunde Ernährung und Kontakt mit schädlichen Substanzen, vermeidbare Infektionen, Bewegungsmangel und Überlastung, absichtliche und unabsichtliche Verletzungen an Schaden anrichten, kann kurative und rehabilitative Versorgung nicht alles rückgängig machen. Deshalb

sind Sicherheits-, Bildungs-, Sport-, Umwelt-, Landwirtschafts- und Verkehrspolitik insgesamt für Gesundheit entscheidender als der Zustand des Gesundheitswesens. Die deshalb geforderte Health-in-All-Politik, die bei Entscheidungen in allen Politikfeldern die Berücksichtigung gesundheitlicher Auswirkungen verlangt, ist damit auch für Global Health zentral. Die Nachhaltigen Entwicklungsziele der Vereinten Nationen, bei denen das Ziel 3 Gesundheit nur als eines im Kontext von 16 weiteren Zielen zur sozialen und physischen Umwelt steht, sind deshalb kein Rückschritt für Gesundheit, sondern – bei Verwirklichung der Ziele – eine enorme Stärkung von Gesundheit.

2.4 Strategien

Global Health ist als weites Gebiet ohne Definitionshoheit durch eine denkbar große Breite von Einzelzielen und Mitteln charakterisiert. Strategien, als geplanter Mitteleinsatz zur Erreichung jeweils definierter Ziele, betreffen hier zunächst die auch aus nationaler Gesundheitspolitik bekannten Bereiche und darüber hinaus einige nur oder besser weltweit verfolgbare.

2.4.1 Forschung

Forschung zu vernachlässigten Gesundheitsproblemen gehört prominent zu Global Health. Denn es besteht das viel beschworene *90/10 gap*, dass sich in weltweiter Perspektive gefühlte 90 % der für Gesundheitsforschung eingesetzten Mittel auf 10 % der Probleme konzentrieren und entsprechend 90 % der Probleme nur 10 % erhalten. Da mit der großen Ausnahme der so genannten Armuts-assoziierten oder vernachlässigten Tropenkrankheiten, bei denen genügend wirksame, nebenwirkungsfreie und anwendungsfreundliche Arzneimittel teilweise noch fehlen, gegen die meisten Erkrankungen entsprechende Medikamente und Impfstoffe existieren, besteht ein großer Teil des Forschungsbedarfs in der Implementierungsforschung. Es geht darum, die Hindernisse und Möglichkeiten für die allgemeine Verfügbarkeit bewährter Gesundheitsmaßnahmen zu beforschen. Neben dieser Allokations- und Priorisierungsfrage von Forschungsmitteln stellen sich die bekannten forschungsethischen Fragen von vertretbaren Risiken und Belastungen, Schutz vulnerabler Gruppen und Informed Consent, der in Gesellschaften mit anderen Individualisierungs- und Bildungsverhältnissen besondere Herausforderungen mit sich bringt. Hier ist das Angebot forschungsethischer Fortbildung und Institutionen inzwischen derart prominent, dass die meisten Angehörigen der Gesundheitsberufe in Afrika beim Wort Ethik fast ausschließlich an die Forschungsregulation denken, nicht aber an Fragen der Verteilung, der Krankenversorgung und der berufsethischen Verpflichtungen.

2.4.2 Zugang zu Forschungsergebnissen und neuen Arzneimitteln

Anschließend stellt sich die Frage des Zugangs zum gewonnenen Wissen und zu den entwickelten Produkten. Hier haben die Forderungen nach generellem Open Access zu wissenschaftlichen Publikationen bereits erkennbare Veränderungen mit sich gebracht, so dass sich die Debatte auf die altbekannte Frage nach der Auswirkung von Patenten auf die Versorgung mit unentbehrlichen

Arzneimitteln konzentriert. Hier unterscheiden sich die Interessen von Ländern mit forschenden Pharmaunternehmen deutlich von denen ohne, so dass etwa der Zugang zu Medikamenten gegen HIV/AIDS erst nach massiven Konflikten durch nationale Aussetzung von Patentrechten in Südafrika erzwungen werden konnte. Inzwischen gibt es verschiedene Modelle, um etwa durch Patent-Pools LAMICs verbilligte Medikamente zu ermöglichen, während die Preise in Industrienationen die Refinanzierung der Ausgaben für Forschung und Entwicklung gewährleisten. Für tropenspezifische Erkrankungen reicht jedoch die dortige Kaufkraft für kostendeckende Entwicklung und Produktion zumeist nicht aus, so dass mittelfristige Schenkungsprogramme die Massenbehandlung des Befalls mit verschiedenen Würmern sicherstellen und neue internationale Finanzierungsmodelle wie vorauslaufende Abnahmeverpflichtungen und Erfolgsprämien die vereinbarte Entwicklung und Verteilung bestimmter Arzneimittel belohnen sollen. Vorübergehender „Impfnationalismus“ während der anfänglich Knappheit von Impfstoff gegen COVID-19 zeigt jedoch die Brüchigkeit internationaler Solidarität.

2.4.3 Vertikale und horizontale Programme

Eine sehr grundsätzliche, immer wieder spaltende Frage ist sodann, wie die nötigen Produkte und Dienstleistungen zur bedürftigen Bevölkerung gebracht werden sollen. Vor allem in Spenden-abhängigen Organisationen besteht eine Vorliebe für Programme, gelegentlich in Form von Kampagnen, die mit bekanntermaßen wirksamen Instrumenten auf ausgewählte Gesundheitsprobleme abzielen. Die Vorteile solcher „vertikalen“, oft krankheitsspezifischen Maßnahmen liegen auf der Hand: begrenztere Laufzeit und Finanzierung ebenso wie genauere Messung von Wirksamkeit, deshalb effizienterer Mitteleinsatz.

Demgegenüber ist der horizontale Ansatz von Aufbau und Stärkung des gesamten Basis-Gesundheitssystems von langjährigen Prozessen, hohem Mittelansatz und komplexer Wirksamkeitsmessung geprägt. Er kann allerdings auch erheblich langfristiger und nachhaltiger wirken, ohne dass Rückgänge von Sterblichkeit und bestimmten Krankheiten unbedingt einzelnen Maßnahmen zuzuschreiben sind. Inzwischen gilt „Diagonalisierung“ als Nutzung vertikaler Programme zum Aufbau horizontaler Strukturen als erstrebenswert. Die ethische Relevanz des Gegensatzes zwischen selektiven und umfassenden Ansätzen wird im abschließenden Teil zu behandeln sein.

2.4.4 Humanitäre Hilfe und Entwicklungszusammenarbeit

Gewisse Ähnlichkeiten mit der vertikal-horizontal-Unterscheidung weist der Unterschied zwischen Nothilfe und Entwicklungszusammenarbeit auf. Nothilfe reagiert eher kurzfristig auf vor-dringliche Gesundheitsprobleme, z. B. Epidemien von Infektionskrankheiten wie Ebola oder Cholera oder ein erhöhtes Aufkommen an Verletzten nach Erdbeben oder in kriegerischen Auseinandersetzungen, steigt dann aber auch in den Wiederaufbau ein. Entwicklungszusammenarbeit strebt dagegen den Aufbau bisher nicht vorhandener Kapazitäten an und verlangt längerfristiges Engagement. Während Humanitäre Hilfe, dem Begriff entsprechend, bei menschlicher Not

auch über politische Systemgrenzen hinweg nach den Grundsätzen der Neutralität und Unparteilichkeit geleistet werden sollte, war „Entwicklungshilfe“ lange auf (potenziell) Verbündete im Kalten Krieg und später Handelspartner beschränkt, wurde dann aber stärker Menschenrechtsbasiert, bevor mit dem Konzept der Fluchtursachenbekämpfung wieder aufgeklärtes Eigeninteresse an Bedeutung gewann. Beide Formen von Unterstützung, Nothilfe wie Entwicklungszusammenarbeit haben ihre sozialetische Berechtigung und jeweils eigene moralische Motivationskraft. Unverschuldet in Not geratenen Menschen zu helfen entspricht einem spontanen Mitgefühl, weltweite Angleichung der Gesundheitschancen durch Entwicklung ergibt sich zwangsläufig aus Überlegungen zur Gerechtigkeit. In den Aufmerksamkeitsökonomien der öffentlichen Meinung und der Politik konkurrieren beide, trotz unterschiedlicher ministerieller Zuständigkeiten (des Auswärtigen Amtes für Humanitäre Hilfe und des BMZ für Entwicklung), vergleichsweise stark, aber auch hier gibt es mit dem Konzept der „entwicklungsorientierten Nothilfe“ eine Konvergenz. Für Personal war trotz der teilweise sehr unterschiedlichen Anforderungen die Grenze durchlässig, nicht Wenige brachten ihre Erfahrungen aus dem Entwicklungsdienst später in die Nothilfe ein oder suchten nach wechselhaften Jahren kurzer Nothilfeinsätze eine längerfristige Betätigung. Dadurch konnte auch die oft wenig kontextsensible Nothilfe von der Erfahrung Mitarbeitender mit längeren, besser vorbereiteten früheren Einsätzen lernen. Ein weiterer ethisch relevanter Lernprozess war das SPHERE-Projekt, das mit seiner *Humanitarian Charter* gegenüber der früheren Haltung, Betroffene sollten dankbar für jede Form von Hilfe sein, sehr konkrete Minimalstandards der Unterstützung als Rechte formulierte, etwa bestimmte tägliche Wasser- und Nahrungsmittelmengen oder Quadratmeter Unterkunft pro Person (vgl. The Sphere Handbook 2018).

2.4.5 Industriegesellschaftliche Determinanten globaler Gesundheit

Ein Argument für die Ausweitung der Perspektive von „Gesundheitsversorgung in Entwicklungsländern“ auf Global Health war gewesen, dass der ausschließliche Blick auf Maßnahmen in LAMICs die große Bedeutung des Geschehens in Industrienationen verkenne. Deren Export von Giftmüll und Elektroschrott, subventionierten Agrarprodukten und ungesunden Lebensstilen, Nachfrage nach seltenen Bodenschätzen, Import von Kleidung und anderen Waren, die unter gesundheitsschädlichen Bedingungen produziert werden, und – wie gesehen – Anwerbung von ärztlichem Personal sowie Preispolitik für Medikamente sind für den Gesundheitszustand in den betroffenen Ländern häufig entscheidender als punktuelle Behandlungsmaßnahmen. Deshalb messen verschiedene, insbesondere die großen kirchlichen Hilfsorganisationen wie Misereor mit dem Gründungsauftrag, den Mächtigen ins Gewissen zu reden, der Bewusstseinsbildung eine nicht weniger große Bedeutung als den Hilfsprojekten bei. Dies führt zu ökonomischen Fragen und Unterschieden, ohne die Global Health kaum eine derart offenkundige ethische Brisanz hätte und die hier als Teil der Umstände thematisiert werden sollen.

2.5 Anpassung an Umstände: Gesellschaft, Ökonomie und Ökologie

Wesentliche Debatten des heutigen Global Health-Diskurses wurden zuvor unter Konzepten wie der Expansion und dem Transfer von „europäischer“ oder „westlicher“ Medizin ausgetragen. Die Beobachtung, dass der Transfer von medizinischem Wissen, Personal und Material, das in einem Teil der Welt produziert worden war und sich dort durchgesetzt hat, in andere Teile der Welt mit Anpassungen einhergeht und gehen muss, ist ebenso alt wie unabweisbar. Wenngleich inzwischen die Einseitigkeit dieses Transfers in konzeptioneller wie faktischer Hinsicht kritisiert worden ist, bleibt doch die Realität, dass auch heute die Bedingungen des jeweilige Entstehungskontextes nicht unbedingt mit denen aller möglichen Anwendungskontexte deckungsgleich sind, so dass die Frage der Passung weiterhin besteht. Allerdings hat sich zuletzt diese Frage auf die Passung zur Welt insgesamt ausgeweitet: Nicht wenige Entwicklungen des industriegesellschaftlichen Gesundheitswesens weisen nicht die aus heutiger Sicht erforderliche soziale, ökonomische und ökologische Nachhaltigkeit auf, so dass sie dem Überleben der Menschheit langfristig nicht dienen.

2.5.1 Global Health und Ökonomie: Ressourcenknappheit

Im Hinblick auf Ressourcen sieht sich Global Health nicht nur in explizit ethischer Hinsicht, sondern auch schon im unreflektierten gesundheitspolitischen Tagesgeschäft der Bewältigung zweier entgegengesetzter Aufgaben ausgesetzt, die bemerkenswerterweise schon in beiden Richtungen (neo-)kolonialer Mentalität angelastet wurde.

Die erste Aufgabe besteht in der notwendigen Anpassung an die jeweiligen Möglichkeiten der Verhinderung und Behandlung von Krankheiten. Die verbreitete Ressourcenknappheit, die insgesamt zum Glück über die Zeit abnimmt, lässt nicht zu, dass der vom medizinisch-wissenschaftlichen Standpunkt gebotene Standard überall unmittelbar verwirklicht wird. Anzahl und Qualifikation des Personals, verfügbare Medikamente und Geräte, bauliche Voraussetzungen und Ausstattung setzen hier oft nur sehr langfristig überwindbare Grenzen, was etwa im menschenrechtlichen Prinzip von *progressive realisation* anerkannt wird. Trotzdem wird der entsprechend angepassten Versorgung nicht zu Unrecht vorgeworfen, dass sie in allzu vielen Fällen eine Unterversorgung darstellt. Man hat sich vielfach vielleicht allzu leicht damit abgefunden, dass das medizinisch Indizierte einfach nicht möglich ist oder zu sein scheint. Die Organisation *Partners in Health*, die vom befreiungstheologisch inspirierten Arzt Paul Farmer an der Harvard University gegründet wurde, vertritt besonders entschieden die Verfügbarkeit der aktuell besten Behandlung auch für die Ärmsten (vgl. Richardson 2020).

Entsprechend könnte man die zweite Aufgabe so formulieren, dass man sich nicht so sehr am jeweils zunächst Möglichen, sondern an den universal gültigen Standards orientieren sollte. Diese Idee hatten sicher nicht Wenige aus dem europäischen ärztlichen Dienst und der Krankenpflege, die seit der Kolonialzeit in verschiedensten Organisationsformen auf anderen

Kontinenten tätig wurden. Für sie war das Krankenhaus der wichtigste Orientierungspunkt, mit der übergroßen Nachfrage war man auch bald überlastet und fühlte sich bestätigt. Das ist bis heute so, und nicht zu Unrecht. Aber seit der späten Kolonialzeit und noch mehr in den unabhängigen gewordenen ehemaligen Kolonialgebieten gab es daran die oft heftige Kritik, dass dies zu eurozentrisch gedacht sei und der Realität insbesondere ländlicher Regionen nicht gerecht würde. Krankheitsverhütende Maßnahmen und eine wohnort- und zeitnahe Behandlung teilweise gefährlicher Krankheiten war so nicht im Blick, so dass das Krankenhaus zu viele verhin-derbare schwere Erkrankungsverläufe häufig zu spät behandeln muss. Entsprechend war der Vorwurf vieler anti-kolonialer Argumentationen, dass das aus Europa importierte Gesundheitssystem in kolonialer Verkennung oder sogar bewusster Ignorierung der Bedürfnisse dazu führte, an europäischen Standards orientierte Versorgung für Wenige, insbesondere Weiße und städtische Eliten, gegenüber der breiten Bevölkerung bevorzugt zu haben (vgl. Turshen 1977).

Selbstverständlich sind die beiden Aufgaben nicht unvereinbar, sondern stellen eine gemeinsame Herausforderung dar. Aber dass sich eine etwas stärkere Betonung von einer der beiden Aufgaben derart massiver Kritik ausgesetzt sehen kann, zeigt, wie empfindlich die erforderliche Balance zwischen den beiden Aufgaben ist.

2.5.2 Global Health und Ökologie: physische Umwelt als Determinante

In den frühen Ursprüngen von Global Health in der Tropenhygiene des 19. Jahrhunderts waren die naturräumlichen Umweltfaktoren von überragender Bedeutung. Teilweise hervorgegangen aus der Medizinischen Geographie, wurden die beobachtbaren großen Unterschiede in Vor- und Aufkommen bestimmter Krankheiten auf räumliche Muster zurückgeführt, in denen Klima, Höhe, Wasserverhältnisse und entsprechende Vegetation eine entscheidende Rolle spielten. Dies galt insbesondere für die anfangs hohen Sterbe- und Erkrankungsraten von weißem Personal, die ja vorwiegend durch deren Wechsel in eine andere Umwelt zu erklären waren. Die aufkommende Erregerlehre relativierte dann einige dieser Faktoren, stärkte aber andere, indem sie deren Bedeutung für jeweilige Krankheitserreger, deren Vektoren und nicht-menschliche Wirtsorganismen herausarbeitete. Die starke Betonung dieser naturwissenschaftlich erforschbaren Umgebungsfaktoren führte dazu, dass Tropenmedizin so etwas wie die medizinische Leitwissenschaft für Kolonialgebiete und frühe Entwicklungszusammenarbeit wurde. Angemessene Krankheitsbekämpfung und Gesundheitsversorgung wurde überwiegend als Anpassung an die natürliche Umwelt gesehen.

Mit der Thematisierung des Zusammenhangs von Armut und Krankheit zuerst in der deutschen Sozialhygiene vor dem Ersten Weltkrieg und später der britischen Social medicine, schließlich in der Ablösung der exklusiven Rolle von Tropenmedizin durch „Medizin/Gesundheitsversorgung in Entwicklungsländern“ seit den 1970er Jahren änderte sich diese Orientierung. Gesellschaftlich bzw. ökonomisch bedingten Gesundheitsproblemen wurde mehr Aufmerksamkeit

geschenkt, der Begriff „Medizin der Armut“ benannte die Hauptursache von Krankheit und die Begrenztheit der Behandlungsmöglichkeiten (vgl. King 1966).

Mit dem wachsenden ökologischen Bewusstsein der letzten Jahrzehnte, jüngst verstärkt durch katastrophale Entwicklungen, verschob sich die Perspektive erneut. Allerdings werden die zunehmend sichtbaren gesundheitsbedrohenden Umwelteinflüsse nun hauptsächlich menschlichem Handeln zugeschrieben, so die vermehrten Kontakte mit Wildtieren durch Vordringen in deren Lebensräume und die Klimaveränderungen mit Einschränkungen der Bodennutzung, Ausbreitung von Vektoren und Erregern sowie extremen Wetterereignissen. Zuerst One Health als erneuertes Bewusstsein für die Zusammenhänge zwischen menschlicher, tierischer und Umweltgesundheit und zuletzt Planetary Health als gemeinsame Verantwortung für die Lebensgrundlagen der Menschheit wurden unerlässliche Bestandteile von Global Health.

Denn die bereits angesprochene Verursachung von großen Gesundheitsproblemen in Low Income Countries (LIC) und Lower Middle Income Countries (LMIC) durch Entscheidungen in High Income Countries (HIC) wird durch Klimawandel, der v. a. durch Emissionen der HIC und Upper Middle Income Countries (UMIC) vorangetrieben wurde, noch einmal enorm gesteigert. Als Frage von globaler (Gesundheits-)Gerechtigkeit kann das kaum überschätzt werden. Die bisher angebotenen Ausgleichszahlungen dürften kaum ausreichen, auch nur die notwendige Anpassung (*adaptation*) an die neuen Herausforderungen im Gesundheitswesen selbst vorzunehmen, etwa angesichts der Ausbreitung von Krankheitsüberträgern und –erregern durch höhere Temperaturen und die Zunahme von Überflutung und Dürren. Eine wirksame Verbesserung bei den anderen Determinanten der Gesundheit, insbesondere der bedrohten Ernährungssituation oder den steigenden beruflichen Risiken, ist so nicht möglich.

Das angestrebte „grüne“ Gesundheitswesen in Deutschland, das durch Emissions-, Material- und Energieeinsparung zur CO₂-Reduktion beitragen will, ist so nicht nur eine Maßnahme eigenützigen Klimaschutzes, sondern auch der Solidarität mit den viel stärker bedrohten Menschen in tropischen Regionen. Planetary Health als relativ junger Bereich des Engagements für eine dauerhaft lebensfreundliche oder zumindest vom Menschen bewohnbare Erde weist hier große Überschneidungen mit Global Health auf.

Letztlich geht es hier um Fragen von umfassenden *Health-in-All Policies*. Entscheidungen in allen Ressorts und Sektoren sollten darauf überprüft werden, welche gesundheitlichen Folgen sie eventuell haben. Das gilt für den Bildungssektor z. B. in Gestaltung und Umfang von schulischem Sportunterricht, in der Einführung gesundheitsrelevanter Unterrichtsfächer oder zumindest –inhalte und in der Ausrichtung tertiärer Bildung. Es gilt für den Verkehrssektor, wo nicht nur Emissionsreduktion angestrebt werden sollte, sondern auch weiterhin Verkehrssicherheit, Erreichbarkeit von Gesundheitsversorgung und gesundheitsförderlichen Aktivitäten (Schwimmbäder, Sportstätten, Wanderregionen) und Gewährleistung körperlicher Bewegung im Alltag wichtige Ziele sind. Dass entsprechende gesundheitsförderliche Entscheidungen auf Kosten anderer

Bereiche gehen können, ist unvermeidbar, was ihre jeweilige Rechtfertigung verlangt. Gesundheit ist nicht alles und profitiert auch von anderer Bildung als gesundheitlicher, etwa durch gesundheitsrelevante Sinnfindung, oder von Mobilität.

Mit diesen Verschiebungen in der Wahrnehmung und Verursachung von Gesundheitsproblemen verschiebt sich auch deren ethisch relevante Verantwortlichkeit. Bestand die Verantwortung früherer internationaler Tätigkeit in einer Anpassung an andere Umweltbedingungen, also hauptsächlich Adaptation, sieht sie sich heute auch in der Mitverantwortung für die Veränderungen. Mitigation als Verpflichtung zur Abmilderung der Veränderungen tritt zur Adaptation an die bereits eingetretenen oder nicht mehr vermeidbaren Umweltveränderungen, z. B. durch Hitzepläne, ausgeweitete Wasserhygiene, Vektorkontrolle und Behandlungsmöglichkeiten, Untersuchung auf eventuelle Mangelzustände, um nur einige besonders dringende oder offensichtliche zu nennen.

3 Global Health als normatives Gebiet

3.1 Global Health, Medizin und ihre Ethik: Euro- und Medikoentrismus

Ein wesentlicher Ausgangspunkt von Global Health Ethics ist eine sehr grundsätzliche Kritik am durchgängigen Ethno-/Euro- und Medikoentrismus der dominierenden Biomedizinischen Ethik (vgl. Bruchhausen 2001; Ten Have 2016). Durch ihren Ursprung in Ärztlicher Ethik habe sie von Anfang an Fragen der (finanziell etablierten) individuellen „Arzt-Patient-Beziehung“ gegenüber sozialetischen Perspektiven favorisiert und somit eine Einbindung anderer Determinanten, deren Bedeutung für Gesundheit deutlich größer als ärztliche Versorgung ist, behindert. Auch wenn sich dann die eher philosophisch argumentierende Bioethik spätestens seit den 1980er Jahren ausdrücklich gegen die Exklusivität Ärztlicher Ethik wandte, blieb der Fokus auf der Krankenversorgung und biomedizinischen Forschung (vgl. Bruchhausen 2014). Schon Public Health hatte es in dieser neuen Ethik deutlich schwerer, und der Eurozentrismus stieg durch die ausdrückliche Berufung auf besonders prominente Werte aus der westlichen Tradition, wie *autonomy* und Kant oder *beneficence* und Utilitarismus (Beauchamp, Childress 2019), sogar noch einmal deutlich an. Das hat sich bis heute kaum geändert, Interkulturalität führt ein marginalisiertes Dasein, hauptsächlich für den ethisch korrekten Umgang mit nicht-westlichen Minderheiten (vgl. Grützmann u.a. 2014) – die aber weltweit gesehen die Mehrheit darstellen. Aus dieser Erfahrung heraus entstand schon früh eine eigene Zeitschrift *Development World Bioethics*, die diesen Zustand zementierte, weil entsprechende Manuskripte nun noch einfacher und guten Gewissens aus der „eigentlichen“ Bioethik, die eine vorwiegend „westliche“ ist, herausgehalten werden konnten.

3.2 Global Health zwischen Effizienz und Gleichheit: Der universale Anspruch

Die Spannung zwischen Effizienz und Gleichheit ist so alt wie das öffentliche Engagement für Gesundheit. Die selektive Konzentration auf bestimmte Gesundheitsprobleme kann große gesundheitliche und ökonomische Vorteile für die jeweiligen Gruppen haben, schließt aber genau dadurch auch andere Gruppen aus. Bekämpfungsprogramme besonders häufiger oder gut zu bekämpfender Krankheiten, in Global Health seit den Millennium-Entwicklungszielen v. a. HIV/AIDS, Tuberkulose und Malaria, kommen Menschen mit ganz anderen Gesundheitsproblemen nicht zugute, höchstens indirekt als Verminderung des Risikos für weitere Erkrankungen.

Die Vorteile selektiver Gesundheitsprogramme zeigten sich schon in den Anfängen der Globalisierung von Gesundheitsmaßnahmen, die sich mit den Internationalen Sanitätskonferenzen zur Cholera und der kolonialen Seuchenbekämpfung im 19. Jahrhundert, v. a. von Pocken, Wurmerkrankungen und Malaria, ansetzen lassen. Eine effektive Bekämpfung von Infektionskrankheiten verhindert wirtschaftliche Ausfälle und zahlreiche Todesfälle. In der Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg, als der Ost-West-Konflikt andere gesundheitspolitische Gemeinsamkeiten verhinderte, führte zunächst die WHO selbst die globalen Eradikationsprogramme durch, neben den Pocken nun auch Malaria, Yaws und später Poliomyelitis. Erst in der kleinen Entspannungszeit der 1970er Jahre konnte die WHO mit *Health for all by the Year 2000* und *Primary Health Care* (PHC) eine Programmatik für die ganze Breite der Gesundheitsversorgung vereinbaren. Doch nun wurde ihr bisheriger Partner selektiv: UNICEF ließ sich ins Lager derjenigen ziehen, die lieber eine begrenzte Anzahl nachgewiesenermaßen besonders effektiver Gesundheitsinterventionen, wie die Zucker-Salz-Mischungen bei Austrocknung durch Durchfallerkrankungen, Stillen, Impfen, mehr Zeit zwischen den Geburten, unterstützten (*Selective Primary Health Care*) (Walsh, Warren 1979), als auf die langsame Entwicklung des ganzen Gesundheitswesens zu warten (*Comprehensive Primary Health Care*). Auch die Millennium-Entwicklungsziele waren mit ihrer exklusiven Fokussierung auf Kinder- und Müttersterblichkeit sowie die häufigsten tödlichen Infektionskrankheiten erneut höchst selektiv, weil die Staatengemeinschaft schnelle sichtbare Erfolge gewährleisten sehen wollte.

Demgegenüber gab es immer wieder auch Versuche, die ganze Breite des Bedarfs an Gesundheitsdienstleistungen als Frage von Gleichheit und Gerechtigkeit, also *Equity*, in den Blick zu nehmen: die Sozialmedizin der Zwischenkriegszeit, das Menschenrecht auf den bestmöglichen Gesundheitszustand 1948, die erwähnte PHC und schließlich seit 2016 die heutigen Nachhaltigen Entwicklungsziele, die mit einer Ausweitung der adressierten Gesundheitsprobleme auf vernachlässigte und nicht-infektiöse Gesundheitsprobleme sowie *Universal Health Coverage*, also umfassende Versorgung und Absicherung im Krankheitsfall, das Bemühen um Gesundheitsgerechtigkeit erheblich steigern.

3.3 Welche Anforderungen muss Global Health Ethics erfüllen?

Die große Herausforderung einer angemessenen Global Health Ethik besteht also darin, einen starken Universalismus in Form von *Equity* und Menschenrechten, v. a. des Rechts auf den bestmöglichen Gesundheitszustand mit einer hochgradigen Sensibilität für ökonomisch, sozio-kulturell und ökologisch höchst unterschiedliche Kontexte zu verbinden. Trotz ihrer erkennbaren Herkunft aus westlichen Erfahrungen und Denktraditionen, insbesondere dem stoischen und christlichen Naturrecht, den Befreiungskämpfen von herrschaftlichen Privilegien und der Herausbildung des modernen Sozialstaats, sind die Menschenrechte als international konsentiertere Normen grundsätzlich allen philosophischen Entwürfen einzelner Personen und Gruppen überlegen. Ihre gelegentliche militante Ablehnung mit Verweis auf die traditionellen Werte anderer Kontinente entstammt zumeist durchsichtiger Propaganda von Herrschenden, nicht den existenziellen Bedürfnissen breiter, v. a. marginalisierter Bevölkerungskreise. Ausnahmen liegen hier v. a. im Bereich solcher individueller Freiheiten, die im Konflikt mit Familien- und religiösen Werten liegen, was einen kultursensiblen Dialog nicht nur mit den bereits stark „Verwestlichten“ verlangt. Ansonsten ist der Gesundheitsbereich außerhalb bioethischer Debatten, z. B. um Schwangerschaftsabbruch oder Tötung auf Verlangen, die zumeist nicht die Kernaufgaben von Krankenversorgung und Krankheitsprävention betreffen, tendenziell eher weniger betroffen von kulturellen Konflikten als etwa Bildungs-, Geschlechter- und Arbeitsmarktpolitik. Die großen weltweiten Gemeinsamkeiten im Hinblick auf Erwünschtheit oder Unerwünschtheit bestimmter gesundheitlicher Zustände und das simple Faktum, dass – im Gegensatz zu begrenzten materiellen Ressourcen – ein guter Gesundheitszustand eines Menschen keinen schlechteren anderer mit sich bringt (Gesundheit also ein *non-rival good* ist), vermindert hier die Zahl möglicher Streitpunkte. Nur die Verteilung der Kosten individueller Behandlung führt zu dauerhaften Konflikten, die aber weniger durch kulturelle als durch sozio-ökonomische Unterschiede bedingt sind.

Letztlich lässt sich Global Health Ethics nach dem Vorbild der aristotelischen Tugendethik konzipieren, nämlich als gut reflektierte und begründete „goldene Mitte“ (*mesotes*) zwischen jeweiligen Extremen – was keineswegs Äquidistanz bedeuten kann. Bei der Entscheidung zwischen lokalen und universalen Werten muss sie die unzweifelhaft universalen höher einschätzen, bei der zwischen vertikal und horizontal sollte sie stärker dem Horizontalen zuneigen. Eine solche Tendenz zum jeweils Letzteren, das hier zugleich das Umfassendere darstellt, ist auch bei der Abwägung zwischen Eigeninteresse und allgemeiner Gleichheit, bei der zwischen Kurz- und Langfristigkeit und bei der zwischen dem lokal aktuell Möglichen und dem aufgrund medizinisch-wissenschaftlicher Standards auf Dauer Gebotenen notwendig. Vieles, wahrscheinlich das meiste an Entscheidungen hat es also mit dem Vorläufigen, dem noch nicht Möglichen, dem Begrenzten einerseits und dem langfristig und umfassend Anzustrebenden andererseits zu tun. Diese hochgradige Dynamik, in der wissenschaftlich-technische Innovationen nicht als bereits weitgehend implementiert vorausgesetzt werden können, sondern als noch zu Implementierende in die Abwägung eingehen, begegnet etwa in der weitaus stärker punktuell ausgerichteten

klinischen Ethik zwangsläufig eher selten. Aber auch traditionelle Sozialethik dürfte vom Tempo, mit dem sich bestimmte Gesundheitsinterventionen, etwa die allgemeine Verfügbarkeit von Medikamenten gegen HIV/AIDS nach 2000, durchsetzen könn(t)en, herausgefordert sein.

Global Health Ethics muss dabei – trotz oder gerade wegen der utilitaristischen Anklänge ihrer Ausrichtung auf ein zukünftiges Gesamtwohl – immer der Versuchung widerstehen, den Ansprüchen der aktuell Bedürftigen nicht genügend gerecht zu werden. Im Vorgriff auf unbedingt später zu verwirklichende Gesundheitsstandards das im Augenblick Mögliche einfach nicht zu tun, würde nicht menschenrechtlichen und berufsethischen Standards entsprechen. Die Vorliebe für die Ausrottung oder zumindest Kontrolle bestimmter Infektionskrankheiten, die von der Weltgemeinschaft im Ost-West-Konflikt und später noch einmal in den Millennium-Entwicklungszielen gegenüber der Umsetzung umfassender Krankenversorgung gezeigt wurde, deutet in diese problematische Richtung. Hier muss eine Sozialethik, die wie die Christliche das Gemeinwohl nicht als aggregierten Nutzen, sondern als Berücksichtigung Aller versteht, aufmerksame Begleiterin sein. Sie entspricht damit zugleich dem großen Motto der aktuell verfolgten Nachhaltigen Entwicklungsziele: „Niemanden zurücklassen“ (*Leave no one behind/LNOB*).

Literaturverzeichnis

- Beauchamp, Tom L.; Childress, James F. (2019): Principles of Biomedical Ethics. New York; Oxford: Oxford University Press.
- Bruchhausen, Walter (2001): Medizin und Moral ohne Kontext. Die ethnomedizinische Kritik an der Bioethik. In: Ethik in der Medizin 13, 176–192.
- Bruchhausen, Walter (2014): Was braucht Global Health Ethics: Globalisierung von Bioethik oder neue Ansätze?. In: Zeitschrift für medizinische Ethik 60, 107–122.
- Buchanan, Allen; DeCamp, Matthew (2021): Responsibility for Global Health. In: Solomon Benatar, Gillian Brock (Hg.): Global Health. Ethical Challenges. 2. Aufl. Cambridge, New York: Cambridge University Press, 136–146.
- CESCR (UN-Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte) (2000): General Comment No. 14: Das Recht auf ein Höchstmaß an Gesundheit (Artikel 12), 22. Session, E/C.12/2000/4.
- Commission on Macroeconomics and Health (2001): Macroeconomics and health. Investing in health for economic development. Genf: WHO. <https://who.int/iris/handle/10665/42435>.
- Damm, Hannah Kathrin (2022): Der WHO-Kodex zur Steuerung der globalen Arbeitsmigration von Gesundheitskräften (2010). Eine sozialetische Analyse (Sozialetische Arbeitspapiere des Instituts für Christliche Sozialwissenschaften, 20). <https://doi.org/10.17879/52029695447>.
- Gesang, Bernward (2022): Darf ich das oder muss ich sogar?. Berlin, Heidelberg: J.B. Metzler.
- Grützmann, Tatjana; Peters, Tim; Bruchhausen, Walter; Coors, Michael; Jacobs, Fabian; Kaelin, Lukas; Knipper, Michael; Kressing, Frank; Neitzke, Gerald (2014): Grundsätze zum Umgang mit Interkulturalität in Einrichtungen des Gesundheitswesens. In: Ethik in der Medizin 26, 65–75.
- Hunter, David; Dawson, Angus J. (2021): Is There A Need for Global Health Ethics? For and Against. In: Solomon Benatar, Gillian Brock (Hg.): Global Health. Ethical Challenges. 2. Aufl. Cambridge, New York: Cambridge University Press, 98–109.
- King, Maurice (1966): Medical care in developing countries. A primer on the medicine of poverty and a symposium from Makerere. Nairobi: Oxford University Press.
- Koplan, Jeffrey P.; Bond, T. Christopher; Merson, Michael H.; Reddy, K. Srinath; Rodriguez, Mario Henry; Sewankambo, Nelson K.; Wasserheit, Judith N.; Consortium of Universities for Global Health Executive Board (2009): Towards a common definition of global health. In: The Lancet 373 (9679), 1993–1995. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60332-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60332-9).
- Luhmann, Niklas (1990): Der medizinische Code. In: Soziologische Aufklärung 5. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Pallister-Wilkins, Polly (2021). Saving the souls of white folk: Humanitarianism as white supremacy. In: Security Dialogue. 52 (1), 98–106. <https://doi.org/10.1177/09670106211024419>.
- Rahner, Karl (1955): Über die Frage einer formalen Existentialethik. In: ders.: Schriften zur Theologie (2). Einsiedeln: Benziger, 227–246.
- Richardson, Eugene T. (2020): Epidemic Illusions. On the Coloniality of Global Public Health. Cambridge, MA, London: The MIT Press.
- Savedoff, David (2019): Why Do Societies Ever Produce Common Goods for Health?. In: Health Systems & Reform 5 (4), 402–405. <https://doi.org/10.1080/23288604.2019.1655982>.
- Schmidbauer, Wolfgang (1983): Helfen als Beruf. Die Ware Nächstenliebe. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt.

- Ten Have, Henk (2016): *Global Bioethics. An Introduction*. Abingdon, New York: Routledge.
- The Sphere Handbook (2018). 4. Aufl. Rugby: Practical Action Publishing.
- Turshen, Meredith (1977): The Impact of Colonialism on Health and Health Services in Tanzania. In: *International Journal of Health Services* 7 (1), 7–35. <https://doi.org/10.2190/L9G4-KJVK-AW7A-Q9JD>.
- US Institute of Medicine (1997): *America's Vital Interest in Global Health. Protecting Our People, Enhancing Our Economy, and Advancing Our International Interests*. Washington, D.C.: National Academy Press.
- Walsh, Julia A.; Warren, Kenneth S. (1979): Selective primary health care: An interim strategy for disease control in developing countries. In: *New England Journal of Medicine* 301 (18), 967–974. <https://doi.org/10.1056/NEJM197911013011804>.
- WHO (1950): *Basic Documents*. Genf: World Health Organization.
- WHO (2007): *Everybody's business. Strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action*.
- WHO (2010): *WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel*. WHA63.16. <https://who.int/publications/i/item/wha68.32>.
- WHO (2016): *Global strategy on human resources for health: Workforce 2030. Draft for the 69th World Health Assembly*. Genf: World Health Organization.

Der Autor

Bruchhausen, Walter, Prof. Dr. med, Dipl.Theol., M.Phil.

Stiftungsprofessur und Leitung der Sektion „Global Health“ am Institut für Hygiene und Public Health des Universitätsklinikums Bonn.

Weitere Forschungsschwerpunkte des Autors: interkulturelle und anthropologische Medizinethik, Zusammenspiel von Medizin und Religion sowie die Geschichte Globaler Gesundheit, v. a. in beiden deutschen Staaten und in Afrika

Kontakt: walter.bruchhausen@ukbonn.de

Bisher erschienene Sozialethische Arbeitspapiere des ICS

Arbeitspapier Nr. 1:

Heimbach-Steins, Marianne / Enxing, Julia / Görtz-Meiners, Vanessa / Krause, Felix / Riedl, Anna Maria (2015): Voraussetzungen, Ansätze und Schwierigkeiten der Vermittlung von kirchlicher Lehre und christlicher Praxis: eine theologische Stellungnahme zur Außerordentlichen Bischofssynode zur Familie 2014.

Arbeitspapier Nr. 2:

Heimbach-Steins, Marianne (2015): Flüchtlinge und Flüchtlingspolitik: ethische Prüfsteine.

Arbeitspapier Nr. 3:

Heimbach-Steins, Marianne / Stockmann, Nils (2015): „Pope for Planet“?: Laudato Si‘ als „dringliche Einladung zum Dialog“ (LS 14) und das weltweite Echo auf die Enzyklika.

Arbeitspapier Nr. 4:

Urselmann, Judith / Heimbach-Steins, Marianne (2016): Migration und Stadt: eine sozialethische Skizze.

Arbeitspapier Nr. 5:

Heimbach-Steins, Marianne / Motzigkeit, Denise / Redemann, Janine / Frerich, Karolin / Štica, Petr (2016): Familiäre Diversität und pastorale Unterscheidung. Eine theologisch-ethische Analyse zum nachsynodalen Schreiben Amoris laetitia.

Arbeitspapier Nr. 6:

Bausch, Christiane / Eggers, Nina E. (2017): Zur Frage der Grenzen von Solidarität und Verantwortung in der europäischen Flüchtlingspolitik.

Arbeitspapier Nr. 7:

Riedl, Anna Maria (2017): Kindeswohl zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Sozialethische Sondierungen zu Fragen der Anerkennung und einer Ethik der Verletzlichkeit.

Arbeitspapier Nr. 8:

Heimbach-Steins, Marianne (verantwortl.) / Filipovic, Alexander (verantwortl.) / Becker, Josef / Behrens, Maren / Wasserer, Theresa (2017): Grundpositionen der Partei „Alternative für Deutschland“ und der katholischen Soziallehre im Vergleich. Eine sozialethische Perspektive.

Arbeitspapier Nr. 9:

Heimbach-Steins, Marianne (2017): Religion als Ressource politischen Handelns – Chancen und Herausforderungen für die innerchristliche Ökumene.

Arbeitspapier Nr. 10:

Soggeberg, Philipp (2018): Katholische Jugendverbände als Träger der kirchlichen Soziallehre – das theologische Selbstverständnis des Bundes der Deutschen Katholischen Jugend (BDKJ) im Spiegel des Sozialworts der Jugend.

Arbeitspapier Nr. 11:

Heimbach-Steins, Marianne (2019): Solidarisch, nachhaltig, beteiligungsgerecht: Weltkirchliche Caritas-Arbeit – Notizen einer Peru-Reise mit Caritas International.

Arbeitspapier Nr. 12:

Hänselmann, Eva / Heimbach-Steins, Marianne / Quaing, Lea (2019): Angehörigenpflege – unsichere Existenz und politische Vereinnahmung.

Arbeitspapier Nr. 13:

Behrens, Maren (2020): Eine philosophische Auseinandersetzung mit der katholischen Genderkritik.

Arbeitspapier Nr. 14:

Heimbach-Steins, Marianne / Bachmann, Claudius / Hänselmann, Eva / Ladenburger, Barbara / Ostertag, Lina-Marie / Quaing, Lea / Rehbach, Lukas / Slater, Gary / Urselmann, Judith (2021): Die Enzyklika Fratelli tutti von Papst Franziskus (3. Oktober 2020). Sozialethische Beobachtungen und Analysen.

Arbeitspapier Nr. 15:

Bachmann, Claudius (2021): Lohn(un)gerechtigkeit – wirtschafts- und sozialethische Überlegungen.

Arbeitspapier Nr. 16:

Hänselmann, Eva (2022): Digitale Technik in der Altenpflege. Eine sozialethische Reflexion.

Arbeitspapier Nr. 17:

Hagedorn, Jonas / Hänselmann, Eva / Emunds, Bernhard / Heimbach-Steins, Marianne (2022): Doppelte Personenzentrierung. Leitidee für den Leistungsmix in der häuslichen Versorgung.

Arbeitspapier Nr. 18:

Bachmann, Claudius / Heimbach-Steins, Marianne (2022): Alterssicherung – Lebensqualität – Teilhabe. Eine sozialethische Arbeitsskizze in programmatischer Absicht.

Arbeitspapier Nr. 19:

Hänselmann, Eva / Slater, Gary (2022): Interrogating cultural assumptions: a productive challenge for social ethics.

Arbeitspapier Nr. 20:

Damm, Hannah Kathrin (2022): Der WHO-Kodex zur Steuerung der globalen Arbeitsmigration von Gesundheitskräften (2010). Eine sozioethische Analyse.

Arbeitspapier Nr. 21:

Akakpo, Coffi Régis Vladimir (2023): Das katholische Bildungswesen in Benin unter dem Anspruch der Option für die Armen.

Arbeitspapier Nr. 22:

Ostertag, Lina-Marie (2023): Kirchliche Akademien als Orte kultureller Diakonie. Eine sozioethische Analyse anhand ausgewählter Akademieprogramme.

Arbeitspapier Nr. 23:

Verhoeven, Johann Heinrich (2023): Kirchliche Landverpachtung im Dilemma. Zum sozioethischen Umgang mit landwirtschaftlichen Flächen kirchlicher Träger im Bistum Münster.



Die Arbeitspapiere sind online verfügbar unter:

<https://www.uni-muenster.de/FB2/ics/publikationen/Arbeitspapiere.html>