

Michelle Becka

Globale Gesundheit und kirchliche Soziallehre

Spurensuche und Impulse

Zusammenfassung

Der Beitrag macht es sich zur Aufgabe, darzulegen, wo und in welcher Weise globale Gesundheit in Texten der Katholischen Soziallehre auftaucht und welche Impulse für *Global Health* Diskurse daraus hervorgehen. Dazu werden Befunde aus päpstlichen Enzykliken dargelegt und interpretiert. Und es werden an zwei Texten von Bischofskonferenzen exemplarisch besondere Akzentsetzungen aufgezeigt. Zumindest kursorisch wird im Anschluss neben der theoretischen Bearbeitung der Themen auch ein Blick in die Praxis geworfen, auch das wiederum an einem Beispiel. Der letzte Teil skizziert das Menschenrecht auf Gesundheit und zeigt auf, wie es in den kirchlichen Texten präsent ist und welche Impulse von hier ausgehend gesetzt werden. Es wird anschließend aufgezeigt, dass die Prinzipien der Katholischen Soziallehre Anregungen und Korrekture für gegenwärtige *Global Health Policies* bieten können.

Globale Gesundheit, so das Ergebnis des Beitrags, spielt in den Texten der Sozialverkündigung nur eine Nebenrolle. Dennoch können, insbesondere in Verbindung mit Erfahrungen aus der Praxis, Impulse gesetzt werden, welche normativen Orientierungen auch in aktuellen Diskursen handlungsleitend sein können und wie Praxis zu gestalten ist.

Abstract

This article sets out to show where and in what way *global health* appears in texts of Catholic social teaching and what impulses for global health discourses emerge from them. To this end, findings from papal encyclicals are presented and interpreted. And two texts from bishops' conferences are used as examples to illustrate particular emphases. In addition to the theoretical treatment of the topics, a cursory look is also taken at practice, again using an example. The final section outlines the human right to health and shows how it is present in church texts and what impetus it provides. It is then shown that the principles of Catholic social teaching can provide inspiration and correctives for current global health policies.

The article concludes that global health only plays a minor role in the texts of Catholic social teaching. Nevertheless, especially in connection with practical experience, impulses can be given as to which normative orientations can also guide current discourses and how practice can be shaped.

1 Einleitung

Ist *Global Health* ein Thema in der Katholischen Soziallehre? Die Antwort lautet: Ja und nein. Der Begriff oder das Konzept selbst werden

nicht explizit zum Gegenstand gemacht, die Anliegen, die wir heute mit Global Health verbinden (die Verbindung von Gesundheitsthemen mit sozialen Fragen, der Bezug zur Gerechtigkeit etc.), sind aber durchaus präsent.

Der Beitrag macht es sich zur Aufgabe darzulegen, wo und in welcher Weise Global Health/Globale Gesundheit (der Sache nach) in Texten der Katholischen Soziallehre auftaucht, und welche besonderen Akzente dabei gesetzt werden. Dazu werden Befunde aus päpstlichen Enzykliken präsentiert und interpretiert. Und es werden an zwei Texten von Bischofskonferenzen exemplarisch besondere Akzentsetzungen aufgezeigt. Zumindest cursorisch wird im Anschluss neben der theoretischen Bearbeitung der Themen auch ein Blick in die Praxis geworfen, auch das wiederum an einem Beispiel. Sowohl die lehramtlichen Texte als auch die Praxis sind von normativen Orientierungen (insbesondere Menschenrechte und Sozialprinzipien) geleitet, die jedoch nicht immer offengelegt und begründet werden. Teil 5 skizziert daher das Menschenrecht auf Gesundheit und erörtert, ob und in welcher Weise es in den kirchlichen Texten präsent ist und welche Impulse es setzt. Auf ähnliche Weise werden die Prinzipien der Katholischen Soziallehre, auch wenn sie in den lehramtlichen Texten oft nicht ausdrücklich benannt sind, reflektiert. Und es wird dargelegt, dass auch sie Anregungen für gegenwärtige *Global Health Policies* bieten können.

2 Auf Spurensuche in der päpstlichen Sozialverkündigung

In der kirchlichen Sozialverkündigung spielen Fragen der *internationalen Gesundheit* erst in den 1960er Jahren eine erkennbare Rolle, und auch hier teilweise nur am Rande. Mit der Enzyklika *Mater et magistra* (Johannes XXIII., 1961) richtet sich die kirchliche Sozialverkündigung verstärkt international aus. Es wird als eines der drängendsten Probleme der Zeit erkannt, „zwischen den wirtschaftlich fortgeschrittenen und den wirtschaftlich noch in Entwicklung begriffenen Ländern die rechten Beziehungen herzustellen“ (MM 157). Gesundheit spielt in diesem Kontext noch keine explizite Rolle.

Das ändert sich mit *Pacem in terris* (Johannes XXIII., 1963). Die Enzyklika, die häufig als Menschenrechtscharta der katholischen Kirche bezeichnet wird, nimmt die Frage der Gesundheit unter diesem Vorzeichen auf und versieht sie so mit einem hohen normativen Anspruch:

„Bezüglich der Menschenrechte, die Wir ins Auge fassen wollen, stellen Wir gleich zu Beginn fest, daß der Mensch das Recht auf Leben hat, auf die Unversehrtheit des Leibes sowie auf die geeigneten Mittel zu angemessener Lebensführung. Dazu gehören Nahrung, Kleidung, Wohnung, Erholung, ärztliche Behandlung und die notwendigen Dienste, um die sich der Staat gegenüber den einzelnen kümmern muß. Daraus folgt auch, daß der Mensch ein Recht auf Beistand hat im Falle von Krankheit, Invalidität, Verwitwung, Alter, Arbeitslosigkeit oder wenn er ohne sein Verschulden sonst der zum Leben notwendigen Dinge entbehren muß.“ (PT 6)

Der Staat, dem man seitens der Kirche lange mit Misstrauen begegnete, wird nun ausdrücklich aufgefordert, die Wahrung der Rechte der Einzelnen zu garantieren und die Erfüllung ihrer Pflichten im Sinne des Gemeinwohls zu ermöglichen. Das Thema der Gesundheit wird in diesen Kontext eingeordnet, spielt aber im weiteren Verlauf der Enzyklika keine Rolle mehr. Allerdings mahnt Abschnitt 66 zur Hilfe für die „Entwicklungsländer“¹ und in Abschnitt 73 ist von einem universalen Gemeinwohl die Rede. Eine nicht weiter bestimmte „universale politische Gewalt“² habe darauf zu achten, dass die Rechte der menschlichen Person anerkannt und gefördert werden. Entsprechende Lebensbedingungen müssten auf der ganzen Welt geschaffen werden. Die Förderung von Gesundheit, so lässt sich im Ausgang von PT 6 folgern, gehört zu solchen Lebensbedingungen dazu.

Die „Entwicklung der Völker“, und damit das weltweite Ausmaß und die verschiedenen Facetten der Sozialen Fragen, stehen im Zentrum der Enzyklika *Populorum progressio* (Paul VI., 1967). In dieser internationalen

- 1 Der Begriff wird aus der Enzyklika übernommen, die – wie in der Zeit üblich – unbefangen mit dem Begriff umgeht. Insbesondere aus *Populorum progressio* von Paul VI. spricht der Fortschrittsoptimismus der Zeit, zugleich wird aber hier bereits gemahnt, dass Entwicklung nicht mit wirtschaftlichem Wachstum gleichzusetzen ist (vgl. PP 14). Franziskus weitet den Entwicklungsbegriff in *Laudato si'* und kritisiert ihn zugleich.
- 2 Die *Vereinten Nationen* (UN) oder speziell die *Weltgesundheitsorganisation* (WHO) sind nicht explizit genannt. Das mag einerseits daran liegen, dass die Enzyklika von Konkretionen absieht, kann aber auch mit den Vorbehalten gegenüber den UN und ihrer Unterorganisation WHO – etwa wegen der beginnenden Diskussion über Geburtenkontrolle und Menschenrechte – zusammenhängen. Im Kontext von Global Health ist das von Bedeutung, weil Geburtenkontrolle – selbstbestimmte oder fremdbestimmte – immer wieder ein zentrales Thema ist.

Perspektive ist Krankheit – als Hindernis für Entwicklung – gleich im ersten Satz mit genannt:

„Die Entwicklung der Völker wird von der Kirche aufmerksam verfolgt: vor allem derer, die dem Hunger, dem Elend, den herrschenden Krankheiten, der Unwissenheit zu entrinnen suchen; derer, die umfassender an den Früchten der Zivilisation teilnehmen und ihre Begabung wirksamer zur Geltung bringen wollen, die entschieden ihre vollere Entfaltung erstreben.“ (PP 1)

Es folgt eine Selbstverpflichtung der Kirche, diese Probleme anzupacken und zu einem gemeinsamen Handeln zu drängen. *Paul VI.* würdigt nach einer (moderaten) Kolonialismuskritik die wichtige Arbeit der Missionare (vgl. PP 12) und benennt dabei explizit den Bau von Krankenhäusern. Er betont zugleich, dass das Handeln Einzelner nicht mehr genüge: „Die gegenwärtige Situation der Welt verlangt ein gemeinsames Handeln, beginnend bereits mit einer klaren Konzeption auf wirtschaftlichem, sozialem, kulturellem und geistigem Gebiet.“ (PP 13) Es bleibt unklar, wer genau die Subjekte des gemeinsamen Handelns sind, aber die Kirche gilt als zentrale Akteurin. Dabei gehe es nicht darum, sich in staatliche Angelegenheiten einzumischen, aber die Kirche könne ihre „Erfahrung in allem, was den Menschen betrifft“ (PP 13) anführen, weil sie unter und mit den Menschen lebt. Auch wenn Subsidiarität als Prinzip nicht explizit genannt ist, scheint die Idee an dieser Stelle doch präsent zu sein. Das ist aus heutiger Sicht auch deshalb bemerkenswert, weil die Bedeutung von religiösen Akteuren in der Entwicklungszusammenarbeit (auch in der Gesundheitszusammenarbeit) bis heute Gegenstand heftiger Diskussion ist. Wenn aber die Rolle von Religion im entwicklungspolitischen Diskurs Anerkennung findet, so wird das oft damit begründet, dass Religionsgemeinschaften an der Basis präsent sind und die Bedarfe der Bevölkerung kennen.

Die Enzyklika vertritt explizit einen ganzheitlichen Entwicklungsbegriff: „Entwicklung ist nicht einfach gleichbedeutend mit wirtschaftlichem Wachstum. Wahre Entwicklung muß umfassend sein, sie muß jeden Menschen und den ganzen Menschen im Auge haben.“ (PP 14) Es wird ausführlich erläutert, dass die Entfaltung der menschlichen Person – in der Ausrichtung auf ein höchstes Gut – die höchste Pflicht sei, und wie diese immer zugleich die gesamte Gemeinschaft betreffe. In der folgenden Argumentation, die den Einsatz für eine ganzheitliche Entwicklung begründet, spielt die Gemeinwohlorientierung eine wichtige

Rolle. Sie motiviert eine scharfe Kritik an jenen Fehlformen der Wirtschaft (deren Bedeutung für Entwicklung insgesamt hervorgehoben wird), für die „Profit der eigentliche Motor des wirtschaftlichen Fortschritts, der Wettbewerb das oberste Gesetz der Wirtschaft, das Eigentum an den Produktionsmitteln ein absolutes Recht, ohne Schranken, ohne entsprechende Verpflichtungen der Gesellschaft gegenüber“ (PP 26) sind.

Vor diesem Hintergrund skizziert der zweite Teil eine solidarische Entwicklung der Menschheit. Hunger und Unterernährung werden als zentrale Hindernisse der ganzheitlichen Entwicklung identifiziert (vgl. PP 45) und zugleich in einen größeren Zusammenhang gestellt, nämlich eine Welt zu bauen, in der alle ein volles menschliches Leben führen können (vgl. PP 47). Die Forderung nach weltweiter Zusammenarbeit wird konkretisiert – genannt wird ein weltweiter Fond, aus dem Infrastrukturmaßnahmen finanziert werden können, darunter auch Krankenhäuser (vgl. PP 53). Es wird deutlich, dass Gesundheit untrennbar mit Fragen ganzheitlicher Entwicklung verknüpft ist und dass diese Fragen nur in gemeinsamer Anstrengung, und das heißt weltweit, und durch Strukturveränderungen (Umverteilung) zu bewältigen sind. Diese Anliegen ähneln sehr denen einer Global Health Policy (freilich ohne diese Verbindung herzustellen), insofern Individuum und soziale Gruppe in eine Beziehung gesetzt, nationale mit internationalen Fragen verbunden und Entwicklung (und damit auch Gesundheit) mit Gemeinwohl und Gerechtigkeitsfragen in Verbindung gebracht werden.

In den Enzykliken von *Johannes Paul II.* spielt weltweite Gesundheit eine geringere Rolle. *Laborem exercens* (1981) böte verschiedene Anknüpfungspunkte. Sie verweist auf die schwierige Situation der bis zur Erschöpfung tätigen Landarbeiter in Entwicklungsländern (vgl. LE 21) und fordert Arbeitsrechte ein, zu denen man auch Gesundheitsversorgung zählen könnte, aber sie werden nicht explizit genannt und auch andere mögliche Bezüge zwischen Arbeit und Gesundheit werden nicht hergestellt.

Sollicitudo rei socialis (1987) hebt zum zwanzigsten Jubiläum von PP deren Bedeutung und insbesondere die Weite ihres Horizonts hervor (vgl. SRS 9) und nimmt die – weltweit verstandene – Pflicht zu Solidarität auf (vgl. SRS 9–10). Johannes Paul II. beklagt, dass im Bereich der Entwicklung, zu der PP auch Gesundheitsversorgung und Hygiene zählt, der Graben zwischen arm und reich fortbestehe und sich teilweise verbreitert habe (vgl. SRS 14). Die Enzyklika benennt Ursachen wachsender Ungleichheit. Sie verortet sie bei einigen Mächtigen in den

Entwicklungsländern, vor allem aber in den reichen Ländern und im „Bestehen wirtschaftlicher, finanzieller und sozialer Mechanismen“ (SRS 16), die angeprangert werden. Sie vertritt eine „Option vorrangige Liebe für die Armen“ (SRS 42). Abschnitt 25 geht auf das Thema Bevölkerungsentwicklung ein und stellt demographische Probleme im Norden und im Süden fest. Es wird kritisiert, daraus Maßnahmen der Geburtenkontrolle abzuleiten, und es wird auf unzulässige Einflussnahme in den Entwicklungsländern aus dem Ausland verwiesen, die ausdrücklich mit Rassismus in Verbindung gebracht wird. Eine Verbindung zu Gesundheitsdiskursen bzw. dem Menschenrecht auf Gesundheit wird nicht hergestellt.³

Die Enzyklika *Centesimus annus* (Johannes Paul II., 1991) ergänzt keine neuen Perspektiven mit Blick auf Fragen globaler Gesundheit. Das mag daran liegen, dass in der Aktualisierung von *Rerum novarum* manche *neuen Dinge* (unter denen man auch Fragen globaler Gesundheit erwarten könnte) hinter den politischen Verschiebungen nach dem Jahr 1989 zurücktreten und dementsprechende Schwerpunkte gesetzt werden. *Evangelium vitae* (1995) streift zwar diverse Bedrohungen des menschlichen Lebens, darunter auch Krankheiten, widmet sich aber vorrangig dem Schutz des ungeborenen Lebens. Indem verurteilt wird, dass Abtreibung mit Freiheitsrechten begründet wird (vgl. EV 6), ist hier der Konflikt zwischen reproduktiver Selbstbestimmung und Lebensschutz explizit benannt. Dieser schwingt auch bei Fragen des Verhältnisses von Kirche und globaler Gesundheit (und den Organisationen, die sich dieser widmen, wie der WHO) oft mit, ohne – zumindest in den Enzykliken – eigens thematisiert zu werden. Die Enzyklika kritisiert zudem eine geburtenfeindliche internationale Politik gegenüber Entwicklungsländern, die anstelle von „ernsthafter Familien- und Sozialpolitik“ (EV 16) betrieben werde und das Knüpfen von Wirtschaftshilfen an Maßnahmen der Bevölkerungspolitik.

Benedikt XVI. greift in *Caritas in veritate* (2009) die Überlegungen von Paul VI. zu ganzheitlicher Entwicklung auf, widmet sich jedoch vorrangig deren Verankerung in einem Konzept verantwortlicher Freiheit

3 Gesundheits- und entwicklungspolitisch waren die Fragen in dieser Zeit zentral. Sie bewegten sich seit den 1960er Jahren in einem komplexen Geflecht aus Warnungen vor *Überbevölkerung* und damit verbundener Antinatalismus-, Kolonialismus- und Rassismuskritik seitens der Länder des Südens, feministischer Positionierungen und Lebensschutzpositionen der Religionen. Später kamen Umwelt- und Klimaaspekte hinzu.

(vgl. CiV 16–17), und Wahrheit (vgl. CiV 18–19), ohne das Konzept ganzheitlicher Entwicklung oder seine Bedingungen zu konkretisieren. Im zweiten Kapitel, das nach der „Entwicklung des Menschen in unserer Zeit“ fragt, folgen Konkretionen. Das Thema Gesundheit taucht dabei nicht auf, lediglich indirekt sind Gesundheitsfragen im Abschnitt zu Hunger mitbenannt (CiV 27). Als zentrale Herausforderung im Kontext von Entwicklung gilt die Achtung vor dem Leben (CiV 28), die schnell auf die Fragen von Abtreibung und Geburtenkontrolle enggeführt wird.

Das weitgehende Fehlen des Gesundheitsthemas überrascht, da die Enzyklika anschließend durchaus recht konkret neuere Dimensionen von Entwicklung behandelt, etwa die Umweltfrage, aber auch Migration, neuere technische Entwicklungen etc. Auf ähnliche Weise benennt das nachsynodale Schreiben *Africae munus* (2011) die Bedrohung durch Drogen und Krankheiten wie Malaria, Tuberkulose und HIV-Aids (AM 72), hebt aber anschließend allein die moralische Dimension von Aids hervor und mahnt zu Enthaltensamkeit und Ausrichtung an der kirchlichen Lehre, während strukturelle Fragen der Gesundheitsversorgung ausgeblendet bleiben. Allerdings wird im Anschluss der Einsatz für die Forschung und Versorgung im Bereich von Pharmazie und Medizin gefordert (AM 73), was ein relevantes Thema im Kontext von Global Health ist.

Mit dem Pontifikat von *Franziskus* werden die Vorstellungen von Entwicklung konkreter und Gesundheit gerät stärker ins Blickfeld. So schreibt er in *Evangelii gaudium* (2013):

„Wir sprechen nicht nur davon, allen die Nahrung oder eine ‚menschenswürdige Versorgung‘ zu sichern, sondern dass sie einen ‚Wohlstand in seinen vielfältigen Aspekten‘ erreichen. Das schließt die Erziehung, den Zugang zum Gesundheitswesen und besonders die Arbeit ein, denn in der freien, schöpferischen, mitverantwortlichen und solidarischen Arbeit drückt der Mensch die Würde seines Lebens aus und steigert sie. Der gerechte Lohn ermöglicht den Zugang zu den anderen Gütern, die zum allgemeinen Gebrauch bestimmt sind.“ (EG 192)

In den Abschnitten über strukturelle Armut hebt er hervor, dass Hilfe nur vorübergehend sein dürfe, dass darüber hinaus und v. a. strukturelle Veränderungen notwendig seien, und er fordert, dass Menschenwürde und Gemeinwohl die Prinzipien sein müssen, die die gesamte Wirtschaft

strukturieren. Er skizziert eine darauf aufbauende Wirtschaftspolitik und betont, dass es Politiker*innen bedarf, denen das Leben der Armen am Herzen liegt und die für sie Zugang zu Bildung und Gesundheit schaffen. Und er betont dabei die Verschränkung von lokaler und globaler Politik (EG 202–206).

Als jene Sozialenzyklika, die Klima- und Umweltfragen ins Zentrum der Soziallehre rückt, stellt *Laudato si'* (2015), ganz im Sinne dessen, was unter dem Stichwort *Planetary Health*⁴ in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen hat, auch den Zusammenhang von Ökologie und Gesundheit her. Papst Franziskus kritisiert Formen der Umweltverschmutzung, durch die die Menschen täglich geschädigt werden. „Den Schadstoffen in der Luft ausgesetzt zu sein, erzeugt ein weites Spektrum von Wirkungen auf die Gesundheit – besonders der Ärmsten – und verursacht Millionen von vorzeitigen Todesfällen.“ (LS 20) Er hebt insbesondere die Bedeutung des Zugangs zu sauberem Wasser für die Gesundheit hervor. Als Ursachen für verschmutztes Trinkwasser benennt er fehlende Hygiene-Infrastruktur (Mikroorganismen) ebenso wie die chemische Verschmutzung durch Industrie oder Ressourcenabbau (LS 29). Damit sind zentrale Fragen aus dem Bereich Global Health angesprochen, ohne es explizit so zu nennen. Wie ein roter Faden zieht sich durch die Enzyklika die Verschränkung von sozialen Fragen mit der Krise von Klima und Ökologie, von Gemeinwohlorientierung und Umweltpolitik. Die besondere Verwundbarkeit der Armen wird immer wieder hervorgehoben.

„Die menschliche Umwelt und die natürliche Umwelt verschlechtern sich gemeinsam, und wir werden die Umweltzerstörung nicht sachgemäß angehen können, wenn wir nicht auf Ursachen achten, die mit dem Niedergang auf menschlicher und sozialer Ebene zusammenhängen. Tatsächlich schädigen der Verfall der Umwelt und der der Gesellschaft in besonderer Weise die Schwächsten des Planeten.“ (LS 48)

4 Ich verwende *planetarische Gesundheit* in dem Sinne, wie es seit etwa 2015 verwendet wird: menschliche Gesundheit in ihrer Abhängigkeit von den natürlichen Systemen, die wiederum von Menschen beeinflusst sind. Es ist abzuhelben von dem Konzept *One Health*, das älter ist und v. a. mit der Erforschung der Zoonose seinen Ausgang nimmt und das Verhältnis der Gesundheit von Mensch und Tier in Verbindung mit Ökosystemen in den Blick nimmt (vgl. Ruiz de Castañeda u. a. 2023).

Zu diesen Schädigungen gehören die genannten direkten gesundheitlichen Schädigungen ebenso wie die indirekten, weil ein multidimensionales Verständnis von Armut, wie es Franziskus implizit vertritt und wie es den *Sustainable Development Goals* (SDGs) zugrunde liegt⁵, den engen Zusammenhang von materieller Armut und fehlendem Zugang zu Bildung, Gesundheit etc. beinhaltet. Schlussfolgerungen struktureller Art für den Bereich der Gesundheit erfolgen nicht, mit der Ausnahme, dass Umweltverträglichkeitsprüfungen in Produktionsprozessen mit einer Analyse von Arbeitsbedingungen und den möglichen Auswirkungen auf psychische und physische Gesundheit einher gehen sollten (LS 183). Bemerkenswert ist die Erwähnung psychischer Gesundheit. Der Umgang mit psychischen Erkrankungen spielt im Kontext von Global Health zunehmend eine Rolle.⁶

Der fehlende Zugang zu Gesundheitssystemen wird in *Fratelli tutti* (2020) thematisiert. Hier wird Gesundheit erneut in den Kontext der Menschenrechte gestellt. Das geschieht in kritischer Weise, denn von einer „Globalisierung der Menschenrechte“ (FT 189) sei die Menschheit weit entfernt. Motiviert ist die Aufwertung des Gesundheitsthemas durch die Covid-19-Pandemie, die zum Erscheinungsdatum der Enzyklika (03.10.2020) die Welt seit mehr als einem halben Jahr bestimmte und zu dieser Zeit mit den Versprechen weltweiter Solidarität einherging. Gleichwohl ahnt der Papst, dass dieses Zusammengehörigkeitsgefühl von kurzer Dauer sein könnte und mahnt eindringlich, dass diese Pandemie nicht zum „x-te[n] schwerwiegende[n] Ereignis der Geschichte“ werden dürfe, aus dem man wieder nichts lerne und sich wieder die Differenz zwischen einem „Wir und die Anderen“ vergrößere (FT 35). Diese Mahnung war vorausschauend, denn genau das ist geschehen. Das gebrochene Versprechen der Impfgerechtigkeit, das fehlende Interesse des globalen Nordens an den lokalen Bedarfen aber auch an funktionierenden Bewältigungsstrategien im globalen Süden sowie eine von vielen wahrgenommene Arroganz (vgl. Kafarhire Murhula 2022, 156–164) führten zu neuen Verwerfungslinien zwischen *Nord* und *Süd*, deren Folgen noch nicht absehbar sind.

5 Zum Armutsverständnis der SDGs vgl. Vereinte Nationen, insbesondere UNRIC, 17 Ziele, URL vom 26.03.2024: <https://unric.org/de/17ziele/sdg-1/>.

6 Das ist insofern nicht überraschend, als besonders vulnerable Gruppen besonders anfällig für psychische Erkrankungen sind, gleichwohl werden erst in jüngerer Zeit Einflussfaktoren genauer erforscht und bekämpft (vgl. Moitra u. a. 2023, 301–311).

Es lässt sich zusammenfassen, dass mit der Annäherung des päpstlichen Lehramts an entwicklungspolitische und auch menschenrechtliche Diskurse in den 1960er Jahren auch Gesundheitsfragen in diesen Zusammenhängen behandelt wurden, was den Fragestellungen globaler Gesundheit nahekommt. In der Folgezeit verlor das Thema an Bedeutung, was sich erst mit dem Pontifikat von Papst Franziskus wieder änderte.

3 Akzentsetzungen in bischöflicher Verkündigung

Aus der Vielzahl an Veröffentlichungen von nationalen oder regionalen Bischofskonferenzen werden exemplarisch zwei Veröffentlichungen von besonderer Relevanz herausgegriffen: der Hirtenbrief der US-amerikanischen Bischöfe von 1986 *Economic Justice for All* wegen seiner engen Verknüpfung von Gesundheit und sozialer Gerechtigkeit und das Papier der Deutschen Bischofskonferenz *Der Klimawandel. Brennpunkt globaler, intergenerationaler und ökologischer Gerechtigkeit* (2006), weil hier in der Reflexion des Klimawandels auch gesundheitliche Fragen behandelt werden.

Der Hirtenbrief der US-Bischöfe von 1986 ist von internationaler Bedeutung und wurde und wird in der deutschsprachigen Sozialethik stark rezipiert. Er arbeitet deutlich die Folgen von Armut für Einzelne und für die Gesellschaft heraus. Das Verständnis von sozialer Gerechtigkeit als Beteiligungsgerechtigkeit, wie es das Papier entwickelt, kann als diskursprägend gelten (vgl. Filipović 2022, 232–238). Im Zusammenhang mit Armut spielt in dem Papier auch Gesundheit eine erhebliche Rolle. Die Grundannahme des Hirtenbriefes ist, dass jede wirtschaftliche Entscheidung und Institution danach beurteilt werden muss, ob sie die menschliche Würde, die sich nur in Gemeinschaft realisieren lässt, schützt oder verletzt (USCCB 13–14). Die Menschenrechte gelten als Mindestvoraussetzung für das Leben in der Gesellschaft. Den sozialen Menschenrechten, darunter ist auch die medizinische Versorgung genannt, kommt eine besondere Rolle zu (USCCB 17), weil sie die Teilhabe aller Menschen, insbesondere aber der Armen, an der Gesellschaft überhaupt erst ermöglichen. Die Verantwortung der Regierung wird klar benannt.

Im zweiten Teil des Hirtenbriefes wird ab Abschnitt 79 die menschenrechtliche Argumentation wieder aufgenommen. In direkter Berufung auf PP wird auf die Notwendigkeit der Menschenrechte zum Schutz der Menschenwürde insistiert und sie werden insbesondere für die Armen in der Gesellschaft eingefordert. Mit Blick auf Gesundheit wird festgestellt:

„Materielle Armut jedoch verschärft auf schwerwiegende Weise diese Leiden des Geistes und des Herzens. Einen geliebten Menschen in Krankheit zu sehen, ist schlimm genug, aber keine Möglichkeit zu finden, für seine Gesundheit sorgen zu können, ist schlimmer.“ (USCCB 86)

Im selben Abschnitt wird ergänzt, dass sich diese Probleme durch die extreme Armut massiv verschärfen und dass auch „unser eigenes Land“ (ebd.) Hilfe leisten müsse. Sehr deutlich heißt es: „Die höchste Priorität hat die Erfüllung der Grundbedürfnisse der Armen.“ (USCCB 90a) Wenn auch nicht explizit als *Option für die Armen* bezeichnet, durchzieht diese der Idee nach doch den gesamten Text. Gesundheit gehört zu diesen Grundbedürfnissen. Es wird gefordert, wirtschaftlichen (ergänzend müsste man: sozialen und kulturellen) Menschenrechten dieselbe Priorität und denselben Schutz zu geben wie politischen Rechten und Bürgerrechten (USCCB 95). Die *Guidelines for Action* am Ende des Papiers konkretisieren die Forderungen zu Krankenversicherung und zur Bereitstellung von Gesundheitsversorgung. Auch die Beziehung der USA zu den Entwicklungsländern wird nochmals thematisiert, nicht aber mit Blick auf Gesundheit.

Der Expertentext der Deutschen Bischofskonferenz zur Herausforderung des Klimawandels von 2006 stellt gleich zu Beginn explizit eine Verbindung von Krankheiten und Klimawandel her (DBK 2006, 3). Später wird das Papier noch deutlicher:

„Der IPCC [Intergovernmental Panel on Climate Change, M. B.] und die WHO prognostizieren eine wachsende Zahl von Menschen, die vektorübertragenen (z. B. Malaria, Dengue-Fieber, Gelbfieber und verschiedene Arten von Hirnhautentzündung) und wasserabhängigen Krankheiten (z. B. Cholera) ausgesetzt sind, sowie einen Anstieg von Todesfällen infolge Hitzestresses. Durch die Klimaveränderungen wird eine Reihe schwerer Krankheiten häufiger auftreten und sich schneller ausbreiten. Die stärkste Wirkung des Klimawandels auf die menschliche Gesundheit hat jedoch der Zusammenbruch von Ökosystemen.“ (DBK 2006, 29)

Die Folgen des Klimawandels, darunter vorzeitige Tode und Beeinträchtigungen der körperlichen und seelischen Gesundheit, werden explizit als Ungerechtigkeit identifiziert (DBK 2006, 39). Im Unterpunkt *Kriterien einer christlichen Ethik der Nachhaltigkeit* wird ein auf die Menschenwürde aufbauender verantwortungsethischer Ansatz vertreten.

„Im Zentrum der kirchlichen Position zum Klimawandel steht somit das Postulat der Gerechtigkeit – im Verhältnis zwischen den reichen Ländern des Nordens und den armen Ländern des Südens, zwischen Reich und Arm innerhalb der Nationen, zwischen den Generationen sowie zwischen Mensch und Natur.“ (DBK 2006, 45)

Die Frage der Gerechtigkeit stellt sich umso dringlicher, da Verursacher und Betroffene des Klimawandels nicht identisch sind und Ärmere stärker betroffen sind als Reichere. Eine „vorrangige Option für die Armen, Schwachen, Benachteiligten und Nichtbeteiligten“ (DBK 2006, 40) wird mit einem Menschenrechtsansatz verbunden, der insofern erweitert ist, als er explizit die Rechte zukünftiger Generationen benennt und neben verschiedenen verbrieften Menschenrechten (darunter das auf Gesundheit) auch das Recht auf eine intakte Umwelt umfasst.⁷

In beiden Papieren ist (Globale) Gesundheit nicht das Hauptthema. Gleichwohl werden wichtige Aussagen getroffen und Gesundheit wird auf eine Weise in Beziehung gesetzt zu Armut und Ungleichheit bzw. Klimawandel und Gerechtigkeit, die Diskursen zu Global Health nahekommt und sie bereichern kann.

4 Impulse aus der (missionsärztlichen) Praxis

Einige der Themen, die heute unter dem Label Global Health behandelt werden, haben ihre Wurzeln in den tropenmedizinischen und damit verbundenen missionsärztlichen Aufbrüchen des beginnenden 20. Jahrhunderts.⁸ Das ist einer der Gründe, warum an dieser Stelle knapp auf die missionsärztliche Praxis Bezug genommen wird. Ein weiterer Grund ist, dass die lehramtliche Verkündigung, die im Fokus dieses Beitrags steht, nie losgelöst von der sozialen Praxis von Gläubigen zu verstehen

7 2006 war das Thema bereits Gegenstand intensiver Diskussionen. Aber erst am 8. Oktober 2021 verabschiedete der UN-Menschenrechtsrat eine Resolution, die das Recht auf eine gesunde Umwelt als grundlegendes Menschenrecht anerkennt (vgl. United Nations 2021).

8 Diese Anfänge können nicht losgelöst vom Kolonialismus und vom wachsenden Interesse an ethnologischer Medizin in jener Zeit verstanden werden. Das Interesse an ethnologischen Unterschieden wurde zudem auch mit der sogenannten *Rassenfrage* verbunden (vgl. Knobloch 2007). Zum komplexen Verhältnis von Tropenmedizin und Kolonialismus vgl. Bruchhausen 2019.

ist. Die Erkenntnisse aus der missionsärztlichen Praxis haben zwar kaum explizit Eingang gefunden in die Sozialverkündigung (eine Ausnahme ist etwa PP 12), aber es gingen wichtige Impulse aus ihr hervor, die von bleibender Relevanz sind.

1900 wurde das Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten in Hamburg gegründet, 1907 die Deutsche Tropenmedizinische Gesellschaft (DTG). Die Entwicklungen in Medizin, Hygiene und Pharmazie aufnehmend und mit der (zunächst vorwiegend protestantischen) missionsärztlichen Bewegung verbindend kam es 1906 zur Gründung des Deutschen Instituts für Ärztliche Mission (Difäm) von Missionsarzt Paul Lechler in Tübingen. Mit einiger Verzögerung gründete auf katholischer Seite der Salvatorianerpater Christoph Becker 1922 das Missionsärztliche Institut (heute Medmissio) in Würzburg. Die Hauptaufgabe des Instituts war, Ärzt*innen⁹ für ihre Tätigkeit in Missionsländern auszubilden.

Nach heutigem Verständnis kann man dem Institut ein ganzheitliches Verständnis sowohl von Mission als auch von Medizin attestieren:

„Mission hat gewiss etwas mit dem integralen Heil zu tun, das Leib und Seele, unsere konkret-geschichtliche Welt und die soziale Situation betrifft. Es geht um den ganzen Menschen [...]. Auch die früheren Missionare haben nicht nur nach der himmlischen Seele des Menschen gefahndet, sondern sich um Krankheiten gekümmert, Schulen gebaut, Hospitäler errichtet und Wasserleitungen gelegt. Hier liegt der notwendige Zusammenhang von missionarischer Verkündigung und der Hilfe für den Menschen.“ (Lehmann 2006, 41)

Die ersten Statuten des Instituts (vgl. 1933, Nr. 5) belegen, dass die ärztliche Tätigkeit dazu dienen sollte, den nichtchristlichen Völkern die christliche Nächstenliebe vor Augen zu führen. Sie ergänze die Arbeit der Missionare und diene so der Ausbreitung des Evangeliums. Eine hohe *interkulturelle Sensibilität*¹⁰ ist erkennbar, und man brachte früh Gesundheitsfragen mit Armut und sozialer Ungleichheit zusammen. So

9 Von Anfang an sind auch Ärztinnen ausgereist und haben Leitungsverantwortung übernommen, was als enormer Emanzipationsgewinn verstanden werden kann (vgl. Becka 2022a, 417–430).

10 Eine solche Qualifizierung aus heutiger Sicht bleibt ambivalent: *Interkulturalität* ist kein Konzept jener Zeit, und die Sprache ist zugleich von den Rassismen der Zeit durchzogen. Dennoch sprechen aus den frühen Briefen und Berichten

zeugen etwa die Briefe der Ärztinnen Adelheid Schuster und Martha Ditton davon, wie sie die Nähe zu den Menschen suchten und mit ihnen lebten. Auf diese Weise lernten sie die lokalen Praktiken und die Heilkunst schätzen und genossen zugleich so viel Ansehen, dass ihre medizinischen Kenntnisse akzeptiert wurden.¹¹ Gemäß den Statuten sollen die Ärzt*innen „die einheimischen Sitten und Gebräuche rücksichtsvoll achten, sich ihnen nach Möglichkeit anpassen und sie nur insoweit sie böse oder gesundheitswidrig sind, mit vorsichtiger Klugheit abschaffen bzw. durch andere ersetzen“ (Statuten, Nr. 14). Eine andere Ärztin, Dr. Anna Roggen, beklagt in ihrem Brief vom 2. 12. 1928 aus Shanghai die extreme Ungleichheit in der Gesundheitsversorgung. Sie berichtet vom St. Josephs-Hospiz, einem großen Krankenhauskomplex für 1600 Menschen, der von 19 Schwestern geführt wird. Sie erwähnt, dass 86 Säuglinge in einem Raum untergebracht waren und ein einziger Arzt für das Krankenhaus angestellt sei. Sie kontrastiert das mit dem in direkter Nachbarschaft liegenden – hervorragend ausgestatteten – General Hospital, das aber keine Chines*innen behandle (vgl. Roggen 1928).

Der punktuelle Rückblick auf die Anfänge des Missionsärztlichen Instituts kann ein Hinweis darauf sein, dass die Präsenz bei Menschen in Afrika, Asien und Lateinamerika nicht nur Bedarfe vor Ort erkennen lässt, sondern auch gegenseitiges Verständnis und einen wechselseitigen Lernprozess fördert.¹² Das Subsidiaritätsprinzip, das 1931 in *Quadragesimo anno* prominent wurde (vgl. QA 79–80), taucht in den Statuten, Berichten und Briefen der frühen Zeit nicht dem Namen nach auf. Der Sache nach ist es aber präsent und wird umgesetzt, weil dem, was vor Ort erforderlich ist, besondere Bedeutung zugemessen wird: Zwar gibt es *von außen* kommende Konzepte und Praktiken, aber sie werden, zumindest in Teilen und so weit ersichtlich, mit den Menschen umgesetzt und gelebt. Diese Kontextualisierung, die in der geteilten Praxis liegt, ist für Fragen

Respekt, Wertschätzung und Offenheit, die wir als interkulturelle Sensibilität verstehen können.

- 11 Zugleich erzählen sie anschaulich von den Schwierigkeiten und den Grenzen dieser Akzeptanz (vgl. Ditton 1935).
- 12 Diese Prozesse sollen nicht idealisiert werden. Die Geschichte der missionsärztlichen Bewegung und des Instituts selbst müsste auf die Beziehung zu Kolonialismus und Rassismus ebenso untersucht werden wie hinsichtlich ihres Potentials zur interkulturellen Verständigung.

globaler Gesundheit von zentraler Bedeutung. Gesundheitsfragen werden zudem, wie der Brief von Roggen exemplarisch zeigt, von Anfang an mit Gerechtigkeitsfragen in Verbindung gebracht – auch wenn dieser Zusammenhang erst viel später reflektiert und politisch adressiert wird.

Das Missionsärztliche Institut (heute Medmissio) und das Difam sind zudem Beispiele dafür, wie aus der konkreten Praxis und der Kenntnis der partikularen Situationen politische Forderungen erwachsen. Beide sind heute Akteure im Bereich von Global Health auch in dem Sinne, dass sie sich für eine gerechte Gesundheitsversorgung und zugleich für gerechtere Rahmenbedingungen einsetzen: durch politische Lobbyarbeit, Bildungsarbeit u. a. Die beiden Institute stehen stellvertretend für viele Akteure, die in der Praxis und aus der Praxis die Rahmenbedingungen für diese verbessern wollen.

5 Normative Orientierungen globaler Gesundheit

Voranehend wurde recht ausführlich und nah an den Texten dargelegt, wo und in welcher Weise Themen globaler Gesundheit in der Sozialverkündigung präsent sind. Ein Verständnis ganzheitlicher Entwicklung – die Entfaltung der Person in sozialen Bezügen – gehört seit Paul VI. zum Grundbestand Katholischer Soziallehre, auch wenn unterschiedliche Akzentsetzungen vorgenommen werden. Gesundheit muss als Teil dieser ganzheitlichen Entwicklung verstanden werden. Die Botschaft *nach innen*, d. h. in den Raum von Theologie und Kirche, lautet: Das Thema geht uns etwas an. Gleichzeitig liefert die Art und Weise, wie das Thema behandelt wird, Impulse für Diskurse von *Global Health*, weil sie diese weitet und ergänzt. Die Botschaft *nach außen*, d. h. in die Gesellschaft, lautet: Die ganzheitliche Entwicklung des Menschen muss ermöglicht werden. Das Motto „Leave no one behind“¹³, verstanden als Kondensat der Gerechtigkeitsforderungen, gilt weltweit und ist zu verteidigen.

Der wiederholte Verweis in der Sozialverkündigung auf die internationale Dimension von Gerechtigkeit, Solidarität und Gemeinwohl, sowie der Bezug zu Menschenwürde und Menschenrechten verleiht den

13 Eines der Grundprinzipien der UN-Kampagne der Sustainable Development Goals.

(normativen) Grundgedanken von Global Health Nachdruck. Die Idee der Subsidiarität ist in den lehramtlichen Texten weniger zentral, aber nicht abwesend. Diese normativen Konzepte durchziehen die lehramtlichen Texte und leiten die (missionsärztliche) Praxis und sie können die Global Health-Diskurse bereichern. Allerdings werden sie häufig nur knapp erwähnt. Ihre Bedeutung wird vorausgesetzt, aber nicht erläutert, und sie werden nicht begründet.

Daher wird im Folgenden nochmals freigelegt, wo bzw. inwiefern diese normativen Konzepte in lehramtlichen Texten, aber auch in der (missionsärztlich enggeführten) Praxis, vorhanden sind. Sie werden dann über den Textbestand hinaus weiterführend reflektiert, um ihre Bedeutung für den Diskurs über Globale Gesundheit zu verdeutlichen. Dazu wird zunächst die menschenrechtliche Fundierung erörtert, die für Soziallehre und Globale Gesundheit kennzeichnend ist, und anschließend diskutiert, welche Rolle die Prinzipien der Soziallehre in diesem Zusammenhang spielen bzw. spielen sollten.

5.1 Menschenrecht auf Gesundheit

Es ist bemerkenswert, dass bereits 1963 mit PT das Gesundheitsthema menschenrechtlich eingefasst Eingang in die Sozialverkündigung erhält, d. h. nach der *Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte* (AEMR), aber vor der Verabschiedung der beiden menschenrechtlichen Pakte. Gleichzeitig wird das Konzept des Menschenrechts auf Gesundheit kaum erklärt. Deshalb sei an dieser Stelle etwas ausgeholt, um die Bezüge zu verstehen.

Das Menschenrecht auf Gesundheit verlangt, dass Menschen nicht in ihrer Gesundheit beeinträchtigt werden und dass dazu durch die jeweiligen Staaten Voraussetzungen für einen Zugang zur Gesundheitsversorgung geschaffen werden (vgl. Krennerich 2016, 66)¹⁴. Es findet sich in der AEMR von 1948 in Artikel 25, die ja, wie erläutert, ihren Widerhall in der Enzyklika *Pacem in terris* fand. Der *Pakt für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte* formuliert in Artikel 12: „Die Vertragsstaaten erkennen das Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit an.“ In Ziffer 4 des Kommentars

14 Um Missverständnissen vorzubeugen: Das Menschenrecht auf Gesundheit formuliert kein „Recht auf Gesundsein“, das einen vollständigen Schutz vor Krankheiten begründen würde (vgl. Krennerich 2016, 65).

des Ausschusses für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte, *Committee on Economic, Social and Cultural Rights* (CESCR) der UN, wird erläuternd festgehalten,

„dass das Recht auf Gesundheit weitreichende soziale und wirtschaftliche Faktoren umfasst, aufgrund derer Menschen ein gesundes Leben führen können, und dass es sich auch auf die zu Grunde liegenden Parameter der Gesundheit, wie Nahrung und Ernährung, Wohnung, Zugang zu sicherem Trinkwasser und angemessenen Sanitäreinrichtungen, sichere und gesunde Arbeitsbedingungen und eine gesunde Umwelt erstreckt.“ (CESCR, Art. 4)

Das Recht auf Gesundheit, wie es im Sozialpakt (CESCR, Art. 12) formuliert ist, umfasst folglich weitreichende soziale und ökonomische Faktoren; gleichzeitig übernimmt es jedoch nicht den sehr weiten Gesundheitsbegriff der WHO aus der Präambel ihrer Verfassung als „Zustand völligen psychischen, physischen und sozialen Wohlbefindens“ (WHO 1948). In den letzten Jahren wurden auch ökologische Faktoren und die vielfachen Zusammenhänge mit der Klimakrise hervorgehoben. Die Entwicklung und Begründung des Menschenrechts auf Gesundheit ist eng verknüpft mit *Public* und *Global Health Policies*.

Die Zuordnung zum WSK-Pakt leistet zuweilen der Einschätzung Vorschub, dass das Menschenrecht auf Gesundheit *nur* ein soziales Menschenrecht sei. Demgegenüber ist aber die Untrennbarkeit von *Freiheitsrechten* und *sozialen Rechten* hervorzuheben, denn „[u]m Freiheit realisieren zu können, müssen materielle Lebensbedingungen erfüllt sein, sie werden gesichert durch die sozialen Rechte“ (Becka 2022b, 191). Auch das Menschenrecht auf Gesundheit ist ein Recht auf freie Selbstbestimmung, die respektiert und ermöglicht werden muss. Zur Ermöglichung gehören die gesellschaftliche Unterstützung und die Schaffung der notwendigen materiellen Grundlagen. Neben der Verantwortung des jeweiligen Staates, die Gesundheitsrechte zu achten, zu schützen und zu gewährleisten, wird jedoch auch die der Staatengemeinschaft zur Verantwortung gezogen. Der *General Comment* benennt die „obligation of all States parties to take steps, individually and through international assistance and cooperation, especially economic and technical, towards the full realization of the rights recognized in the Covenant, such as the right to health“ (CESCR, Art. 38) und führt diese aus. Es gibt folglich eine in den menschenrechtlichen Verträgen verankerte Verpflichtung zur internationalen Kooperation in Gesundheitsbelangen.

Das entspricht Forderungen, die schon bei Paul VI. erhoben wurden. Er fordert ein gemeinsames Handeln für die „Entwicklung der Völker“ und misst auch der Kirche eine Verantwortung zu, in diesem Sinne tätig zu werden. Eine gewisse Menschenrechtsskepsis zeigt sich hingegen bei den Päpsten Johannes Paul II. und Benedikt XVI.: Sie kritisieren in Verteidigung des Lebensschutzes das Recht auf reproduktive Gesundheit und reproduktive Selbstbestimmung. Und mit dem Vorbehalt an dieser Stelle verliert insgesamt der menschenrechtliche Ansatz bei ihnen an Bedeutung, zumindest wird das Menschenrecht auf Gesundheit nicht verteidigt, wie es in anderen Enzykliken vorher und auch wieder bei Papst Franziskus der Fall ist. Franziskus verteidigt wiederholt und explizit ein Menschenrecht auf Gesundheitsfürsorge und fordert dessen Gewährleistung auf internationaler Ebene ein. Das geschieht in Enzykliken (z. B. FT 189), aber auch in Botschaften und Ansprachen (z. B. Ansprache an Mitarbeitende einer US-Hilfsorganisation, vgl. Kempis 2019). Er unternimmt folglich nicht dieselbe Engführung wie seine Vorgänger; daraus ist allerdings keineswegs zu schließen, dass seine Haltung zu Fragen reproduktiver Gesundheit eine andere ist.

Konkretisiert wird die Verteidigung des Menschenrechts auf Gesundheit in der Praxis (etwa durch Akteur*innen wie das Medmissio) und in Verlautbarungen von Bischofskonferenzen (etwa dem erwähnten Papier zum Klimawandel), sowie zuletzt besonders deutlich im Kontext der Covid-19-Pandemie. Kirchliche Akteur*innen kritisierten wiederholt, dass die internationale Dimension der menschenrechtlichen Verträge in der Pandemie zu wenig Berücksichtigung fand. Zwar gab es auf internationaler Ebene Initiativen, die den menschenrechtlichen Anspruch international umzusetzen schienen, allen voran sei hier *Access to COVID-19 Tools Accelerator* (ACT-A) genannt, die Initiative¹⁵ zur Beschaffung und Verteilung von Impfstoffen. Aber angesichts der Knappheit von Impfstoffen wurde das zunächst gegebene Solidaritätsversprechen nicht eingehalten. Das kritisiert etwa ein gemeinsames Papier von *Justice and Peace Europe* und der gesamtafrikanischen Bischofskonferenz SECAM:

“Nevertheless, as of 13 January 2022, out of 194 Member States, 36 WHO Member States have vaccinated less than 10 % of their population, and 88 less than

15 Gemeint ist COVAX: Covid 19 Vaccines Global Access.

40%. By December 2021, just half of WHO members had achieved the target of reaching 40% immunisation coverage. In Africa, only seven countries reached the target.”¹⁶ (SECAM/Justice and Peace Europe 2022, 6)

Auf dieser Grundlage stellt das Papier weitreichende Gerechtigkeitsforderungen. Es ist ein Beispiel, wie kirchliche Initiativen in menschenrechtlicher Motivation und auf der Grundlage der Katholischen Soziallehre als Global Health Akteur*innen aktiv werden.

5.2 Sozialprinzipien

In den vorgestellten kirchlichen Texten, die zumindest auch (globale) Gesundheitsfragen zum Thema haben, sind die Sozialprinzipien als normative Orientierungen für die Gestaltung gesellschaftlicher Strukturen selten explizit erwähnt und doch zugleich prägend. So ist das *Personalitäts*-prinzip in PP präsent, wenn die Enzyklika hervorhebt, dass Entwicklung den ganzen Menschen betrifft und die Entfaltung der menschlichen Person als höchste Pflicht bezeichnet wird. „Ein volles menschliches Leben [zu] führen“ (PP 47) verweist zugleich auf die geistig-seelische und materielle Dimensionen menschlichen Lebens – und auf die Notwendigkeit, dass der Staat entsprechende Rahmenbedingungen dafür schafft. Gleichzeitig kommt der Gemeinschaft eine wichtige Rolle zu. Es ist also der Mensch in seiner individuellen Besonderheit und Leiblichkeit und zugleich in seiner sozialen Verfasstheit, der Subjekt der Entwicklung und Träger der Menschenrechte ist. PP kann daher gelesen werden im Sinne des Kernsatzes von der Pastoralkonstitution *Gaudium et spes*: „Wurzelgrund nämlich, Träger und Ziel aller gesellschaftlichen Institutionen ist und muß auch sein die menschliche Person, die ja von ihrem Wesen selbst her des gesellschaftlichen Lebens durchaus bedarf.“ (25) Das Verständnis von Entwicklung und Gesundheit gründet auf dem Personalitätsprinzip.

¹⁶ Das Papier hebt hervor, dass das gebrochene Solidaritätsversprechen und die fehlende Gerechtigkeit zu einem Vertrauensverlust führen, der nicht nur dadurch verstärkt wird, weil man einmal mehr den Eindruck erhält, nicht gehört zu werden, sondern auch, weil dadurch medizinische Experimente durch die Kolonialmächte in Erinnerung gerufen werden (vgl. SECAM/Justice and Peace Europe 2022, 6).

Da Subsidiarität und Solidarität das Personalitätsprinzip konkretisieren, können sie geradezu als Schlüssel für das Verständnis von globaler Gesundheit verstanden werden. Die *Solidaritätsforderung* überrascht im Kontext von Global Health wenig, und sie findet weitaus stärkeres Gewicht in den Texten als Subsidiarität: Die vielfältigen Akteur*innen fordern Solidarität, nicht zuletzt weil die Anliegen globaler Gesundheit angesichts von Ressourcenknappheit in Konkurrenz stehen zu nationalen Anliegen und Interessen. Eine in der Soziallehre verortete Solidaritätsforderung betont in dieser Situation die Priorität der gesundheitlichen Grundversorgung aller gegenüber der bestmöglichen Versorgung weniger, das hebt auch das Hirtenwort der US-Bischöfe hervor. Es führt aus, dass es bereits schwierig erscheint, Ansprüche, die lediglich einen höheren Lebensstandard betreffen, zu Gunsten basaler Gesundheitsansprüche anderer zurückzustellen. Aber darüber hinaus kann Solidarität verlangen, so etwa in der Covid-19-Pandemie, sogar begründete Ansprüche zu Gunsten der Bedürftigkeit anderer zurückzustellen (vgl. Deutsche Kommission Justitia et Pax 2021, 4). Diese Solidaritätsforderung ist im Sinne der Solidarität für andere (Pro-Solidarität, vgl. Mieth 1998) eng verknüpft mit der *Option für die Armen*. Beide bezeichnen eine Bewegung hin zu mehr Gerechtigkeit, insofern ein Zustand der Ungerechtigkeit behoben oder zumindest verbessert werden soll: Die mangelhafte Gesundheitsversorgung von besonderen Gruppen (z. B. Arbeiter*innen) und in bestimmten Regionen (z. B. durch Klimawandel besonders betroffene) gilt als ungerecht. Damit ist anerkannt, dass die Ursachen der fehlenden Gesundheitsversorgung menschengemacht und als solche zu beheben sind. Und weil die Gefährdungslage einiger größer ist als die anderer, geht damit die Forderung einher, diesen auch vorrangig entgegenzuwirken. Seit den 1960er Jahren werden diese Solidaritätsansprüche in der Katholischen Soziallehre international erhoben. Für die Päpste scheinen sie notwendig aus dem gemeinsamen Menschsein zu resultieren. Eigens begründet werden sie darüber hinaus kaum.¹⁷ Es ist von großer Bedeutung, gerade in Fragen der Gesundheitsversorgung, diesen internationalen Anspruch gegenüber Nationalismen und anderen partikularen Interessen aufrecht zu erhalten. Theologie und

17 Teilweise ist auch von der Menschheitsfamilie die Rede. Bei Franziskus klingt der Gedanke der geteilten Verletzlichkeit an. Ein weiterer Versuch der Begründung knüpft (im Sinne des Solidarismus) die Solidarität an die faktische Angewiesenheit der Menschen aufeinander (vgl. Große-Kracht 2021).

Kirche sind gefragt in der Begründung und Verteidigung internationaler Solidaritätsforderungen.

Diese sind zudem eng verknüpft mit der *Gemeinwohlorientierung*, die schon die Kritik von Paul VI. motiviert hat. Allerdings ist in der päpstlichen Verkündigung meist unbestimmt, wie Gemeinwohl genau zu verstehen ist, und das Konzept bleibt höchst ambivalent. Einerseits erscheint ein Gegenpol zu übersteigertem Eigeninteresse dringend, denn allzu oft wird das gute Leben Einzelner auf Kosten vieler anderer erreicht. Eine gewisse Orientierung an einem *Gemeinsamen* ist nötig. Aber die Schwierigkeiten beginnen in der Bestimmung dessen, was dieses Gemeinsame genau ist. Wer definiert, was gut für alle ist? Diese Frage ist nicht neu.¹⁸ Aber in den letzten Jahrzehnten haben die post- und dekolonialen Kritiken dieses Problem erneut hervorgehoben. Die Erfahrung der Nicht-Privilegierten ist, dass Konzepte und Ideen, die etwas für alle aussagen wollen, allzu oft nur partikuläre Ansprüche verallgemeinern. Es ist eher unwahrscheinlich, dass sie dem Wohl aller dienen, wenn der Großteil der Weltbevölkerung nicht an ihrer Entwicklung und Konkretisierung beteiligt ist. Wenn also der Gemeinwohlgedanke in Global Health-Diskurse eingebracht werden soll, was meines Erachtens nötig ist, dann muss mit größter Sensibilität darauf geachtet werden, wie die Verständigungsprozesse über jenes Gemeinsame gestaltet werden, und wer in welcher Weise beteiligt wird.

Das wirft viele Folgefragen (etwa die der Repräsentation) auf, die hier nicht diskutiert werden können. Das verweist aber zugleich auf das komplementäre Prinzip zur Solidarität: die *Subsidiarität*. Sie fordert, lokale Akteure ernst zu nehmen und in ihren Anliegen zu unterstützen. Mehr noch: Es sind die kleinen Gruppen, also jene, die vor Ort sind, jene, die von einem Problem betroffen oder mit einer schwierigen Situation konfrontiert sind, die zunächst damit umzugehen haben und meist auch damit umgehen können, die aber zugleich oft auf Unterstützung in ihrem Handeln angewiesen sind. Das scheint in den lehramtlichen Texten zwar indirekt präsent oder vorausgesetzt zu sein, wird aber nicht direkt thematisiert. Selbst in PP taucht der Begriff Subsidiarität nicht auf. Dabei würde die Profilierung des Begriffs der ganzheitlichen Entwicklung, die hier vorgenommen wird, und der Verweis auf die Rolle

18 Insbesondere sei auf die sogenannte Auseinandersetzung zwischen Dominikanern und Jesuiten im 20. Jahrhundert hingewiesen (vgl. Spieß 2020, 61–75). Vgl. auch die weiteren Beiträge in dem Sammelband für die Problematisierung des Konzepts, die hier nicht geleistet werden kann.

der Kirche in diesem Zusammenhang aufgrund ihrer „Erfahrung in allem, was den Menschen betrifft“ (PP 13) sich für Bezüge zur Subsidiarität anbieten. Aufgrund dieser Leerstellen kommt der missionsärztlichen Praxis besondere Bedeutung zu, die sich bis heute in der Arbeit des *Medmissio* und anderen Akteuren fortsetzt. Sie ergänzt – notwendig – die lehramtliche Verkündigung, weil sie die lokale Expertise erfasst und darum bemüht ist, in partnerschaftlicher Kooperation von den Bedarfen, Erfahrungen und v. a. dem Wissen vor Ort gesundheitspolitische Forderungen zu artikulieren und Unterstützung anbietet, bzw. die Unterstützung regionaler, nationaler und internationaler Ebenen einzufordern hilft. Eine gute Global Health Policy kann nicht an den betroffenen Personen vorbei agieren, sondern sie muss von ihnen ausgehen. Hier können kirchliche Akteure Expertise einbringen und auf Strukturen hinwirken, die dem Subsidiaritätsprinzip entsprechen. Gleichzeitig müssen sie sich selbst die Frage gefallen lassen, für wen sie sprechen und inwieweit Betroffene selbst zum Sprechen kommen.

6 Ausblick

Ein weiteres Thema schien in den Texten auf und ist von größter Relevanz für gegenwärtige Global Health Policies: die Einsicht, dass Gesundheit heute nicht ohne Bezug zur nicht-menschlichen Welt und den planetaren Krisen bearbeitet werden kann. Die planetaren Krisen gefährden die menschliche Gesundheit. Das Thema würde einen eigenen Beitrag erfordern. Aber dieser Ausblick möchte dazu einladen, in einen intensiven Dialog zwischen Soziallehre/Sozialethik und *Planetary Health/One Health* Ansätzen zu treten.

Der Expertentext der Deutschen Bischofskonferenz ist schon 2006 erfreulich deutlich geworden. Und Christliche Sozialethik hat in den letzten Jahrzehnten herausgearbeitet, dass soziale Fragen nicht mehr ohne ökologische Fragen und die Berücksichtigung der Klimakrise behandelt werden können. Mit *Laudato si'* hat Papst Franziskus diese Einsicht zu einem zentralen Aspekt kirchlicher Sozialverkündigung gemacht und hat Fragen der Gesundheit in diesem Rahmen situiert. Ergänzend zu den drei traditionellen Prinzipien der Katholischen Soziallehre ist daher das Prinzip der Nachhaltigkeit (vgl. Vogt 2022) stärker innerhalb der Sozialethik mit Gesundheitsthemen zu verknüpfen sowie in die Diskurse zu Globaler Gesundheit einzubinden.

Christliche Sozialethik kann die eigene damit verbundene Lerngeschichte in Planetary Health Diskurse einbringen und von anderen beteiligten Disziplinen lernen. Ihre besondere Rolle besteht möglicherweise darin, in den sozialen und Umweltbezügen immer zugleich die Würde der*des Einzelnen und damit stets die Würde *aller* zu verteidigen.

Literaturverzeichnis

- Archiv des Missionsärztlichen Instituts** (1933): Statuten des Katholischen Missionsärztlichen Instituts. Würzburg: Eigendruck.
- Becka, Michelle** (2022a): Von Sendungsbewusstsein, ganzheitlicher Medizin und emanzipatorischen Aufbrüchen. Die Geschichte des Würzburger Missionsärztlichen Instituts als Fundgrube für interdisziplinäre Forschung. In: Bünz, Enno; Rehak, Martin; Schwarz, Katrin (Hg.): Kirche, Glaube, Theologie in Franken (Quellen und Forschungen zur Geschichte des Bistums und Hochstifts Würzburg, 81), Würzburg: Echter Verlag, 417–430.
- Becka, Michelle** (2022b): Menschenrechte, In: Heimbach-Steins, Marianne; Becka, Michelle; Frühbauer, Johannes; Kruij, Gerhard (Hg.). Christliche Sozialethik. Grundlagen – Kontexte – Themen, Regensburg: Pustet-Verlag, 187–202.
- Ruiz de Castañeda, Rafael; Villers, Jennifer; Guzmán, Carlos A. F.; Eslanloo, Turan; de Paula, Nicole; Machalaba, Catherine; Zinsstag, Jakob; Utzinger, Jürg; Flahault, Antoine; Bolon, Isabelle** (2023): One Health and planetary health research: leveraging differences to grow together. In: The Lancet. Planetary health 7 (2), e109–e111. [https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(23\)00002-5](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(23)00002-5).
- Deutsche Kommission Justitia et Pax** (2021): Gerechtigkeit und Solidarität in der internationalen Verteilung von Corona-Impfstoffen, online unter <https://www.justitia-et-pax.de/jp/aktuelles/data/20210621_pm_impfgerechtigkeit_positionspapier.pdf>, abgerufen 28. 03. 2024.
- Ditton, Martha** (1935): Von meinen Kranken. Brief von 1935. In: Archiv des Missionsärztlichen Instituts. Würzburg (unveröffentlicht).
- Filipović, Alexander** (2022): Normative Orientierungen. Synthese. In: Heimbach-Steins, Marianne; Becka, Michelle; Frühbauer, Johannes; Kruij, Gerhard (Hg.). Christliche Sozialethik. Grundlagen – Kontexte – Themen, Regensburg: Pustet-Verlag, 232–238.
- Große-Kracht, Hermann Josef** (2021): »Solidarität zuerst«. Zur Neuentdeckung einer politischen Idee. Bielefeld: Transcript Verlag.
- Heimbach-Steins, Marianne; Möhring-Hesse, Matthias; Kistler, Sebastian; Lesch, Walter** (Hg.) (2020): Globales Gemeinwohl. Sozialwissenschaftliche und sozial-ethische Analysen (GER 17). Paderborn: Ferdinand Schöningh. <https://doi.org/10.30965/9783657703159>.
- Kafarhire Murhula, Toussaint** (2022): COVID-19 in Afrika und die Macht der Vorurteile in westlichen Darstellungen. In: Concilium 58 (2), 156–164.

- Kempis, Stefan von** (2019): Papst Franziskus verurteilt Beihilfe zum Suizid, in: Vatican News, online unter <<https://www.vaticannews.va/de/papst/news/2019-09/papst-franziskus-arzt-beihilfe-suizid-gesundheit-euthanasie-medi.html>>, abgerufen 26. II. 2024.
- Knobloch, Jürgen** (2007): Die hundertjährige Geschichte der DTG von 1907 bis 2007, herausgegeben vom Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Tropenmedizin und Internationale Gesundheit, Berlin, online unter <https://www.dtg.org/images/Ueber-die-DTG/Publikationen/DTG_Geschichte_Knobloch.pdf>, abgerufen 26. II. 2024
- Krennerich, Michael** (2016): Das Menschenrecht auf Gesundheit. Grundzüge eines komplexen Rechts. In: Frewer, Andreas; Bielefeldt, Heiner (Hg.), Das Menschenrecht auf Gesundheit. Normative Grundlagen und aktuelle Diskurse. Bielefeld: transcript Verlag, 57–92. <https://doi.org/10.1515/9783839434710-003>.
- Lehmann, Karl** (2006): Eröffnungsvortrag „Darum gehet hin und machet alle Völker zu meinen Jüngern...“ (Mt 28,19) – Perspektiven zur theologischen Grundlegung christlicher Mission. In: DBK (Hg.): WeltMission – Internationaler Kongress der Katholischen Kirche. Dokumentation (Arbeitshilfen, 202). Bonn: Sekretariat der deutschen Bischofskonferenz, 19–52.
- Mieth, Dietmar** (1998): Moral und Erfahrung, Bd. 2: Entfaltung einer theologisch-ethischen Hermeneutik. Freiburg i. Br.: Herder; Fribourg: Universitätsverlag.
- Moitra, Modhurima; Owens, Shanise; Hailemariam, Maji; Wilson, Katherine S.; Mensa-Kwao, Augustina; Gonese, Gloria; Kamamia, Christine K.; White, Belinda; Young, Dorraine M.; Collins, Pamela Y.** (2023): Global Mental Health. Where We Are and Where We Are Going. In: Current Psychiatry Reports 25, 301–311. <https://doi.org/10.1007/s11920-023-01426-8>.
- Roggen, Anna** (1928): Brief vom 02. 12. 1928. In: Archiv des Missionsärztlichen Instituts. Würzburg (unveröffentlicht).
- SECAM; Justice and Peace Europe** (2022): Overcoming the crisis of global health and integral human development. Statement of SECAM and Justice and Peace Europe in the context of the AU-EU Summit, online unter <<http://www.juspax-eu.org/en/dokumente/2022-02-15-AU-EU-Global-Health.pdf>>, abgerufen 28. 03. 2024.
- Spieß, Christian** (2020): Gemeinwohlbegriff zwischen neuscholastischem Naturrecht und politischem Liberalismus. Notizen zum systematischen Gehalt der Gemeinwohldebatte im Katholizismus. In: Heimbach-Steins, Marianne; Möhring-Hesse, Matthias; Kistler, Sebastian; Lesch, Walter (Hg.): Globales Gemeinwohl. Sozialwissenschaftliche und sozioethische Analysen (GER 17). Paderborn: Ferdinand Schöningh, 61–75. https://doi.org/10.30965/9783657703159_005.
- UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR)** (2000): General comment no. 14. The right to the highest attainable standard of health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights). E/C.12/2000/4, online unter <https://digitallibrary.un.org/record/425041/files/E_C.12_2000_4-EN.pdf?ln=en>, abgerufen 28. 03. 2024.
- UN Regional Information Centre for Western Europe (UNRIC)**: 17 Ziele für nachhaltige Entwicklung, online unter <<https://unic.org/de/17ziele/>>, abgerufen 28. 03. 2024.

- Vogt, Markus**, Nachhaltigkeit (2022): in: Heimbach-Steins, Marianne u. a. (Hg.), *Christliche Sozialethik. Grundlagen – Kontexte – Themen. Ein Lehr- und Studienbuch*, Regensburg, 219–231.
- WHO World Health Organisation** (1948): *Verfassung der Weltgesundheitsorganisation*. New York, online unter <<https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>>. Deutsch: https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1948/1015_1002_976/de>, abgerufen 26. 11. 2024.

Kirchliche Dokumente

- AM – Benedikt XVI.** (2011): *Nachsynodales Schreiben Africae Munus*. Bonn: Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (Verlautbarungen des Apostolischen Stuhls, 190).
- CA – Johannes Paul II.** (1991): *Enzyklika Centesimus annus*. In: Bundesverband der Katholischen Arbeitnehmer Bewegung Deutschlands (KAB) (Hg.) (2007): *Texte zur katholischen Soziallehre: die sozialen Rundschreiben der Päpste und andere kirchliche Dokumente*. 9. erw. Aufl. Köln: Ketteler, 689–767.
- CiV – Benedikt XVI.** (2009): *Enzyklika Caritas in veritate*. Bonn: Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (Verlautbarungen des Apostolischen Stuhls, 186).
- DBK** (2006): *Expertentext Der Klimawandel. Brennpunkt globaler, intergenerationaler und ökologischer Gerechtigkeit (Die deutschen Bischöfe – Kommission für gesellschaftliche und soziale Fragen/Kommission Weltkirche, 29)*. 2., aktualisierte Aufl. Bonn: Sekretariat der deutschen Bischofskonferenz.
- EG – Franziskus** (2013): *Apostolisches Schreiben Evangelii gaudium*. Bonn: Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (Verlautbarungen des Apostolischen Stuhls, 194).
- EV – Johannes Paul II.** (1995): *Enzyklika Evangelium vitae*. Bonn: Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (Verlautbarungen des Apostolischen Stuhls, 120).
- FT – Franziskus** (2020): *Enzyklika Fratelli tutti*. Bonn: Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (Verlautbarungen des Apostolischen Stuhls, 227).
- GS – Zweites Vatikanisches Konzil** (1965): *Pastoralkonstitution Gaudium et spes*. In: Bundesverband der Katholischen Arbeitnehmer-Bewegung Deutschlands (KAB) (Hg.) (2007): *Texte zur katholischen Soziallehre: die sozialen Rundschreiben der Päpste und andere kirchliche Dokumente* 9. erw. Aufl. Köln: Ketteler, 291–395.
- HV – Paul VI.** (1968): *Enzyklika Humanae vitae*. Von den deutschen Bischöfen approbierte Übersetzung. 3. Aufl. Trier: Paulinus.
- LE – Johannes Paul II.** (1981): *Enzyklika Laborem exercens*. In: Bundesverband der Katholischen Arbeitnehmer Bewegung Deutschlands (KAB) (Hg.) (2007): *Texte zur katholischen Soziallehre: die sozialen Rundschreiben der Päpste und andere kirchliche Dokumente*. 9. erw. Aufl. Köln: Ketteler, 529–601.
- LS – Franziskus** (2015): *Enzyklika Laudato si'*. Bonn: Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz (Verlautbarungen des Apostolischen Stuhls, 202).

- MM – Johannes XXIII.** (1961): Enzyklika Mater et magistra. In: Bundesverband der Katholischen Arbeitnehmer Bewegung Deutschlands (KAB) (Hg.) (2007): Texte zur katholischen Soziallehre: die sozialen Rundschreiben der Päpste und andere kirchliche Dokumente. 9. erw. Aufl. Köln: Ketteler, 171–240.
- PP – Paul VI.** (1967): Enzyklika Populorum progressio. In: Bundesverband der Katholischen Arbeitnehmer Bewegung Deutschlands (KAB) (Hg.) (2007): Texte zur katholischen Soziallehre: die sozialen Rundschreiben der Päpste und andere kirchliche Dokumente. 9. erw. Aufl. Köln: Ketteler, 405–440.
- PT – Johannes XXIII.** (1963): Enzyklika Pacem in terris. In: Bundesverband der Katholischen Arbeitnehmer Bewegung Deutschlands (KAB) (Hg.) (2007): Texte zur katholischen Soziallehre: die sozialen Rundschreiben der Päpste und andere kirchliche Dokumente. 9. erw. Aufl. Köln: Ketteler, 241–290.
- QA – Pius XI.** (1931): Enzyklika Quadragesimo anno. In: Bundesverband der Katholischen Arbeitnehmer Bewegung Deutschlands (KAB) (Hg.) (2007): Texte zur katholischen Soziallehre: die sozialen Rundschreiben der Päpste und andere kirchliche Dokumente. 9. erw. Aufl. Köln: Ketteler, 61–120.
- RN – Leo XIII.** (1891): Enzyklika Rerum novarum. In: Bundesverband der Katholischen Arbeitnehmer Bewegung Deutschlands (KAB) (Hg.) (2007): Texte zur katholischen Soziallehre: die sozialen Rundschreiben der Päpste und andere kirchliche Dokumente. 9. erw. Aufl. Köln: Ketteler, 1–38.
- SRS – Johannes Paul II.** (1987): Enzyklika Sollicitudo rei socialis. In: Bundesverband der Katholischen Arbeitnehmer Bewegung Deutschlands (KAB) (Hg.) (2007): Texte zur katholischen Soziallehre: die sozialen Rundschreiben der Päpste und andere kirchliche Dokumente. 9. erw. Aufl. Köln: Ketteler, 619–687.
- USCCB** (1986): Hirtenbrief Economic Justice for All. Washington, D. C. Online unter <https://www.usccb.org/upload/economic_justice_for_all.pdf>, abgerufen 28.03.2024.

Über die Autorin

Michelle Becka, Prof. Dr. theol., Professorin für Christliche Sozialethik an der Universität Würzburg. Email: michelle.becka@uni-wuerzburg.de.