

ZfME auch
online
www.zfme.de

Zeitschrift für medizinische Ethik

Wissenschaft • Kultur • Religion

68. Jahrgang 2022

Heft 3

Globale Gesundheits- versorgung

- | | |
|----------------------------|---|
| M. Bonk/O. Döring | Globale Gesundheit und Ethik: Wo stehen wir heute? |
| W. Bruchhausen/
E. Kuhn | Das Menschenrecht auf Gesundheit, seine inhaltliche Einbettung und institutionelle Absicherung |
| B. Häussler | Arzneimittelpreise zwischen ökonomischen Partikularinteressen und gerechter globaler Verteilung |
| M. Kuhnert | Globale Gesundheit und Option für die Armen: eine Mammutaufgabe für die katholische Kirche in Deutschland |
| U. Holzgrabe | Globale Versorgung mit sicheren Arzneimitteln – eine Einschätzung |

Zeitschrift für medizinische Ethik

Wissenschaft · Kultur · Religion

Herausgegeben im Auftrag der Görres-Gesellschaft.

Schriftleitung/Editorial Board:

Prof. Dr. Franz-Josef Bormann (geschäftsführender Herausgeber/Editor-in-Chief)
Eberhard Karls Universität Tübingen, Lehrstuhl für Moralthologie, Liebermeisterstr. 12,
D – 72076 Tübingen, E-Mail: franz-josef.bormann@uni-tuebingen.de

Prof. Dr. Andreas Heller
Universität Graz, Institut für Pastoraltheologie und Pastoralpsychologie, Heinrichstraße 78 A/DG,
A – 8010 Graz, E-Mail: andreas.heller@uni-graz.at

Prof. Dr. Dirk Lanzerath
Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften (DRZE), Bonner Talweg 57,
D – 53113 Bonn, E-Mail: lanzerath@drze.de

Prof. Dr. Stephan Sahm
Goethe Universität Frankfurt a. M., Dr. Senckenbergisches Institut für Geschichte und
Ethik der Medizin; Ketteler Krankenhaus gGmbH, Medizinische Klinik I, Lichtenplattenweg 85,
D – 63071 Offenbach, E-Mail: s.sahm@ketteler-krankenhaus.de

Redaktion:

Dr. Florian Funer
Eberhard Karls Universität Tübingen, Lehrstuhl für Moralthologie, Liebermeisterstr. 12,
D – 72076 Tübingen, E-Mail: redaktion@zfme.de

Wissenschaftlicher Beirat/Scientific Board:

Klaus Baumann (Universität Freiburg i. Br.)

Hermann Brandenburg (Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar)

Peter Dabrock (Universität Erlangen)

Karl-Heinz Leven (Universität Erlangen)

Urban Wiesing (Universität Tübingen)

1. Einleitung: Zur Gesundheit

Gesundheit ist, laut der Verfassung der Weltgesundheitsorganisation (WHO), seit 1946, „ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen“.¹

Global kann in diesem Zusammenhang zweierlei bedeuten: zum einen alle realen Subjekte, die sich in diesem Zustand befinden (sollen) und zum anderen die abstrakte Einheit aller Faktoren des ‚Wohlergehens‘, die ‚Gesundheit‘ ausmachen. Als globale Gesundheit verstehen wir daher die Gesamtheit der Zustände aller Menschen auf der Erde hinsichtlich ihres Wohlergehens, und darauf bezogen das Konzept der Globalen Gesundheit als philosophischer, soziologischer oder politischer Leitbegriff mit programmatischer Bedeutung. Das politische Bewusstsein und die entsprechende Aufmerksamkeit für soziale Fragen hat sich, angetrieben durch Globalisierungsprozesse und verschiedene geopolitische und soziokulturelle Entwicklungen, in den vergangenen drei Jahrzehnten national und international stärker herausgebildet, und zunächst besonders in der Millennium-Entwicklungsagenda der Vereinten Nationen niedergeschlagen. Dabei spielte, nach dem Fall des Eisernen Vorhangs Ende der 1980er und Anfang der 1990er Jahre, ein multilaterales Interesse an einer friedlicheren, gerechteren und gesünderen Welt eine große Rolle. Somit weist ‚Globale Gesundheit‘, inhaltlich und konzeptuell, über politische und soziologische Fragestellungen hinaus, auf eine ethische Gesamtperspektive, die medizinische Aufgaben in einen Zusammenhang mit verschiedenen Lebenswirklichkeiten, ökonomischen und Werte-Vorstellungen bringt. Sie stellt die Menschheit vor die Aufgabe, Anspruch und Wirklichkeit von ‚Gesundheit‘ miteinander in Übereinstimmung zu bringen.

„Das Konzept der Globalen Gesundheit entwickelt einen umfassenden, menschenrechts-basierten, multidisziplinären und ganzheitlichen Ansatz. Dabei stehen die Ziele Gesundheit für alle Menschen weltweit und globale Gerechtigkeit im Mittelpunkt. Globale Gesundheit bearbeitet transnationale Gesundheitsprobleme, Determinanten und Lösungen an den Schnittstellen zwischen Politik, Wissenschaft und Gesellschaft und fördert die interdisziplinäre Zusammenarbeit. Dieser Ansatz der Globalen Gesundheit ergänzt und verstärkt die Aktivitäten zur Umsetzung der Agenda 2030 und der UN-Nachhaltigkeitsziele (SDGs)“

Definition ‚Globale Gesundheit‘ des Institut für Globale Gesundheit Berlin.²

Hieraus ergibt sich eine Reihe von Fragen zur derzeitigen Lage der globalen Gesundheit:

- Wie steht es um das Ziel, Gesundheit für alle Menschen weltweit zu erreichen?
- Sind wir auf dem richtigen Weg, um eine gesunde Welt zu schaffen?
- Gibt die Globale Gesundheit selbst in Zeiten zunehmender weltweiter Krisen eine gemeinschaftliche Vision, an der sich Politik, Wissenschaft und Gesellschaft in Ihrem Handeln orientieren können?
- Was kann Ethik hierzu beitragen?

Im Folgenden werden wir die historische Entwicklung zur Globalen Gesundheit über die letzten Jahrzehnte nachzeichnen und dabei die wichtigsten Strukturen, Akteure, Probleme und Zielsetzungen benennen. Eine vorläufige Bestandsaufnahme angesichts zugespitzter Krisenlagen leitet dann zur Diskussion der Frage über, welche Rolle Ethik im Rahmen der Globalen Gesundheit spielt und welchen konstruktiven Beitrag sie angesichts der laufenden Dramatisierung und Unübersichtlichkeit der globalen Gesundheit leisten kann.

2. Entwicklungen und Erfolge

2.1 Von der Millennium-Entwicklungserklärung zur Agenda 2030

Im Jahr 2000 stellten die Vereinten Nationen (UN) einen tiefgreifenden Handlungsbedarf fest: Die ökonomische, soziale und ökologische Verfassung der Welt wurde als nicht nachhaltig eingestuft. Mit der Verabschiedung der Millenniums-Erklärung durch die Mitgliedsstaaten intensivierten die UN ihre Bemühungen um eine weltweite nachhaltige Entwicklung. Dabei wurden die Themen Armut, Frieden und Abrüstung, Umweltschutz sowie Menschenrechte, Demokratie und gute Regierungsführung als zentrale Herausforderungen für Gesundheit im 21. Jahrhundert benannt. Mit dem grundlegenden Ziel, substanzielle Fortschritte in der Verbesserung der Lebensbedingungen für die Armen in der Welt zu erreichen, wurden acht messbare Ziele festgelegt: die sogenannten Millennium-Entwicklungsziele (*Millennium Development Goals*, MDGs). Diese MDGs umfassten die Handlungsfelder Einkommensarmut und Hunger, Schulbildung, Gleichstellung der Geschlechter, Gesundheit, Umwelt und weltweite Entwicklungspartnerschaft. Drei der acht Entwicklungsziele bezogen sich ausdrücklich und unmittelbar auf medizinische Gesundheitsfragen, vor allem die Kontrolle epidemischer Krankheiten, wie HIV, Malaria und Tuberkulose, und die Verminderung der Sterblichkeitsrate bei Müttern, Neugeborenen und kleinen Kindern. Die anderen fünf Ziele enthielten implizit gesundheitsrelevante Bezüge und trugen vielfältig zum Verständnis der Aufgaben gemäß dem umfassenden Gesundheitsbegriff der WHO bei. Die globale Gesundheit stand also direkt und indirekt im Zentrum der UN-Entwicklungsagenda und der MDGs. Gesundheit war damit als Grundvoraussetzung für eine nachhaltige soziale, wirtschaftlich und ökologisch verträgliche Entwicklung anerkannt.³

Mit den MDGs verfügte die Weltgemeinschaft auch erstmals über einen gemeinsamen Referenzrahmen für globale Entwicklungsbemühungen, die messbar und mit einem festen Kontrolltermin verknüpft waren. Dadurch konnten eine große politische Mobilisierung und die Erhöhung der finanziellen Ressourcen erreicht werden.⁴ Die MDGs haben dazu beigetragen, mehr als eine Milliarde Menschen aus der extremen Armut zu befreien, den weltweiten Hunger zu bekämpfen, mehr Kindern, insbesondere Mädchen, den Schulbesuch zu ermöglichen, die Mütter- und Kindersterblichkeit deutlich zu senken und die Gesundheit von Milliarden von Menschen abzusichern. Trotz aller eindrucksvollen Erfolge mussten aber auch weiterhin regional und sozial große Ungleichheiten festgestellt werden. Die Fortschritte waren nicht gleichmäßig wirksam. Insbesondere die etwa 1,5 Milliarden Menschen, die in von Krisen oder Konflikten betroffenen Ländern oder am Rand ihrer Gesellschaft leben, wurden trotz aller Bemühungen nicht angemessen erreicht.⁵

Laut einer aktuellen Statistik der WHO wird die Weltbevölkerung immer älter und lebt mehr Jahre in guter Gesundheit. Zwischen 2000 und 2019 ist die weltweite Lebenserwartung bei der Geburt von 66,8 Jahren im Jahr 2000 auf 73,3 Jahre im Jahr 2019, und die gesunde Lebenserwartung (*Healthy Life Expectancy*, HALE) von 58,3 Jahren auf 63,7 Jahre angestiegen. Bei beiden Indikatoren erreichen Frauen höhere Werte als Männer. Insbesondere in Ländern mit niedrigem Einkommen ist in diesem Zeitraum die Lebenserwartung im Schnitt um mehr als elf Jahre und die gesunde Lebenserwartung um fast zehn Jahre angestiegen. Dies wird in erster Linie auf die deutlichen Fortschritte bei der Senkung der Sterblichkeitsrate bei Kindern unter fünf Jahren zurückgeführt. Eine höhere Lebenserwartung trägt im Verlauf dann allerdings auch zu einer statistisch höheren Krankheitslast bei, insbesondere durch nichtübertragbare und verhaltens- oder umweltabhängige Erkrankungen (*Non-Communicable Diseases*, NCDs), wie etwa chronischen Herz- oder Lungenkrankheiten, Diabetes, Krebserkrankungen, rheumatischen oder neuropsychiatrischen Erkrankungen. Der weltweite Anteil der NCD-Todesfälle an allen Todesfällen stieg dabei von 60,8 % im Jahr 2000 auf 73,6 % im Jahr 2019. Diese Befunde deuten auf Handlungsbedarf bezüglich der konkreten Lebens- und Arbeitsumstände hin, sowohl mit Blick auf Prävention als auch auf die Versorgung.

Während in den hoch entwickelten Ländern bis zu 85 % der Todesfälle auf nichtübertragbare Krankheiten zurückzuführen sind, waren übertragbare Krankheiten sowie mütterliche, perinatale und ernährungsbedingte Erkrankungen immer noch für fast die Hälfte aller Todesfälle in den Ländern mit niedrigem Einkommen verantwortlich. Infektionen der unteren Atemwege, Durchfallerkrankungen, HIV/AIDS, Tuberkulose und Malaria zählen dort weiterhin zu den zehn häufigsten Todesursachen.⁶ Es bleiben der Weltgemeinschaft also große Aufgaben für Gesundheitsaufklärung und Infrastruktur-Entwicklung, im gesamten Spektrum von verhaltens- und umweltbedingten Krankheiten.

Auch das rasante Wachstum der Entwicklungs- und Schwellenländer seit der Jahrtausendwende, die weiter ansteigende Spannung zwischen Arm und Reich, die Verschärfung ökologischer Probleme und die erwartete Bevölkerungszunahme auf mehr als neun Milliarden Menschen bis 2050 hat die UN-Konferenz zu Nachhaltiger Entwicklung im Jahr 2015 veranlasst, ihre Strategie nachzuschärfen. Die neue Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung umfasst 17 Nachhaltigkeitsziele (*Sustainable Development Goals*, SDGs) sowie 169 Unterziele.⁷ Die SDGs lösen die MDGs ab und stärken den Gedanken der nachhaltigen Entwicklung, indem sie – anders als die MDGs – neben den sozialen auch verstärkt ökologische und ökonomische Dimensionen nachhaltiger Entwicklung berücksichtigen, also die vom Menschen gemachten systemischen Faktoren breiter in den Blick nehmen. Zudem gelten sie – ebenfalls im Unterschied zu den MDGs – sowohl für Industrie- und Entwicklungsländer gleichermaßen, nehmen also konsequenter eine verbindende globale Perspektive ein.

Ob die globale Gesundheit, als zentraler Bestandteil der MDGs, durch den Übergang zu den deutlich umfassenderen SDGs aus dem Zentrum der Aufmerksamkeit rücken würde, war zumindest bis zur COVID-19-Pandemie unklar. Die Strategie, ‚Gesundheit in allen Politikfeldern‘ zu verankern, sollte der neuen Komplexität eine Kohärenzperspektive geben. Die Akteure und die Governance im Bereich der Globalen Gesundheit hatten entsprechende erste Schritte unternommen. So wurde im September 2019 am Rande der 74. UN-Generalversammlung in New York, unter anderem initiiert von der

damaligen Bundeskanzlerin Angela Merkel, der Globale Aktionsplan (GAP) für ein gesundes Leben und Wohlergehen für alle vorgestellt. Ein besonderer Schwerpunkt dieses Plans lag auf der verbesserten Koordination und Zusammenarbeit zwischen den 12 GAP-Unterzeichnern GAVI, GFF, Global Fund, UNAIDS, UNDP, UNFPA, UNICEF, UNITAID, UNWOMEN, Weltbankgruppe, WFP und WHO sowohl auf globaler als auch auf nationaler Ebene. Die WHO, deren *Global Programme of Work* (GPW) sich auch eng an den gesundheitsrelevanten SDGs orientiert, bleibt hier federführend.⁸ Unter Bedingungen von COVID-19 wurden die globalen Zusammenhänge ökonomischer, infrastruktureller und ökologischer Verflechtungen aller Faktoren der globalen Gesundheit noch einmal sehr deutlich.

2.2 Neue Nachhaltigkeits-Akteure der Globalen Gesundheit

Neben den Vereinten Nationen, die die Umsetzung der MDGs und der SDGs überwachten, richteten auch nationale Regierungen und in zunehmendem Maße nicht-staatliche Akteure ihre Arbeit an den MDGs und mittlerweile auch den SDGs aus. In der Architektur der Globalen Gesundheitslandschaft sind neben den nationalen Regierungen und multilateralen Organisationen, wie Weltbank und Weltgesundheitsorganisation (WHO), die traditionell hier die führende Rolle spielten, eine Vielzahl von nicht-staatlichen Akteuren aktiv. Weitere internationale Gremien (z. B. G7, G20), Nicht-Regierungs-Organisationen (NGOs), Stiftungen, globale Gesundheitsinitiativen, der Privatsektor, öffentlich-private Partnerschaften oder auch die Medien spielen eine Rolle und haben eine wachsende Bedeutung für die Entwicklung des Verständnisses und die Umsetzung der globalen Gesundheit. In den letzten Jahren sind dadurch auch viele Doppel- bzw. Parallelstrukturen sowie begriffliche Unschärfen entstanden, die die nationalen Regierungen in vielen Ländern, aber auch die Wissenschaft vor weitere Herausforderungen stellen. Zu den Akteuren in der globalen Gesundheit gehören zudem auch solche, die ursprünglich nicht dem traditionellen Gesundheitssektor zugeordnet waren. Teilweise können diese Akteure einen problematischen Einfluss auf die Gesundheit haben, insbesondere wenn ihr Engagement vor allem strategisch begründet und nicht intrinsisch motiviert ist (z. B. bei Vertretern der Nahrungsmittelindustrie, Agrarindustrie, Energiewirtschaft). Hier ergibt sich zugleich die Gelegenheit, durch internationale Abkommen, Initiativen und Programme in vielen Sektoren die Gesundheit der Menschen weltweit zu verbessern (z. B. durch Zuckersteuern, fairen Handel, bessere Arbeitsbedingungen, Maßnahmen gegen die vom Menschen verantwortete Erderwärmung usw.). Oftmals fehlt es allerdings sowohl am visionären Weitblick als auch am politischen Willen und kohärenter Abstimmung der Maßnahmen, um der globalen Gesundheit auch aus diesen Bereichen starke Impulse zu geben.

Für den *Health in all Policies* (HiaP)-Ansatz wirbt die WHO bereits seit vielen Jahren in ihren Mitgliedsländern. Aus ethischer Sicht kann man den umfassenden Gesundheitsbegriff der WHO nicht anders interpretieren, als dass er in allen Politikfeldern abgestimmt umgesetzt werden muss. Für den realen Diskurs stellt sich diese Vorgabe dennoch oft als erklärungs- und vermittlungsbedürftig heraus und stößt auf praktische Widerstände.

Unter *Health in all Policies* wird ein „Sektoren übergreifender Ansatz für die öffentliche Politik“ verstanden, „der systematisch die gesundheitlichen Auswirkungen von Entscheidungen berücksichtigt, nach Synergien sucht und schädliche Auswirkungen auf die Gesundheit vermeidet, um die Gesundheit der Bevölkerung und die gesundheitliche Chancengleichheit zu verbessern“⁹. Der Grundgedanke basiert auf der Alma-Ata Erklärung von 1978, in der die primäre Gesundheitsversorgung als Schlüssel zum Erreichen des Ziels „Gesundheit für alle bis 2020“ definiert worden war.¹⁰ In dieser Erklärung wurde bereits die Notwendigkeit eines sektorübergreifenden und multidimensionalen Ansatzes zur Verbesserung der globalen Gesundheit und der sozioökonomischen Entwicklung hervorgehoben. Zudem wurde der Einsatz „geeigneter Technologien“ und eine aktive Beteiligung der Gesellschaft an der Gesundheitsversorgung und Gesundheitserziehung auf allen Ebenen gefordert.

Der Leitgedanke der MDGs und SDGs ist also keineswegs neu. Die Alma Ata-Konferenz der WHO fand seinerzeit unter anderem auf Betreiben der damaligen Sowjetunion statt und legte einen Meilenstein für die weltweite öffentliche Gesundheit. Zugleich wurde sie aber auch von politischen Interessen beeinflusst, die dazu führten, dass die WHO und der *Health in all policies*-Ansatz durch andere, konkurrierende Strategien geschwächt wurden, die dann westliche Regierungen, die Weltbank, UNICEF und andere Akteure umsetzten, insbesondere der *Selective Primary Health Care*-Ansatz. Zudem wurde Anfang der 1980er Jahre das Budget der WHO praktisch ‚eingefroren‘, womit insbesondere die USA ihren großen Einfluss auf die Organisation verdeutlichten.¹¹ Als in den 1980er und 1990er Jahren die HIV/AIDS Epidemie sich weltweit ausbreitete, schien die WHO mit dieser enormen Aufgabe überfordert. Deshalb wurde 1994 eine neue multilaterale Organisation im UN-System geschaffen, um Gesundheitsfragen jenseits der Medizin aufzunehmen und die internationale Zusammenarbeit besser zu koordinieren: das *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS* (UNAIDS). Im weiteren Verlauf kamen mit der Impfallianz GAVI im Jahr 2000 und dem Globalen Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria im Jahr 2002 zwei weitere globale Akteure hinzu, an denen nunmehr u. a. auch nicht-staatliche Akteure, wie Nichtregierungsorganisationen oder philanthropische Organisationen, wie die *Bill und Melinda Gates Stiftung*, beteiligt sind. Alle drei genannten Akteure arbeiten zwar eng mit der WHO zusammen. Ihr zunehmender Einfluss wirft allerdings Fragen in Bezug auf die Unabhängigkeit bzw. Legitimation der Organisation auf.

2.3 Globale Gesundheitsabkommen

Trotz dieser schwierigen Umstände konnte die WHO einige wichtige globale Gesundheitsabkommen erreichen. So wurde auf der Weltgesundheitsversammlung (WHA) 2003 das Rahmenübereinkommen der WHO zur Eindämmung des Tabakgebrauchs (*Framework Convention on Tobacco Control*, FCTC) angenommen: Dieser völkerrechtlich bindende Vertrag trat 2005 in Kraft, um „heutige und zukünftige Generationen vor den verheerenden gesundheitlichen, sozialen und die Umwelt betreffenden Folgen des Tabakkonsums und des Passivrauchens zu schützen“¹². Das FCTC hat zu einer verstärkten Umsetzung von Maßnahmen in verschiedenen Politikbereichen geführt. Durch diese wurden messbare Auswirkungen auf den Tabakkonsum und dessen schädliche

Folgen erreicht. Um die Auswirkungen des Tabakkonsums noch weiter und anhaltend reduzieren zu können, müssten alle Mitgliedsländer ihre vertraglichen Verpflichtungen erfüllen und Maßnahmen in Betracht ziehen, die über die Mindestanforderungen hinausgehen.¹³ Die WHO kann, als multilaterale Sonderorganisation der Vereinten Nationen, die Einhaltung dieser rechtlichen Verbindlichkeit nur beobachten, die Umsetzung unterstützen und gegebenenfalls diplomatisch einfordern.

Ähnlich verhält es sich mit den Internationalen Gesundheitsvorschriften (*International Health Regulations*, IHR), die erstmals 1969 und zuletzt, nach einem zehnjährigen Verhandlungsprozess, in revidierter Fassung im Jahre 2005 in der Weltgesundheitsversammlung verabschiedet worden waren. Diese haben zum Ziel, die „grenzüberschreitende Ausbreitung von Krankheiten zu verhüten und zu bekämpfen, davor zu schützen und dagegen Gesundheitsschutzmaßnahmen einzuleiten, und zwar auf eine Art und Weise, die den Gefahren für die öffentliche Gesundheit entspricht und auf diese beschränkt ist und eine unnötige Beeinträchtigung des internationalen Verkehrs und Handels vermeidet“¹⁴. Unterstützt durch die WHO und teilweise auch durch finanzkräftige Staaten sollten alle Länder diese völkerrechtlich bindenden Vorschriften national unter uneingeschränkter Achtung der Würde des Menschen, der Menschenrechte und der Grundfreiheiten umsetzen. Die weltweite Anwendung dieser Vorgaben soll dem Schutz der Weltbevölkerung vor grenzüberschreitender Ausbreitung dienen. Im Falle einer gesundheitlichen Notlage von internationaler Tragweite, z. B. eines ungewöhnlichen oder unerwarteten Auftretens bestimmter Infektionskrankheiten (Ebola 2014, SARS-CoV2 2020), kann der Generaldirektor der WHO ein IHR-Notfallkomitee einberufen, eine solche Notlage feststellen und einige der in den Vorschriften vorgesehenen Maßnahmen den Mitgliedsstaaten empfehlen.

Die WHO muss dabei stets, wie bei den FCTC (s. o.) ganz auf die Mitarbeit der Mitgliedsstaaten setzen. Während einige, zumeist akut betroffene Mitgliedsländer sehr eng mit der WHO und anderen internationalen Organisationen kooperieren, haben andere Staaten sich als wenig kooperativ gezeigt. Zudem waren selbst mächtige Staaten mit der frühzeitigen Bewältigung der SARS-CoV2-Pandemie überfordert.¹⁵ Auch aus diesen Gründen und den sehr weitreichenden sozioökonomischen Effekten der derzeitigen Pandemie wird jetzt über eine nochmalige Überarbeitung der Internationalen Gesundheitsvorschriften und einen noch weitaus umfassenderen ‚Pandemie-Vertrag‘ diskutiert.¹⁶ Zur Unterstützung der sinngetreuen Umsetzung gemeinsamer Beschlüsse kann Ethik im Rahmen ihrer vermittelnden, an die Vernunft appellierenden und abwägenden Vorgehensweise insbesondere die Instrumente des *soft-law* und die Stimme der Wissenschaft gegenüber anderen Interessen stärken, über die Dringlichkeit und das gemeinsame Interesse an globaler Gesundheit aufklären. Sie legitimiert allerdings keine politischen Positionen, sondern verknüpft salutogene Kompetenzen.¹⁷ Dies kann zu Spannungen bei der Interpretation und Gewichtung wissenschaftlicher Befunde und Maßnahmen-Empfehlungen führen.

3. Herausforderungen

Der Umgang mit der COVID-19-Pandemie hat erhebliche Mängel in den Grundvoraussetzungen des gesundheitlichen Krisenmanagements gezeigt, die vor allem sogenannte

entwickelte Länder betreffen. In Deutschland müssen nachhaltige Strukturen erst wieder geschaffen werden. Der Rat der Experten der deutschen Bundesregierung nennt hierzu in seiner 11. Stellungnahme insbesondere fünf Desiderate, die er als ‚Kernbereiche‘ ausweist.¹⁸

(1) Die von der WHO etablierten Parameter zur „Infektionsdynamik, Krankheits-schwere, Vulnerabilität verschiedener Bevölkerungsgruppen und Belastung des Gesundheitswesens“ sollten entsprechend nachhaltig und detailliert erfasst werden, um das System für zukünftige Epidemien durch geeignete Datenerhebung und digitale Abbildung der Lage resilient aufzustellen. (2) Die Daten der verschiedenen und zu optimierenden Surveillancesysteme sollten zeitnah für die regelmäßige Lagebewertung und Prognosen zur Verfügung stehen. (3) Eine handlungs- und nutzerorientierte Strategie für Kommunikations- und Verhaltensmanagement sollte zwischen Bund und Ländern abgestimmt werden. (4) Die Bewertung des Lagebildes sollte im Sinne einer Risikoeinstufung für die Bevölkerung kommuniziert werden. (5) Für die Prävention durch Impfung und Infektionsschutzmaßnahmen wird die Entwicklung und Anwendung einheitlicher, klarer und verbindlicher Kriterien gefordert.

Diese Voraussetzungen müssen aus ethischer Sicht mindestens erfüllt sein, damit eine informierte Debatte und kompetente Politik überhaupt möglich sind. Die internationalen Standards von medizinischer und Forschungs-Ethik, insbesondere das Primat, ‚nicht zu schädigen‘ (*primum non nocere*), und die Freiheit der gesundheitlichen Selbstbestimmung sind ohne Einschränkung zu respektieren.

Die Weltgemeinschaft war bereits vor der Pandemie nicht auf dem besten Weg, die Unterziele des gesundheitsbezogenen Nachhaltigkeitsziels (SDG 3: „Ein gesundes Leben für alle Menschen jeden Alters gewährleisten und ihr Wohlergehen fördern“) zu erreichen. Mittlerweile erscheint dieses Ziel in noch weitere Ferne gerückt zu sein.¹⁹ Ethik kann helfen, Orientierung an der Bedeutung und am Sinn der etablierten Verfahren und Zuständigkeiten zurück zu gewinnen, die mehr als ein Jahrhundert Erfahrungswissen zur Gesundheit in unterschiedlichen gesellschaftlichen Zusammenhängen abbilden und angesichts der Markt- und Deutungsmacht vielfältiger Akteure in den Hintergrund gedrängt werden. Dazu gehören die Standards ärztlicher Ethik (z. B. *informed consent*), der Forschungsethik (z. B. *due process*) und der Qualitätssicherung und Vigilanz bei und nach der Zulassung von neuen Arzneimitteln, also die Entflechtung ärztlicher, forschender, wirtschaftlicher und politischer Interessen. Die Kernaufgaben der Infrastrukturen für Gesundheit zu sichern, bleibt der Auftrag national und international legitimierter Institutionen. Die Staaten bleiben sowohl für die materielle und funktionale Ertüchtigung als auch die optimale Nutzung von Wissen und Kompetenz ordnungspolitisch verantwortlich. Die Berufung auf Nachhaltigkeit verknüpft diese Verpflichtung ausdrücklich mit den Interessen künftiger Generationen.

Diese Forderung wird durch Trends der Gesundheitsentwicklung untermauert. Vor der COVID-19-Pandemie waren Schätzungen davon ausgegangen, dass sich im Jahr 2023 900 Millionen Menschen mehr einer besseren Gesundheit und eines besseren Wohlbefindens erfreuen würden als im Basisjahr 2018. Diese Fortschritte lassen sich im Wesentlichen durch die Verbesserungen beim Zugang zu saubereren Haushaltsbrennstoffen, sicherem Wasser und sanitären Einrichtungen (WASH) sowie auf die Bekämpfung des Tabakkonsums zurückführen. Dort wirken sich systemische und kompetenzbildende Maßnahmen mit staatlicher Unterstützung aus. In anderen Bereichen dagegen,

die vom individuellen bzw. sozialen Gesundheitsverhalten oder existentiellen Mangelumständen abhängen, wie der Fettleibigkeit oder der Unterernährung, stagniert die globale Situation oder verschlechtert sich sogar. Auch im Hinblick auf das Erreichen der universellen Gesundheitsversorgung (*Universal Health Coverage*, UHC), dem SDG 3.8, sind noch enorme Herausforderungen zu meistern. Hierbei soll allen Menschen dauerhaft ermöglicht werden, die „allgemeine Gesundheitsversorgung“ zu nutzen, „einschließlich der Absicherung gegen finanzielle Risiken, den Zugang zu hochwertigen grundlegenden Gesundheitsdiensten und den Zugang zu sicheren, wirksamen, hochwertigen und bezahlbaren unentbehrlichen Arzneimitteln und Impfstoffen“.²⁰

Zur Erreichung dieser hochgesteckten Ziele wird die Berücksichtigung der Ungleichheiten zwischen und innerhalb von Ländern von entscheidender Bedeutung sein, da bislang 80 % des bisherigen Fortschritts von nur einer Handvoll Länder getragen wurde. Die WHO mahnt ihre Mitgliedsstaaten kontinuierlich an, gerecht und solidarisch zu handeln. Die Organisation koordiniert zudem verschiedene multilaterale und intersektorale Initiativen wie den *Access to COVID-19 Tools Accelerator* (ACT-A), die *COVID-19 Technology Access Partnership* oder Technologietransferzentren in verschiedenen Ländern, um Gerechtigkeitslücken entgegenzuwirken.

Länder wie Deutschland, die im Jahrzehnt vor COVID-19 grundlegende Infrastrukturen im Bereich Public Health und Krisenbewältigung abgebaut haben, stehen in einer Bringschuld, wenn sie als Treiber der Globalen Gesundheit glaubwürdig sein wollen.²¹ Handlungsfähige staatliche Akteure sind für die Gestaltung einer unabhängigen, übergreifenden und gerechten Umsetzung der SDGs ebenso unverzichtbar wie für die Gewährleistung rechtlicher und ethischer Standards.

Globale Gerechtigkeitslücken stellen auch in anderen, für die globale Gesundheit elementar wichtigen Sektoren zunehmende Herausforderungen dar. So bestehen sehr enge Zusammenhänge zwischen dem privilegierten Lebensstil, den Umwelt- und Klimabedingungen und der Gesundheit. Hierzu gehören die Luft-, Land- und Wasserverschmutzung, Umwelt und Ressourcen schädigender Transport und Konsumverhalten. Was direkt Menschen in ärmeren Ländern betrifft, wirkt sich nun spürbar auf die ganze Welt aus.²² Die Schädigung der Atmosphäre durch Freisetzung von CO₂ führt zu einer Vielzahl von Effekten auf die globale Gesundheit, durch Veränderungen der Umwelt (u. a. extremes Wetter, steigende Temperaturen und Meeresspiegel). Auch nehmen Luft- und Wasserverschmutzung zu, Agrarflächen gehen verloren. Das begünstigt Unterernährung und übertragbare Erkrankungen wie Malaria, Dengue-Fieber oder Lyme-Borreliose.²³ Verhaltensänderung bei der Freisetzung von CO₂ ist daher eine essenzielle Voraussetzung für die nachhaltige Entwicklung und die Förderung und den Schutz der Gesundheit weltweit. Hier stehen insbesondere diejenigen Teile der Menschheit in der Pflicht, die über die Macht verfügen, durch die Änderung eigenen Handelns und den Abschied von gesundheitsschädigenden Gewohnheiten diese Ursachen aus der Welt zu schaffen.

4. Derzeitige Situation

Die oben skizzierten Gerechtigkeitsdefizite kann sich die Weltgemeinschaft auf Dauer nicht leisten. Sie münden direkt in existentielle Krisen, die Gesundheitsfragen noch

übersteigen. Die Welt befindet sich einer neuen Ära anhaltender ungelöster Probleme und ansteigender Risiken, die miteinander interagieren und ihre vielfältigen schädlichen Auswirkungen dadurch noch erhöhen. Manche lassen sich direkt auf pathogene Verhaltensmuster zurückführen, die durch die Einhaltung ethischer Standards und die konsequentere Umsetzung der selbstgesetzten inhaltlichen Ziele grundsätzlich überwunden werden könnten. Die zunehmende Zerstörung der Umwelt mit dem Zusammenbruch von Ökosystemen und der Ressourcenknappheit ist vermeidbar. Sie sorgt für eine komplexe Risikolage, die Frieden und Entwicklung in vielen Teilen der Welt gefährdet.²⁴

Unter diesen Rahmenbedingungen ist die kooperierende und integrierende Globalisierung, die einst auch Antreiber für den Bereich der Globalen Gesundheit gewesen ist, zunehmend ins Stocken geraten. Nationalismus und Protektionismus, die pandemiebedingten Unterbrechungen von Handelsbeziehungen und Lieferketten sowie geopolitische Verschiebungen und Kriege sowie andere Konflikte haben in den letzten Jahren erheblichen Einfluss auf unerwünschte Globalisierungsprozesse gewonnen.²⁵ Diese Prozesse wirken sich direkt oder indirekt auch auf die globale Gesundheit aus, aber auch auf den Verlust an Vertrauen und politischem Kapital. Steigende Preise für Nahrungsmittel und Medikamente, der Verlust von Arbeitsplätzen und die zunehmende Armut belasten insbesondere die ohnehin vulnerablen Bevölkerungsgruppen und führen bereits jetzt wieder zu einer dramatischen Zunahme an hungernden Menschen. Laut einem aktuellen Bericht des Welternährungsprogramms (WFP) drohen im Sommer 2022 750.000 Menschen zu verhungern. Sie gehören zu den 49 Millionen Menschen in 46 Ländern, die derzeit von Hunger bedroht sind. Zudem sind in 81 Ländern, in denen das WFP tätig ist, insgesamt 276 Millionen Menschen von akuter Ernährungsunsicherheit betroffen. Durch die Auswirkungen des Konflikts in der Ukraine kann diese Zahl kurzfristig sogar auf 323 Millionen Menschen ansteigen. Diese dramatische Lage ist durch das Zusammentreffen von Konflikten, Umweltereignissen, der Coronavirus-Pandemie und den steigenden Kosten für Nahrungsmittel entstanden, obwohl es im Jahr 2022 laut WFP genug Nahrungsmittel auf der Welt gibt, um alle Menschen zu ernähren.²⁶

Der Krieg in der Ukraine, sowie die anhaltenden Bürgerkriege und Konflikte in vielen anderen Regionen, wie in Syrien, dem Jemen, in Äthiopien oder Nigeria, und die damit verbundenen humanitären Krisen mit ihren kurz-, mittel- und langfristigen Konsequenzen, machen die Bedeutung der Sicherung von Frieden, Entwicklung und Gesundheit sehr deutlich. Geopolitische Entwicklungen in den letzten Jahrzehnten haben u. a. zu einem zunehmenden Nationalismus und Populismus, auch in einigen einflussreichen Staaten aus den G7- und G20-Gruppen und mit Auswirkungen auf deren Außen-, Entwicklungs- und Migrationspolitik, zu einer Krise des Multilateralismus geführt.²⁷ Hinzu kommen die unmittelbaren Auswirkungen der Pandemie nicht nur in Bezug auf die Morbidität und Mortalität, das gesellschaftliche Wohlergehen oder die verschärften sozialen Ungleichheiten, sondern insbesondere auch in Bezug auf die Stellung benachteiligter Bevölkerungsgruppen und Länder, die von der Pandemie stärker betroffen sind als andere. Soziale Distanzierungsmaßnahmen, zum Beispiel, wirken sich ungleich aus. Bestimmte Berufsgruppen, junge Menschen, Frauen, Menschen mit (psychischen) Vorerkrankungen und Bevölkerungsgruppen mit niedrigerem sozioökonomischem Status sind hiervon am stärksten betroffen. Hierdurch kommt es zu einer verstärkten Belastung der Solidarität zwischen den Generationen, auf globaler Ebene und zwischen den Bevölkerungsgruppen.²⁸ Es ist offensichtlich, dass die Pandemiekrise nur

durch gemeinsame internationale Zusammenarbeit, globalen Zusammenhalt und Multilateralismus gelöst werden kann.²⁹

2022 stand die Weltgesundheitsversammlung (WHA) unter dem Motto „Gesundheit für den Frieden“. Der WHO Generaldirektor, Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, warnte in seiner Eröffnungsrede die Mitgliedsstaaten, dass das Erreichen der selbst gesetzten globalen Gesundheitsziele – von COVID-19 bis zur allgemeinen Gesundheitsversorgung – praktisch unmöglich sei, wenn regionale Konflikte wie in der Ukraine, im Jemen und anderswo weiter schwelen und brennen würden.³⁰

Die WHA diskutierte zahlreiche, die globale Gesundheit beeinflussende Krisen. In einer Resolution fordert eine Gruppe von Staaten alle WHO-Mitgliedsstaaten auf, „das humanitäre Völkerrecht, die internationalen Menschenrechte sowie die Normen und Standards der WHO einzuhalten, dem von der WHO entsandten Personal vor Ort sowie allen anderen medizinischen und humanitären Helfern einen sicheren, schnellen und ungehinderten Zugang zu den hilfsbedürftigen Bevölkerungsgruppen zu ermöglichen und zu erleichtern und den freien Fluss von lebenswichtigen Medikamenten, medizinischer Ausrüstung und anderen Gesundheitstechnologien in allen Konflikt- und Nicht-Konfliktgebieten zu gewährleisten“³¹. Diese Resolution wurde allerdings mit nur 88 zu zwölf Stimmen verabschiedet (von mehr als 150 abstimmungsberechtigten Mitgliedsstaaten). Die 53 Enthaltungen spiegeln deutlich das Unbehagen vieler Mitgliedsstaaten über eine Debatte wider, die das globale Gesundheitsgremium polarisiert hat. Auch eine Gegenresolution erhielt nur 15 Stimmen, während 66 Länder dagegen stimmten – diesmal enthielten sich jedoch 70 Länder. Die meisten afrikanischen Länder enthielten sich bei beiden Abstimmungen, ebenso wie viele Länder des Nahen Ostens, Indien und Pakistan.³² Von einer Einhelligkeit der Nationen in der Verfolgung übergeordneter Ziele, wie den SDGs, kann daher derzeit keine Rede sein. Offenbar sehen sich viele Länder des ‚globalen Südens‘ nicht als Partei in den Konflikten, die nicht von ihnen verantwortet werden. Sie repräsentieren die Kontrollgröße für die Realität der Weltgemeinschaft, auch hinsichtlich der globalen Gesundheit, die faktisch von den Verursachern ihrer grundlegenden Probleme abhängig bleibt.

Konflikte sind ein Haupthindernis für die Gesundheit. Allerdings können kontextspezifische Maßnahmen und Gesundheits-Initiativen zur Konfliktbewältigung beitragen. Die *Global Health for Peace Initiative* (GHPI) der WHO zum Beispiel sieht vor, dass die WHO ihre fachlichen Kompetenzen, ihre Legitimität, ihre Beziehungen und ihre Einberufungsbefugnis im Gesundheitsbereich nutzt, um innovative Wege zur Konfliktbewältigung zu entwickeln, die Widerstandsfähigkeit gegen Gewalt zu stärken und die Menschen zu befähigen, (wieder) friedliche Beziehungen zueinander aufzubauen.³³ Es bleibt abzuwarten, ob sich eine solche globale Gesundheits-Außenpolitik eines Tages bewähren könnte und ob sie sich gegen die Kräfte, die Spaltung und Krieg betreiben, behaupten kann.

5. Welche Lösungsansätze bietet die Ethik?

Das Verfahren der Ethik besteht darin, sich zu vergewissern, dass man das Richtige aus den richtigen Gründen tut. Wissenschaftlich beschrieben ist die transzendente Theorie und Methodik der praktischen Vernunft insbesondere im Zusammenhang mit dem

Kategorischen Imperativ.³⁴ Wir gleichen ab, ob Anspruch und Wirklichkeit unseres gesamten Handelns miteinander in Einklang stehen. Dazu gehören alle Ebenen und Aspekte des Handelns: von sprachlichen Formulierungen über den Aufbau und die Pflege von Institutionen bis hin zu konkreten Argumenten und Taten. Dies entspricht der Salutogenese als qualitativem Kohärenzverfahren.³⁵

In utopisch guten Zeiten brauchen die Menschen weder Gesetze noch Ethik, denn alle halten sich wie natürlich an die Moral. Unter realen Bedingungen sorgen rechtsfördernde Gesetze dafür, dass bestimmte Verhaltensweisen als verboten ausgewiesen sind und bei Bedarf legitimen Zwang rechtfertigen, um bei der Gewährleistung sozialer Güter, wie Gesundheit, Frieden oder Wohlstand, und den damit verbundenen Werten äußere Orientierung zu ermöglichen und den Schutz durchzusetzen. Die Ethik erinnert uns daran, was wir mit diesen ‚Gütern‘ und ‚Werten‘ meinen, wenn wir sie in einem vernünftigen Zusammenhang miteinander in Einklang bringen, indem wir logischen Widerspruch und daraus resultierende Konflikte vermeiden und praktische Kohärenz erzeugen, die Kooperation nachhaltig macht. Wenn weder Recht noch Moral zuverlässig und wirksam zum Guten orientieren, kommt Ethik ins Spiel: als integrative Methode der salutogenen Urteilsbildung. Die Krisenlage ist also die Stunde der Ethik, sei es im Moment ‚kleiner‘ Prüfungen konkreter Verantwortung oder bei ‚großen‘ strategischen Aufgaben. Damit dient sie zugleich als unabhängiges Korrektiv von Verzerrungen oder Verwässerungen von ‚Gesundheit in allen Politikfeldern‘, da Ethik weder politischen noch medialen oder wirtschaftlichen Konjunkturen folgen kann.

Angesichts von Krisen leistet Ethik Vertrauens- und Kompetenzbildung. Die globale Umsetzung ethischer Desiderate verlangt eine fortlaufende, umfassende Beobachtung und Einordnung des Standes der Gesundheit anhand der geltenden Standard-Ansprüche. Damit erfolgt noch keine ethische Beurteilung, sondern lediglich die ethisch gebotene Prüfung der Kohärenz von Ankündigung und Anstrengungen zur Verbesserung der wirklichen Gesundheitssituation jedes und aller Menschen.

Ethik bietet Orientierung unter Bedingungen von Krise, besonders wenn Moral und Recht nicht greifen. Das gilt bei Fragen, deren übergeordnete oder langfristige Perspektive es nicht erlaubt, alle relevanten konkreten Informationen und Interessen einzubeziehen, oder in Not- oder Ausnahmefällen, in denen kein Dienstweg oder Protokoll den Handelnden absichert, oder in internationalen Einsätzen, wenn es darauf ankommt, möglichst gut im Sinne des Geistes der Vorschrift zu entscheiden und darauf vorbereitet zu sein sich zu verantworten.³⁶ Ethik stellt die Arbeit des normativen Urteilens unmittelbar unter die Vernunft der Akteure. Dazu setzt die Ethik Methoden (kategorischer Imperativ) und übergeordnete Operationen der Urteilskraft (Klärung und Kohärenz von Anspruch und Wirklichkeit) in Gang, die dazu dienen, sich der Handlungsoptionen zu vergewissern, um das Richtige aus den richtigen Gründen tun zu können. Sie bietet damit eine universale Orientierung, um in unterschiedlichen kulturellen und politischen Kontexten Prozesse der Rechtfertigung jenseits von Institutionen und Meinungen zu verankern, die grundsätzlich von allen Menschen vernünftig anerkannt werden können.

Ethik abstrahiert und geht auf Typen von Urteilen ein. Sie ist selbst nicht politisch und kann deshalb neben Moral, Recht, Medizin oder Wirtschaft auch Politik beraten. Sie beurteilt nicht Kriege, sondern den Krieg überhaupt, befasst sich nicht mit Krankheiten, sondern mit Krankheit überhaupt, bezieht sich nicht auf Interessen einzelner Men-

schen, sondern auf die Menschheit als Maßstab und Horizont der Rechtfertigung vermeintlich ‚guter‘ Handlungen.

So kann sie, nach Klärung der Angemessenheit des Begriffes, jeden realen Krieg als von Menschen gemachtes Übel einordnen und verlangen, dass dieser unmenschliche ‚Naturzustand‘ ohne jeden Umweg in einen ‚bürgerlichen Zustand‘ gebracht wird, ehe überhaupt von menschlichen Zwecken wie Gesundheit oder Würde die Rede sein kann. Denn Krieg schließt Gesundheit als ‚vollständiges Wohlergehen‘ auch dann aus, wenn viele Menschen weiterhin als gesund gelten – und ist Ausdruck der vollständigen Negation unserer Würde. Wir gewinnen somit eine strategische Perspektive für das große Ganze, nicht nur taktische Unterstützung partikulärer Zwecke. Ethik kann bei gesundheitlichen Notlagen gleich welcher Art verlangen, dass nicht nur die Verteilung von Zugang und Ressourcen in einem Gesundheitssystem optimiert wird, sondern dass minimale Voraussetzungen im gesamten Geflecht menschlicher Gesundheitsfaktoren gelten müssen, also für jeden Menschen auf der Welt.

Auf dieser Grundlage kann Ethik als Pragmatik guter Praxis helfen³⁷, das breite Kontinuum latenter bis manifester Krisen mit Augenmaß zu strukturieren, mögliche Ziele integrativ zu priorisieren und in die gebotene Schrittfolge von abgestimmten Maßnahmen zu übersetzen.

Ethik beginnt und endet immer mit der Verantwortung des Einzelnen. Sie verlangt, dass wir miteinander rechnen und zusammenarbeiten. Die SDGs lassen sich als typische Momentaufnahme ethischer und transdisziplinärer Politikberatung verstehen. Ethik ist für die Krise des Menschseins gemacht, nicht für Sonderwünsche, die Durchsetzung von Wertvorstellungen oder die Absicherung eines *Status Quo*. Sie kann die Nachhaltigkeitsziele umfassend nachhaltig werden lassen, sie im Sinne des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens weiterzuentwickeln helfen.

6. Fazit und Ausblick

Die WHO hat jüngst in einem 10-Punkte-Plan die wesentlichen Forderungen der SDGs noch einmal aktuell bekräftigt.³⁸ Hier bietet sich der innovative konzeptuelle Rahmen des neuen Begriffs der Globalen Gesundheit als salutogener Kohärenz-Ansatz an, um eine Brücke zur Ethik zu schlagen. Die Anwendung von Gerechtigkeit und Solidarität auf die jeweils hervorgehobenen konkreten Gesundheitsziele, wie sie die WHO auch hier wieder unterstreicht, kommt nicht ohne ehrliche Makler aus, die schöne Worte vor Zynismus und Verzweiflung schützen. Die Stärke der Ethik als Makler ist, dass sie eine Methodologie ist, der sich die Vernunft in jeglicher Gestalt bedienen kann.

Der wichtigste Beitrag der Ethik zur Globalen Gesundheit besteht darin, für die Vernünftigkeit der Hoffnung zu werben. Sie kann diesen Beitrag dazu leisten, dass die Vereinten Nationen als Gemeinschaft der Völker arbeiten und wahrgenommen werden, die tun was sie sagen und sagen was sie tun. So schafft Ethik Legitimität, Funktionalität und Glaubwürdigkeit für eine Globale Gesundheit, die diesen Namen verdient.

Offenbar ist es angebracht, auf die Notwendigkeit interdisziplinärer Zusammenarbeit und gegenseitigen Lernens voneinander hinzuweisen, die aufgrund des Konzepts der Globalen Gesundheit eigentlich selbstverständlich erscheint – aber tatsächlich ein Desiderat ist. Wir können nur wissen, was wir tun, und tun, was wir sagen, wenn wir

sämtliches dazu verfügbare Wissen wissend in einen praktischen Erkenntniszusammenhang bringen. Es kommt allzu selten vor, dass die Geisteswissenschaften sich hier anbieten oder einbezogen werden, um globale Gesundheits-Strategien zu informieren und einzuordnen – also die Kompetenz für wissenschaftliche Untersuchungen von ‚Wert‘-Urteilen.³⁹ Ohne diese Kompetenz kann die Globale Gesundheit als ganzheitlicher und Menschenrecht-basierter Ansatz keine Vision für ein friedliches und nachhaltiges Miteinander sein. Denn die Abstraktion und Kohärenzleistung der Ethik, die insbesondere in der Salutogenese in Erscheinung tritt, ist nötig, um der Tatsache Rechnung zu tragen: Gesundheit ist immer und überall ein Thema – in allen Lebensräumen, in allen Lebensphasen und in der digitalen Welt. Diese Gesamtheit so mit jedem Einzelnen zu verbinden, dass reale Optionen für ‚vollständiges Wohlergehen‘ bestehen können, ganz unabhängig von Ort der Geburt oder Herkunft, ist ohne Frieden nicht möglich.

Erst wenn die ethische Forderung nach Frieden eingelöst ist, kann Ethik ihre eigentliche Arbeit am vollständigen Wohlergehen aufnehmen. Heute, wenige Jahre nach ihrem Aufbruch, steht die Globale Gesundheit am Scheideweg: Die Menschheit ist für ihre Zukunft, ob gesund oder nicht, selbst verantwortlich. Worum es geht, ist offensichtlich.

Die 75. WHA schloss der Generaldirektor mit diesen Worten: „*Children must be our motivation as we continue to work for health for peace, and peace for health. Peace, peace, peace*“.⁴⁰

ANMERKUNGEN

- ¹ WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), *Verfassung der Weltgesundheitsorganisation*, New York 1946, 1.
- ² INSTITUT FÜR GLOBALE GESUNDHEIT BERLIN, *Definition der Globalen Gesundheit*, online unter: https://institut-fuer-globale-gesundheit.de/?page_id=58 (Zugriff am 5.6.2022).
- ³ Vgl. UNITED NATIONS, *Millennium Development Goals and Beyond 2015*, online unter: <https://www.un.org/millenniumgoals/bkgd.shtml> (Zugriff am 2.6.2022).
- ⁴ Vgl. J. D. SACHS, *From millennium development goals to sustainable development goals*, in: *The Lancet* 379 (2012), 2206–2211.
- ⁵ Vgl. WORLDVISION, *Were the Millennium Development Goals a success? Yes! Sort of*, online unter: <https://www.wvi.org/united-nations-and-global-engagement/article/were-mdgs-success> (Zugriff am 31.5.2022).
- ⁶ Vgl. WHO, *World health statistics 2021*, Genf 2021.
- ⁷ Vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR WIRTSCHAFTLICHE ZUSAMMENARBEIT UND ENTWICKLUNG, *Die Agenda 2030 für Nachhaltige Entwicklung*, Berlin, online unter: http://www.bmz.de/de/ministerium/ziele/2030_agenda/17_ziele/index.html (Zugriff am 2.6.2022).
- ⁸ Vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT, *Global Action Plan*, online unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/en/en/international/global-health-policy/agenda-2030/global-action-plan-gap.html> (Zugriff am 2.6.2022).
- ⁹ Vgl. PANAMERICAN HEALTH ORGANIZATION, *Health in All Policies*, 2014, online unter: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9361:2014-welcome-health-all-policies&Itemid=40258&lang=fr (Zugriff am 22.5.2022).
- ¹⁰ Vgl. WHO, *Declaration of Alma-Ata; International Conference on Primary Health Care*, Alma-Ata 1978.
- ¹¹ Vgl. T. M. BROWN/T. CUETO/E. FEE, *The World Health Organization and the transition from „international“ to „global“ public health*, in: *American journal of public health* 96 (2006), 62–72.
- ¹² Vgl. WHO, *Framework Convention on Tobacco Control (FCTC)*, Genf 2004.

- ¹³ Vgl. J. CHUNG-HALL/L. CRAIG/S. GRAVELY/N. SANSONE/G.T. FONG, *Impact of the WHO FCTC over the first decade: a global evidence review prepared for the Impact Assessment Expert Group*, in: *Tobacco control* 28 (2014), s119–s128.
- ¹⁴ WHO, *International Health Regulations (IHR)*, 2005.
- ¹⁵ Vgl. A.-S. JUNG/V. HALDANE/R. NEILL/S. WU/M. JAMIESON/M. VERMA/M. TAN/C. DE FOO/S. M. ABDALLA/P. SHRESTHA, *National responses to covid-19: drivers, complexities, and uncertainties in the first year of the pandemic*, in: *British Medical Journal* (2021), 375.
- ¹⁶ Vgl. S. FUKUDA-PARR/P. BUSS/A. E. YAMIN, *Pandemic treaty needs to start with rethinking the paradigm of global health security*, in: *BMJ Specialist Journals* (2021); H. NIKOGOSIAN/I. KICKBUSCH, *The case for an international pandemic treaty*, in: *British Medical Journal* (2021).
- ¹⁷ Vgl. M. B. MITTELMARK/S. SAGY/M. ERIKSSON/G. F. BAUER/J. M. PELIKAN/B. LINDSTRÖM/G. A. ESPNES (Hg.), *The Handbook of Salutogenesis*, Zürich 2017.
- ¹⁸ Vgl. BUNDESREGIERUNG, *Expertenstellungnahme 2022*, online unter: <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/997532/2048684/0e393c7cf5d2b3a556fa6a8df6352d11/2022-06-08-stellungnahme-expertinnenrat-data.pdf?download=1> (Zugriff am 10.6.2022).
- ¹⁹ Vgl. OUR WORLD IN DATA, *Sustainable Development Goal 3*, online verfügbar: <https://sdg-tracker.org/good-health#targets> (Zugriff am 18.5.2022).
- ²⁰ WHO, *WHO Results Report shows global health achievements despite COVID-19 pandemic*, Genf 2022.
- ²¹ Vgl. O. DÖRING, *The Failure of Schools under Covid-19 Policies in Germany – what it means and how it could happen. A social-hermeneutical ethics perspective*, in: *Władza Sądzenia Okładka najnowsze numeru* 21 (2021), 17–30.
- ²² Vgl. M. ROMANELLO/A. MCGUSHIN/C. DI NAPOLI/P. DRUMMOND/N. HUGHES/L. JAMART/H. KENNARD/P. LAMPARD/B.S. RODRIGUEZ/N. ARNELL, *The 2021 report of the Lancet Countdown on health and climate change: code red for a healthy future*, in: *The Lancet* 398 (2021), 1619–1662.
- ²³ Vgl. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, *Climate Effects on Health*, Atlanta, online verfügbar: <https://www.cdc.gov/climateandhealth/effects/> (Zugriff am 1.6.2022).
- ²⁴ STOCKHOLM INTERNATIONAL PEACE RESEARCH INSTITUTE, *Environment of Peace: Security in a New Era of Risk*, Stockholm 2022.
- ²⁵ Vgl. A. ABDAL/D.M. FERREIRA, *Deglobalization, globalization, and the pandemic*, in: *Journal of World-Systems Research* 27 (2021), 202–230; Z. WANG/Z. SUN, *From globalization to regionalization: The United States, China, and the post-Covid-19 world economic order*, in: *Journal of Chinese Political Science* 26 (2021), 69–87.
- ²⁶ Vgl. WORLD FOOD PROGRAMME, *Hunger, famine and starvation: 750,000 people are in the front line, UN study says*, Rom 2022.
- ²⁷ Vgl. E. K. JENNE, *Populism, nationalism and revisionist foreign policy*, in: *International affairs* 97 (2021), 323–343.
- ²⁸ Vgl. F. M. STOK/M. BAL/M. A. YERKES/J. B. DE WIT, *Social inequality and solidarity in times of COVID-19*, in: *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18 (2021), 6339.
- ²⁹ Vgl. S. TAGHIZADE/V. K. CHATTU/E. JAAFARIPOOYAN/S. KEVANY, *COVID-19 pandemic as an excellent opportunity for Global Health Diplomacy*, in: *Frontiers in Public Health* 9 (2021).
- ³⁰ Vgl. HEALTH POLICY WATCH, *World Health Assembly Opens Under Health for Peace Banner – But in Shadow of War*, online verfügbar: <https://healthpolicy-watch.news/world-health-assembly-peace-banner-health/> (Zugriff am 1.6.2022).
- ³¹ WORLD HEALTH ASSEMBLY, *Health emergency in Ukraine and refugee receiving and hosting countries, stemming from the Russian Federation's aggression*, A75/A/CONF./6, 23. Mai 2022, online verfügbar: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA75/A75_ACONF6-en.pdf (Zugriff am 25.5.2022).
- ³² Vgl. HEALTH POLICY WATCH, *World Health Assembly Passes Resolution Condemning Russian Aggression in Ukraine – But Abstentions Reflect Divided Views*, online verfügbar: <https://healthpolicy-watch.news/world-health-assembly-passes-resolution-condemning-russian-aggression-in-ukraine-but-the-many-abstention-point-to-polarisation/> (Zugriff am 28.5.2022).

- ³³ Vgl. WHO, *Global Health for Peace Initiative*, Genf 2020, online verfügbar: <https://www.who.int/initiatives/who-health-and-peace-initiative> (Zugriff am 1.6.2022).
- ³⁴ Vgl. H. M. SASS, *Fritz Jahr's bioethischer Imperativ. 80 Jahre Bioethik in Deutschland von 1927 bis 2007*, in: Medizinethische Materialien, Bochum Zentrum für medizinische Ethik, Nr. 175, online verfügbar: https://www.ruhr-uni-bochum.de/malakow/mam/zme/materialien/mm_175.pdf (Zugriff am 6.6.2022).
- ³⁵ Vgl. O. DÖRING, *Ethik*, in: M. Bonk/T. Ulrichs (Hg.), *Global Health – Eine Einführung in die Globale Gesundheit*, Berlin 2021, 119–140.
- ³⁶ Vgl. B. BUCHBERGER/O. DÖRING, *Ethics and morality*, in: S. Lauffer/J. Walter (Hg.), *In Control. A Practical Handbook for Professionals Working in Health Emergencies Internationally*, Robert Koch Institut, Berlin 2021, 110–112.
- ³⁷ Vgl. J. NIDA-RÜMELIN, *Vernunft und Freiheit*, in: D. Sturma (Hg.), *Vernunft und Freiheit. Zur praktischen Philosophie von Julian Nida-Rümelin*, Berlin 2012, 9–38.
- ³⁸ Vgl. WHO, *10 global health issues to track in 2021*, online verfügbar: <https://www.who.int/newsroom/spotlight/10-global-health-issues-to-track-in-2021> (Zugriff am 2.6.2022).
- ³⁹ Vgl. M. PICKERSGILL/M. SMITH, *Expertise from the humanities and social sciences is essential for governmental responses to COVID-19*, in: *Journal of Global Health* 11 (2021), 03081.
- ⁴⁰ WHO, *DG's Closing Remarks*, online verfügbar: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-closing-remarks-at-the-75th-world-health-assembly--28-may-2022> (Zugriff am 2.6.2022).

Verlag: Schwabenverlag AG, Postfach 4280, D-73745 Ostfildern, Telefon (0711) 4406-0, Telefax (0711) 4406-177, E-Mail: zfme@schwabenverlag.de, Internet: www.zfme.de, Vorstand: Ulrich Peters.

Herstellung: Satz: Schwabenverlag AG, 73745 Ostfildern.
Druck: Stückle Druck und Verlag, Ettenheim.

Bestellungen sind zu richten an: Schwabenverlag AG, Postfach 4280, D-73745 Ostfildern, Telefon (0711) 4406-134, Telefax (0711) 4406-177, E-Mail: zfme@schwabenverlag.de

Bezugsbedingungen: Jahresabonnement einschließlich Onlinezugang € 83,- [D] inkl. MwSt. / Studenten bzw. Abonnenten, die sich in der Ausbildung befinden (Nachweis erforderlich) € 41,50 [D] inkl. MwSt.; jeweils zuzüglich Versandkosten. Das Einzelheft kostet € 19,50 [D] zuzüglich Versandkosten. Die Bezugsdauer verlängert sich jeweils um 1 Jahr, wenn nicht eine Abbestellung schriftlich 6 Wochen vor Bezugsjahresende erfolgt.

Bankverbindungen: Postbank Stuttgart IBAN DE28 6001 0070 0004 5597 01, BIC PBNKDEFF; Postsparkasse Wien IBAN AT47 6000 0000 0757 6654, BIC BAWAATWW; Postgiro Basel IBAN CH28 0900 0000 8004 70123, BIC POFICHBEXXX, Kto: 80-47012-3.

Anzeigen: Es gilt die Anzeigenpreisliste 2022.

Alle Verlagsrechte sind vorbehalten. Für unverlangt eingesandte Manuskripte wird keine Gewähr übernommen. Gezeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung von Herausgeber und Redaktion wieder.

Zeitschrift für medizinische Ethik

Wissenschaft · Kultur · Religion

Rückschau auf Themen der Hefte 2022

- Demenz im klinischen Kontext (1/2022)
Ethische Fragen bei Demenz im klinischen Kontext. Editorial (Henrike Voß/Martina Schmidhuber) – Willensäußerungen und selbstbestimmte Entscheidung bei Demenz. Zur non-kognitivistischen Dimension des Willens (Michael Coors) – Freiheitseinschränkende pharmakologische Interventionen bei Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus. Eine ethische Analyse (Sebastian Ritzi) – Einwilligung von Menschen mit Demenz in medizinische Maßnahmen (Thomas Klie/Valentina A. Tesky/Johannes Pantel/Julia Haberstroh) – Ethische Fragen im Zusammenhang mit der Ernährung von Menschen mit Demenz (Ralf J. Jox) – Ethische Fragen an der Schnittstelle von Delir und Demenz bei geriatrischen Patienten (Walter Hewer) – Die Rolle An- und Zugehöriger von Menschen mit Demenz in der Klinik (Elisabeth Stock/Martina Schmidhuber) – Die Zürcher Verlaufsstudie zum Leben und Sterben mit fortgeschrittener Demenz (ZULIDAD) (Florian Riese) – Ein Sturzereignis beim geriatrischen Patienten und seine vielfältigen Folgen (Annette Kurrle) – Kommentar aus geriatrischer Perspektive (Ronald Treiber) – Kommentar aus medizinethischer Perspektive (Mark Schweda/Tania Zieschang) – Objective and Transparent Allocation of Postmortal Livers for Transplantation (Markus B. Schoenberg/Michael H. Schoenberg/Markus O. Guba/Jens Werner/Wilhelm Vossenkuhl)
- Krankheit – ein facettenreicher Begriff (2/2022)
„allerhandt sorten Armer, Krankher, vnd Schadhaffter Persohnen“ – Soziale Dynamiken historischer Krankheitsbegriffe (Fritz Dross) – Krankheit – ein schillernder Begriff (Dirk Lanzerath) – Which criteria are (not) suitable for defining the concept of disease? (Bjørn Morten Hofmann) – Versorgungsgerechtigkeit und Schadensvermeidung: Implikationen der Definition psychischer Krankheit (Andreas Heinz/Sabine Müller/Assina Seitz) – Wie verändern Selbstoptimierungstrend und Enhancement-Medizin das Verständnis von Gesundheit und Krankheit? (Dagmar Fenner) – Digitale Zwillinge und Verschiebungen im Verhältnis von Gesundheit und Krankheit (Matthias Braun) – Der Krankheitsbegriff und das Prinzip der Wirtschaftlichkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung (Ulrich Wenner) – Vom Schlag getroffen. Krankheit in der Bibel (Wilfried Eisele/Walter Groß)

Vorschau auf die nächsten Hefte:

- (A-)Symmetrie Lebensanfang – Lebensende
- Medizin im Krieg



SCHWABENVERLAG

Senefelderstraße 12 • 73760 Ostfildern bei Stuttgart
Telefon (07 11) 44 06-134
zfme@schwabenverlag.de
www.zfme.de