

Medizinethik und Global Health Education: Eine moralische Herausforderung für den Norden

Walter Bruchhausen^a

^a Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, RWTH Aachen

Zusammenfassung

Da sich inzwischen auch im deutschsprachigen Raum Lehrveranstaltungen zu Global Health etabliert haben, ist zu fragen, in welchen Bereichen hier Bedarf an ethischer Reflexion besteht, der bisher im medizinischen Unterricht und Lehrmaterial ungenügend abgedeckt ist. Vorgeschlagen und kurz angerissen werden die fünf Themenfelder Globale Gesundheitsgerechtigkeit und Priorisierung, Bewusstseins- und Willensbildung zur Gesundheitsgerechtigkeit, Begleitung von Gesundheitsprojekten, -programmen und -politik, Stärkung von Gesundheitssystemen im Hinblick auf Finanzen und Personal sowie studentische oder ärztliche Tätigkeit in ressourcenarmer Gesundheitsversorgung. Empfohlen wird eine Anknüpfung am aktuellen oder beabsichtigten Engagement von Medizinstudierenden in diesen Bereichen.

Schlüsselbegriffe: Globale Gesundheit, Medizinethik, Gesundheitssystemstärkung, medizinische Not- und Entwicklungshilfe, Famulaturen

Im Hinblick auf das Gesundheitswesen von *Low and Middle Income Countries* (LMIC) entstehen die häufigsten und schwerwiegendsten Verletzungen von Menschenrechten – so kann man argumentieren – nicht durch strittige Entscheidungen am Lebensanfang oder -ende, durch neuartige Medizintechnologien oder Missachtung des Informed-Consent-Prinzips, sondern durch die alltägliche massive Unterversorgung mit unstrittiger Behandlung und fehlenden Schutz vor vermeidbaren Gesundheitsgefahren [1]. Das beruht nicht auf unabänderlichen Gegebenheiten, sondern auf menschlichem (Fehl-)Verhalten, wobei es schwierig und wohl auch kontraproduktiv ist, einzelne Schuldige zu identifizieren. Als Ganzes jedoch bildet die Gesundheitssituation von breiten Bevölkerungskreisen in der sich entwickelnden Welt eine der grössten moralischen Herausforderungen im Medizin- und Gesundheitsbereich – und dies wird auch von vielen Menschen so empfunden, wie nicht zuletzt einschlägiges Spendenaufkommen, Interesse am eigenen Auslandseinsatz in den Gesundheitsberufen und öffentliche Aufmerksamkeit belegen.

In medizinethischer Forschung und Lehre ist der erschütternde Gesundheitszustand eines grossen Teils der Weltbevölkerung bisher wenig präsent. Einige der Gründe dürften in der (US-amerikanischen) Entstehungsgeschichte der Bioethik liegen. Über den dort ursprünglich gegebenen Auftrag an die *President's Com-*

mission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research (1980–1983), auch den ungleichen Zugang zu Gesundheitsdiensten zu berücksichtigen, schrieb ein Zeitzeuge: «The study of access to health care ran on the rocks» [2]. Fragen der bereits etablierten Arzt-Patient-Beziehung und neuer Medizintechnologien dominieren seitdem. Das verstärkt sich nicht zuletzt dadurch, dass die Medizinethik weitgehend in die ärztliche Ausbildung eingebettet ist, in der bevölkerungsbezogene Gesundheitsfragen naturgemäss weniger behandelt werden als z.B. in gesundheitswissenschaftlichen Studiengängen.

Aber genau diese starke institutionelle Verankerung der Bioethik in medizinischen Studiengängen und Berufen könnte jetzt eine Chance zur globalen Öffnung darstellen. Denn der jugendliche Idealismus und die – physische wie virtuelle – Mobilität nicht weniger Medizinstudierender, Ärztinnen und Ärzte drängen auf eine verstärkte Behandlung von Global Health schon im Studium [3]. Das studentische Engagement ist in Nordamerika wie in Europa beeindruckend und zeigt sich etwa in der Ausbildung freiwilliger studentischer Tutoren für Seminare, die Aufenthalte von Medizinstudierenden ausserhalb der westlichen Welt vor- und nachbereiten, und in der Organisation von Vorträgen und Workshops zu Themen internationaler Gesundheit. Bisher verlief in Deutschland die Etablierung von curricularen Unterrichtsangeboten in Global Health an inzwischen mehr als zehn Universitäten, meist als Wahlpflichtfach im Zweiten Abschnitt des Medizinstudiums oder als Summer School, ohne Beteiligung der Medizinethik. Sozialmedizin/Public Health, Tropenmedizin, Medizingeschichte und Allgemeinmedizin, das waren die Fachrichtungen und Institute, die diese von studentischer Seite angeregte Lehraufgabe aufgriffen. Es stellt sich jedoch die Frage, ob nicht die Medizinethik bereit sein müsste, ihre Themengebiete für Global Health zu öffnen, um die normative Dimension der behandelten Fragen herauszuarbeiten. Denn wie in diesem Beitrag exemplarisch gezeigt werden soll, haben verschiedene Inhalte von Global-Health-Unterricht und -Diskussion auch ethische bzw. moralische Aspekte, die nicht immer als solche gesehen und behandelt werden und deshalb von einer ethischen Reflexion profitieren könnten.

Es handelt sich dabei um sehr unterschiedliche Bereiche, mit denen Medizinstudierende und Angehörige der Gesundheitsberufe bei ihrem Engagement im und

für das Ausland, in Praktikum und Beruf, als Multiplikatoren, Spender, Wähler und Verbraucher konfrontiert werden. Einige dieser Bereiche betreffen die Berufsethik nicht einmal in einem denkbar weitesten Sinne des Wortes, wohl aber drängende moralische Fragen von Gesundheit und Gesundheitsversorgung, so dass – auch mangels eines anderen universitären Orts dafür – gute Gründe für ihre Berücksichtigung in der Medizinethik sprechen. In den hier ausgewählten Fragen kann sich die Situation benachteiligter Bevölkerungen von der in privilegierten Industrienationen stark unterscheiden, weshalb medizinethische Expertise eine intensive Einarbeitung in diese sozialen Realitäten verlangen würde, die bisher nur selten geleistet wird. Die aufgelisteten Bereiche sind nicht vollständig, oft nicht einmal systematisch voneinander zu trennen, betreffen sie doch alle moralische Begriffe wie Gerechtigkeit oder Verantwortung angesichts unterschiedlicher Standards, teils eher im Hinblick auf globale Angleichung, teils unter dem Gesichtspunkt notwendiger Differenz und Anpassung. Dabei ist über das bereits in der Literatur, wenngleich noch nicht in den Curricula etablierte Gebiet *Global Public Health (Ethics)* [4] hinauszugehen, weil die (zukünftigen) Tätigkeitsgebiete der Zielgruppe zusätzlich zum eher auf Präventivmedizin und Gesundheitsförderung konzentrierten Ansatz von Public Health hinaus auch Fragen der Krankenversorgung unter einfachen Bedingungen betreffen, mithin also präventive, promotive und kurative Themen zu behandeln sind.

Globale Gesundheitsgerechtigkeit und Priorisierung

Ein erster Bereich ergibt sich daraus, dass die *Health inequities*, also die Identifizierung, Erklärung und Bekämpfung vermeidbarer Gesundheitsungleichheiten, zu den Ausgangspunkten, Mitteln und Zielen von Global Health (Education) gehören – und damit den ethisch zentralen Gerechtigkeitsbegriff direkt ansprechen [5]. Etablierte Allokations-, Priorisierungs- und Zugangsdiskussionen verlangen so globale und neue lokale Perspektiven. Hier haben schon seit den Anfangszeiten der Kolonialmedizin und später im Kontext der staatlichen Entwicklungshilfe Grundsatzdebatten stattgefunden, die den fundamentalen Fragen der Allokationsethik im Gesundheitswesen entsprechen und die bis heute nicht abgeschlossen sind. Inzwischen kommen aus jüngeren gesundheitswissenschaftlichen Indikatoren wie *Global Burden of Diseases (GBD)* oder *Qaly (Quality-adjusted life years)* neue Herausforderungen für eine globale ethische Perspektive hinzu.

Eine angemessene ethische Herangehensweise sollte sich vor einer Verwechslung von Globalität mit vermeintlicher Universalität hüten. Die Verteilungsdiskussion darf die Unterschiedlichkeit nationaler Situationen, z.B. die Dominanz urbaner Eliten mit ihrer

einflussreichen Artikulation eigener Gesundheitsinteressen bei insgesamt schwacher Zivilgesellschaft oder die mehrfache Ferne des internationalen epidemiologischen Diskurses von den Leidenserfahrungen vor Ort, nicht unberücksichtigt lassen. Insofern können die jüngeren organisationstheoretischen und -ethischen Ansätze als Reflexion der mittleren Ebene der medizin- und sozialetischen Entscheidungstheorie wichtige Impulse geben. Im Hinblick auf unterschiedliche historische Erfahrungen, z.B. mit bestimmten Gesundheitsproblemen oder Wertsetzungen wie etwa in der Gewichtung individueller Selbstverwirklichung, ist auch in Betracht zu ziehen, dass und wie auf Geberseite verschiedene Staaten oder Organisationen (z.B. Kirchen oder emanzipatorische Bewegungen) ihre Schwerpunkte jeweils in eigener Weise setzen und im Sinne von Mobilisierung und Akzeptanzbeschaffung, Expertise-steigernder Profilbildung, Arbeitsteilung und Subsidiarität auch unterschiedlich setzen sollten. «One fits all» kann auf solchen Ebenen keine ethische Maxime sein.

Die klassische Auseinandersetzung zwischen «vertikalen» und «horizontalen» Ansätzen in Gesundheitsprogrammen, d.h. zwischen der isolierten Bekämpfung einzelner Krankheiten und der breiten Förderung des Gesundheitswesens, birgt eine bisher ungenügend reflektierte ethische Dimension, da sie jeweils eine klare, aber selten moralisch begründete Priorisierung bestimmter Gruppen beinhaltet. Hier ist im Sinne empirischer oder deskriptiver Ethik festzustellen, wie (politische) Präferenzen für bestimmte Lösungsansätze – insbesondere in den Spannungsfeldern von Kurz- und Langfristigkeit, Messbarkeit und Breitenwirkung – zustande kommen, mit welchen Argumenten von Verantwortung gegenüber Wählern und Spendern, Partnerländern und den unterschiedlich(en) Betroffenen der Mitteleinsatz erfolgt. Die Frage, welche Qualitätseinbußen man zugunsten flächendeckender Versorgung hinzunehmen bereit ist, wird selten gestellt. Welche Risiken (Resistenzentwicklung, Nebenwirkungen) bei der Abgabe hochwirksamer Medikamente oder komplikationsträchtiger Behandlungsverfahren in die Hände nicht universitär ausgebildeter Gesundheitsberufe kann man akzeptieren, wo liegen Grenzen?

Doch auch innerhalb der für manche Gesundheitsprobleme wohl unvermeidlichen vertikalen Ansätze bestehen grosse, insgesamt noch selten diskutierte Alternativen im Einsatz der verfügbaren Mittel. Der Philosoph Thomas Pogge [6] hat mit seinem Konzept des «Full Pull» für Aufmerksamkeit gesorgt, weil er (bei ausgewählten Krankheiten in LMIC) die Anreize für pharmazeutische Grossunternehmen von der blossen Entgeltung dafür, Medikamente zur Verfügung zu stellen (was Übernutzung begünstigt), auf die Belohnung für die statistisch nachweisbare Verringerung eines Gesundheitsproblems (was auch die «letzte Meile» zum Bedürftigen beinhaltet) umstellen möchte.

Bewusstseins- und Willensbildung zur Gesundheitsgerechtigkeit

Nicht nur die Fähigkeit zur angemessenen Analyse globaler Verteilungs(un)gerechtigkeit im Gesundheitsbereich, sondern auch die Bereitschaft zu entsprechender globaler Verantwortung stellt eine moralische Herausforderung dar. Die klassische Perspektive von Bioethik und Public-Health-Ethik auf Ungleichheiten verfolgte eine überwiegend nationalstaatliche Orientierung. Es ging um die eventuelle gesundheitliche Benachteiligung von Gruppen innerhalb des Zuständigkeitsbereichs von Regierungen, auf kommunaler oder nationaler Ebene, zunehmend auch auf europäischer. Durch epidemiologische Grossforschungen waren die sozialen Determinanten von Gesundheit in den Blick gekommen, also die Einsicht, dass der grössere Teil gesundheitlicher Ungleichheit zwischen verschiedenen Einkommensgruppen nicht aus unterschiedlichem Zugang zur Krankenversorgung und Präventivmedizin, sondern aus Lebensbedingungen und -stilen resultiert. Die Wende zur Gesundheitsförderung, ausgedrückt in der Charta von Ottawa 1986 [7], war eine Konsequenz dieser Belege. Sie beschäftigt aber die institutionalisierte Ethik vergleichsweise wenig, wenn man sich die enorme quantitative Bedeutung dieses Feldes anschaut. Denn hier liegt nur der kleinere Zuständigkeitsbereich der vorwiegend für Krankenversorgung ausgebildeten Gesundheitsberufe und ihrer Ethik. Abgesehen von einzelnen Streitpunkten wie z.B. der Zumutung gesundheitlicher Risiken durch Impfen oder radiologisches Screening laufen quantitativ wichtige Projekte wie Gesundheit am Arbeitsplatz, in der Schule oder in der Ernährung weitgehend ohne (öffentliche) ethische Debatten.

Diese medizinethische Beschränkung auf den Zuständigkeitsbereich von Gesundheitsberufen und Staat, die in geregelt arbeitsteiligen Gesellschaften noch ihre Berechtigung haben kann, erweist sich in globaler Perspektive und für Länder mit schwächeren zivilgesellschaftlichen, politischen und administrativen Strukturen als Nachteil. Es wurde bisher für die Gesundheitsberufe kaum darüber nachgedacht, welche Verantwortlichkeiten und Möglichkeiten ethische Reflexion bei ihnen haben könnte und müsste, um globale *Health inequ(al)ities* anzugehen.

Sieht man einmal von den drängenden Fragen der Gesundheitsversorgung von Migrant*innen hierzulande, v.a. derjenigen ohne legalen Aufenthaltsstatus, ab, so wohnt die Bevölkerung, die am stärksten von Gesundheitsungleichheiten betroffen ist, im Süden der Welt und damit weit weg. Jedoch werden wesentliche Handlungsfelder dafür, wie Patent-, Rohstoff-, Müllentsorgungs-, Agrar-, Innen- oder Friedenspolitik, vorwiegend im Norden entschieden. Da die Angehörigen der Gesundheitsberufe die gesundheitlichen Auswirkungen dieser Faktoren besser als andere Bürgerinnen und Bürger wahrnehmen und beurteilen können, kommt ihnen hier eine grössere Verantwortung zu als anderen.

Doch auch im engeren Feld der Gesundheitspolitik besteht die Notwendigkeit von Bewusstseinsbildung, um *Health inequities* besser begegnen zu können. Bei unvoreingenommener Betrachtung ergibt sich, dass ein grosser Teil, wahrscheinlich die meisten der globalen Gesundheitsprobleme, nicht auf fehlender technischer oder ökonomischer Machbarkeit, sondern auf weltweit mangelndem Willen beruhen. Anders ist nicht zu erklären, dass die Vereinten Nationen ausgewählte dieser Probleme zum Gegenstand einer gemeinsamen Anstrengung machen konnten: den *Millennium Development Goals*. Die nicht unerheblichen Fortschritte in den angestrebten Bereichen belegen die Realisierbarkeit durch Investition durchaus vorhandener Mittel und entsprechenden politischen Willen (oder Druck).

Auch wenn teilweise ausbleibende Erfolge und nicht berücksichtigte Gesundheitsprobleme auf mögliche grössere Hindernisse hinweisen, stellt sich mit diesem Machbarkeitsnachweis trotzdem die moralische Frage: Warum nicht schon früher und warum nicht mehr? Die übliche allokationsethische Antwort ist der Verweis auf andere wichtige Bereiche menschlichen Zusammenlebens. Selbstverständlich dürfen nicht alle möglichen Verbesserungen und Förderungen z.B. in Bildung, Verkehr oder Kunst dem einen Megaziel Globale Gesundheit geopfert werden. Aber tatsächliche Rechtfertigungsdiskurse für die Bevorzugung öffentlicher Investitionen z.B. in Zuschauersport, Vergnügungsparks, bestimmte Verteidigungsmassnahmen oder Prestigeprojekte finden kaum statt, allenfalls als moralische oder solche des «Wutbürgers» und damit teilweise belächelt. Sie fehlen jedoch als Diskurse professionalisierter Ethik. Ist diese offenkundige Abstinenz vertretbar? Ist Ethik dann noch die vielbeschworene Reflexion der Moral? Reicht es für die Gesundheitsberufe und ihre Ethik, diesen Bereich ganz einer allgemeinen Sozialethik mit ihren entwicklungspolitischen und sozialstaatlichen Konzepten zu überlassen?

Die möglichen Auswirkungen einer breiteren Bewusstseinsbildung der Ärzte für Fragen der Globalen Gesundheit sollten – neben der gestärkten Bereitschaft zu unmittelbarem Engagement wie Krankenhauspartnerschaften, Ausbildung von Gastärzten oder Freistellung von Mitarbeitern für sinnvolle Einsätze sowie in der privaten Rolle als Wähler und Spender – auch in ihrer Funktion als Multiplikatoren Anwendung finden. In ärztlicher Selbstverwaltung und Fortbildung, in Gesundheitspolitik und gemeinnützigen Organisationen könnten Entscheidungsträger mit einem angemessenen Problembewusstsein Anstösse geben.

Begleitung von Gesundheitsprojekten, -programmen und -politik

Neben den eher grundsätzlichen Überlegungen zur Verteilungsgerechtigkeit sowie Beiträgen zur politischen Willensbildung bestünde ein weiteres, eher pra-

xisnahes medizinethisches Aufgabengebiet in der Begleitung konkreter Massnahmen und der entsprechenden Sensibilisierung möglicher zukünftiger Entscheidungsträger. Während Medizinethnologen und -soziologen schon seit Jahrzehnten in die Planung und Evaluation von Gesundheitsprojekten und -programmen der Entwicklungszusammenarbeit einbezogen sind, geschieht dies – abgesehen von der Domäne der Forschungsethik – bei Medizinethikern offenbar erst seit den Implementierungsfragen der Behandlung von HIV/AIDS [8]. Über die Gründe kann man nur spekulieren: Mangelnde Vertrautheit mit den empirischen Gegebenheiten oder keine Perspektiven über die von den Entwicklungsexperten selbst bereits internalisierten «westlichen Werte» hinaus? Oder greifen die medizinethischen Prinzipien trotz ihres Universalitätsanspruchs in fremden Ländern nicht so unmittelbar und plausibel wie gewohnt, weil sie einer weiteren Füllung bedürften?

Schon drängender als bei Einzelprojekten scheint der spezifisch ethische Beratungsbedarf da zu sein, wo auf regionaler, staatlicher und zwischenstaatlicher Ebene zu entscheiden ist. Angesichts der Schwierigkeiten, ja oft empfundenen Unmöglichkeit zu flächendeckender Krankenversorgung auf aktuellem medizinisch-wissenschaftlichem Niveau wurde der Druck zur Konzentration auf präventive Massnahmen schon lange viel stärker empfunden als in Industrienationen. Entsprechend stellte die ab 1978 und bis heute gültige Politik der Weltgesundheitsorganisation: Gesundheit für alle durch *Primary Health Care* (PHC), eine massive Verschiebung der Prioritäten vom kurativen in den präventiven Bereich dar. Nachdem die Frühphase zwischenstaatlicher Entwicklungshilfe für den Gesundheitsbereich im Kalten Krieg – auf Wunsch der Partner, wegen aussenpolitischer Sichtbarkeit und aufgrund eigener Kompetenzen – vor allem auf Krankenhausbau und Entsendung klinischer Experten ausgerichtet war, wirkte PHC als entscheidende Korrektur bisheriger Präferenzen in Politik und Ärzteschaft. Doch was hier unter den Bedingungen extremer Knappheit und jeweils vor Ort die vertretbare Balance zwischen den Ressourcen für präventive und für kurative Massnahmen wäre, ist – ähnlich wie bei der oben angesprochenen Grundsatzentscheidung zwischen vertikalen und horizontalen Ansätzen – eine in höchstem Masse wertabhängige und damit normativ bestimmte Frage, deren ethische Erörterung erst in den Anfängen steckt.

Die Herausforderung für die Ethik in Lehre und Fachdiskussion besteht darin, ähnlich wie in den bereits behandelten globalen Verteilungsfragen auf empirischer und normativer Grundlage Kriterien zu erarbeiten, um auf den einschlägigen Gebieten moralisch und sozial(politisch) verantwortete Entscheidungswege und Entscheidungen zu entwickeln. Ein Ausgangspunkt kann die angesichts stark begrenzter Ressourcen bestehende Konkurrenz sein, die zwischen unterschiedlichen Gesundheitsproblemen (mit ihren jeweils sehr

verschiedenen Ursachen und Auswirkungen) besteht, wenn es darum geht, gesellschaftliche, mediale, politische und administrative, nationale und internationale Aufmerksamkeit zu erwecken und bei relevanten Entscheidungen berücksichtigt zu werden. Eine Reflexion auf diese Konkurrenz darf nicht nur in einer abstrakten Priorisierung vom grünen Tisch aus bestehen, sondern muss zunächst einmal verstehen, über welche Faktoren von Betroffenheit, Artikulationsmöglichkeiten, wissenschaftlicher Einschätzung, administrativen Entscheidungswegen und politischer Willensbildung in einer gegebenen sozialen Einheit der Weg zur Entscheidung eines bestimmten Gesundheitsproblems faktisch verläuft und auch in einer normativen Perspektive verlaufen muss oder sollte.

Im Unterricht könnten zahlreiche Beispiele aus den letzten Jahren und der aktuellen Diskussion die Bedeutung dieser verschiedenen Ebenen mit ihrer je eigenen Normativität zeigen. Die enorme Expansion der Programme zu HIV/AIDS hat zu einer Verschiebung in der Architektur des Gesundheitswesens verschiedener Länder geführt, die bisher ungenügend reflektiert worden ist. Weitere Umgewichtungen ergeben sich durch neuartige Global Player wie den *Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria*. Kaum Niederschlag in der ethischen Diskussion findet auch die aus der epidemiologischen Transition, d.h. der anteilmässigen Zunahme von Herz-Kreislauf- und Krebs-Erkrankungen sowie Verkehrsunfällen in Entwicklungs- und Schwellenländern resultierende Verschiebung der Mortalität und Morbidität, die in der Krankenversorgung schon seit längerem zu erkennbaren Engpässen führt und sowohl von den Vereinten Nationen als auch der WHO in ihrer Initiative zu den Noncommunicable Diseases (NCDs) inzwischen auf höchster Ebene diskutiert wird [9].

Stärkung von Gesundheitssystemen: Finanzen und Personal

Im Unterschied zu den vertikalen Programmen mit ihrer Absicherung durch grosse externe Geldgeber besteht für die «horizontale» alltägliche Gesundheitsversorgung, mit der es Medizinstudierende und ärztliches Personal auf Auslandsaufenthalten in der Krankenbehandlung zumeist hautnah zu tun haben, eines der Hauptprobleme in der Finanzierung. Anders als in fast allen Industrienationen müssen in den ärmeren Ländern die privaten Haushalte den weitaus grössten Teil der Behandlungskosten tragen, was zu Verzögerung und sogar Unterlassung lebensnotwendiger Behandlung, aber auch zu Verarmung der Familien führt. Krankenversicherungssysteme sind bei den ökonomisch Schwächeren nur mit umfangreichen Zuschüssen möglich und auch dann nicht nach einer Blaupause zu realisieren. Wie ein EU-Diskussionspapier feststellt, ist hier gründliche Einarbeitung in die historischen, so-

ziokulturellen und administrativen Voraussetzungen einschliesslich lokaler Werte, nicht aber der grosse Entwurf gefragt: «All the studies and work done on this subject show that there is no standard model that can be replicated as is from one country or region to the next. Respecting the history, values and existing tools in the country in question is vital» [10].

Neben der Finanzierung von Gesundheitssystemen wurde in den letzten Jahren die sogenannte *Human resources crisis* dominierendes Thema in den Empfänger- wie den Geberländern von Hilfen im Gesundheitsbereich. Die Abwanderung der Gesundheitsberufe in Städte, reichere Nachbarländer und den globalen Norden frisst die erreichten Erfolge flächendeckender Gesundheitsprogramme wieder auf und erhöht die Unterversorgung spürbar. Hier zeigt die Globalisierung von Dienstleistungen und Personal ihre problematischen Seiten nicht für die Erbringer, wie durch Lohn-Dumping so oft zu beobachten, sondern für die auf diese Dienstleistungen angewiesenen Empfänger. Reine Individualethik führt hier kaum weiter, denn die Motive des betreffenden Personals aus Medizin und Krankenpflege, sich, ihren Familien und ihrem fachlichen Können bessere Bedingungen zu verschaffen, sind nicht per se unmoralisch, sondern individuell sehr wohl nachvollziehbar. Aber Ländern, die ohnehin schon zu wenig Gesundheitspersonal haben, die klügsten Köpfe nach langer, von der Gesellschaft finanzierter Ausbildung abzuwerben und dies mit Freizügigkeit auf dem Arbeitsmarkt zu begründen, könnte eine allzu individualistisch fokussierte Rechtfertigung sein. Zumindest ein Verbot aktiver Abwerbung ist inzwischen international vereinbart, doch die bereits in Bahnen gelenkte Abwanderung geht trotzdem weiter. Der Ausgleich zwischen gesellschaftlichem Bedarf und individuellen Interessen ist nicht gelungen, wenn in den meisten Ländern Afrikas südlich der Sahara gilt, dass fünf Jahre nach ihrem Universitätsabschluss ein Viertel der Ärzte im Ausland und nur fünfzehn Prozent ausserhalb der Städte arbeiten [11]. Die aufnehmenden Länder, die häufig zugleich Entwicklungshilfe gebende sind, haben hier über den blossen Verzicht auf aggressive Anwerbepraktiken hinaus eine Verantwortung, die verschiedene Ebenen – vom profitierenden Krankenhaus bis in die nationale Politik – betrifft und die über rein finanzielle Anreize hinaus ethosrelevante Fragen von Arbeitszufriedenheit und Anerkennung berücksichtigen sollte.

Studentische und ärztliche Tätigkeit in ressourcenarmer Gesundheitsversorgung

Die moralischen Herausforderungen durch weltweite Gesundheitsungleichheiten werden besonders bei der eigenen Mitarbeit im Gesundheitswesen von LMIC spürbar. Hier kommt die Vor- und Nachbereitung studentischer und ärztlicher Auslandseinsätze dem, was Medizinethik vielerorts ohnehin schon leistet, vielleicht

am nächsten, wenn es um den professionellen Umgang mit soziokultureller Differenz und mit Mittelknappheit im Gesundheitswesen geht. An mehreren Punkten reichen die anstehenden berufsethischen Fragen jedoch weit über das hinaus, was klinische Ethik und interkulturelle Trainings gewöhnlich bieten. Solche Fragen, mit der gegebenen geringeren Arbeitsteiligkeit bzw. Spezialisierung verbunden, betreffen Mikroallokation und mögliches Übernahmeverschulden.

Wenn Krankenversorgung und Public Health nicht in getrennten Einrichtungen vonstatten gehen, sondern von einem einzelnen Arzt geleistet werden müssen, entstehen tagtäglich Priorisierungsfragen. Soll auf die (eventuell mit dem einzigen bereiten Fahrzeug durchzuführende) Supervision der entlegenen kleineren Gesundheitseinrichtungen, die für Impfung und andere vorbeugende Dienste unentbehrlich ist, zugunsten dauernder OP- (oder auch: Fahr-)Bereitschaft am Distriktkrankenhaus für Notfälle verzichtet werden? Selbst in utilitaristischer Perspektive kann es hier nicht nur um Abwägung der kurzfristigen Wahrscheinlichkeiten von Lebensrettung etwa durch ein paar hundert gesicherte Impfungen gegenüber 0,25 Notfallkaiserschnitten pro Tag gehen. Vielmehr müssen langfristige Faktoren wie das Vertrauen von Bevölkerung und Personal in die Zuverlässigkeit des Krankenhauses oder der Impfstoffversorgung einbezogen werden.

Die Frage des Übernahmeverschuldens entsteht weniger durch mangelnde Zeit als durch mangelnde Qualifikation und Ausstattung. Welche Behandlungen, insbesondere Eingriffe, darf etwa ein junger Assistenzarzt in Ermangelung eines erfahrenen Facharztes und unter unzulänglichen Bedingungen, vielleicht auch einer völlig fehlenden oder unerschwinglichen Überweisungsmöglichkeit übernehmen, obwohl er diese noch nicht angemessen gelernt oder gar noch nie durchgeführt, ja nicht einmal gesehen hat? Auch renommierte, mit betroffenen Bevölkerungen vielfach verbundene Experten sehen hier im Interesse der Patienten notwendige Spielräume, die gewohnten Sicherheitsstandards von Industrienationen zu unterbieten und trotzdem, ja gerade deshalb ärztlich verantwortet zu handeln. Der Vorwurf dritt- oder viertklassiger Medizin ist hier sehr ernst zu nehmen, ohne dass die berechnete moralische Entrüstung über diese eklatante Ungerechtigkeit die hier und jetzt allein mögliche Hilfe verhindern darf. Die so häufige ethisch geforderte Vermittlung zwischen kurzfristiger Notlösung und langfristiger Verbesserung ist auch hier gefragt.

Deutlich anders sieht die Frage für Medizinstudierende aus, von denen einige damit prahlen, Eingriffe bis hin zum Kaiserschnitt vorgenommen zu haben, bei denen sie zu Hause nur hätten zuschauen dürfen. Hier ist eher der Verweis auf weltweit gültige Standards notwendiger Supervision geboten. Wenn Medizinstudierende aus Industrienationen, die wahrscheinlich später nie ärztlich im Gastland arbeiten werden, riskante Massnahmen durchführen, für die auch qualifiziertes

Gesundheitspersonal anwesend wäre, ist – anders als bei der Durchführung der gleichen Massnahmen durch einheimische Medizinstudierende – für die Gruppe der einheimischen Patienten kein Nutzen absehbar. Heute selten gewordene Dilemmasituationen, in denen ein fortgeschrittener Medizinstudent vor der Entscheidung zwischen unterqualifizierter oder gar keiner Hilfe steht [12], verlangen selbstverständlich eine Einzelfallbewertung, aber kaum eine eigene Berücksichtigung in Vorbereitungsseminaren.

Eine grosse Zahl von ethischen Fragen zur Sozial- und Umweltverträglichkeit studentischer Kurzaufenthalte, ihren developmentpolitischen und ökonomischen Auswirkungen sowie einer Belastung der lokalen Gesundheits- und Ausbildungseinrichtungen kommt hinzu [13]. Es ist sogar zu überlegen, die Anerkennung von Famulaturen und Abschnitten der praktischen Ausbildung in strukturschwachen Regionen davon abhängig zu machen, dass man an entsprechenden Vorbereitungskursen teilgenommen hat, die solche medizinethische Fragen einschliessen. Einzelne nordamerikanische Universitäten praktizieren dies bereits [14].

Ein Ausblick

Schon alleine angesichts der mehr als ausreichenden Arbeitsbelastung in Medizin und Medizinethik Europas werden Fragen globaler Gesundheit hier auch zukünftig kaum einen grösseren Schwerpunkt bilden. Doch zumindest dort, wo mitteleuropäische Medizinstudierende und ärztlich Tätige mit der Gesundheitssituation von Bevölkerungsgruppen in und aus LMIC in Berührung kommen, sollte dies moralisch verantwortet geschehen können. Den in ärztlicher Aus-, Fort- und Weiterbildung Engagierten, den kurz- oder längerfristig vor Ort Tätigen, den Wählern und Meinungsmachern, Spendern und Konsumenten stehen vielfältige Möglichkeiten offen, Anliegen von Global Health zu berücksichtigen. Eine Diskussion darüber, ob und wie auch die Medizinethik ein Ort dafür sein könnte und sollte, ist wünschenswert. Die Beteiligung von Medizinstudierenden an Kampagnen zum universalen Zugang zu unentbehrlichen Medikamenten oder für gesundheitsverträglichen In- und Export, ihr Engagement in der Gesundheitsversorgung von nichtversicherten Migranten in Europa und von benachteiligten Bevölkerungsgruppen in LMIC oder ihre Einladung zum Dialog der Politik mit der Zivilgesellschaft über Globale Gesundheit sind mögliche Ansatzpunkte für neues ethisches Reflektieren innerhalb des Medizinstudiums.

Interessenkonflikte: Es bestehen viele persönliche Beziehungen zu Menschen und Institutionen im globalen Süden, deren existenzielle Interessen vom Beitragsinhalt betroffen sind. Finanzielle Beziehungen bestehen, da der Autor früher Gehalt und Unterstützung von global tätigen Organisationen der medizinischen Not- und Entwicklungshilfe bezogen hat, die seine aktuelle akademische Unabhängigkeit jedoch nicht beeinflussen.

Abstract

Medical ethics and global health education: a moral challenge for the North

The introduction of global health in medical education, meanwhile also in German-speaking countries, leads to a need to identify relevant areas for ethical reflection not yet covered by courses and textbooks on medical ethics. Five fields are proposed and briefly described: global health justice and prioritisation; enhancing awareness and motivation for health justice; counselling health projects, programmes and policies; strengthening health systems regarding finances and staffing; and, student or medical work in resource-poor health care. The existing or intended engagement of medical students in these fields is recommended as a starting point.

Résumé

Ethique médicale et Global Health Education: un défi moral posé aux pays du Nord

L'intégration d'enseignements de *Global Health* dans les facultés de médecine allemandes a eu pour conséquence la nécessité d'identifier des enjeux qui nécessiteraient une réflexion éthique mais qui auraient été insuffisamment couverts par les cours et manuels d'éthique médicale. Cinq domaines sont proposés et brièvement décrits ici: la justice globale dans la santé et la mise en priorité des ressources; l'accroissement de la prise de conscience et de la motivation pour la justice dans la santé; l'accompagnement de projets, programmes et politiques de santé; le renforcement des systèmes de santé sous l'angle des finances et du personnel; et la pratique des étudiants et des médecins dans un système de santé pauvre en ressources. L'articulation avec l'engagement actuel ou souhaité des étudiants en médecine dans ce domaine est conseillée.

Korrespondenz

Walter Bruchhausen
Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin
Wendlingweg 2
D-52074 Aachen

E-Mail: wbruchhausen[at]lukaachen.de

Eingang des Manuskripts: 14.9.2012
Eingang des überarbeiteten Manuskripts: 18.1.2013
Annahme des Manuskripts: 22.1.2013

Referenzen

1. Azetsop J. New directions in African bioethics. Ways of including public health concerns in the bioethics agenda. *Dev World Bioeth.* 2011;11:4-15.
2. Jonsen A. *The Birth of Bioethics*. New York: Oxford University Press; 1998. S. 113.
3. Bruchhausen W, Tinnemann P (für die Global Health Alliance in

- Deutschland). *Global Health in der medizinischen Ausbildung*. Dtsch Arztebl. 2011;108: A 2222-4.
4. Fried LP, Bentley ME, Buekens P et al. Global health is public health. *The Lancet* 2010; 375(9714): 535-7. doi:10.1016/S0140-6736(10)60203-6.
 5. Razum O. Globale Gerechtigkeit als Herausforderung für die angewandte Ethik. Das Beispiel Kindersterblichkeit. *Bundesgesundheitsbl.* 2008;51(2):184-90.
 6. Pogge T. Weltarmut und Menschenrechte. *Kosmopolitische Verantwortungen und Reformen*. Berlin: De Gruyter; 2011. Kap. 9.
 7. Charter of Ottawa. Available from: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
 8. Daniels N. How to achieve fair distribution of ARTs in 3 by 5. *Fair Process and legitimacy in patient selection*. Genf: WHO; 2004.
 9. Beaglehole R et al. Priority actions for the non-communicable disease crisis. *The Lancet* 2011;377:1438-47.
 10. Social health protection and health-care financing in developing countries: towards a framework for concerted intervention by the European Union. Joint Presidency/Commission Non-paper for presentation and discussion during the informal meeting of Development Ministers (28-30 September 2008, Bordeaux)
 11. Mullan F, Frehywot S, Omaswa F et al. Medical schools in sub-Saharan Africa. *The Lancet* 2011;377(9771):1113-21. doi:10.1016/S0140-6736(10)61961-7.
 12. Harris H. Missed opportunities. *BMJ Rapid Response* (9 May 1998). Available from: <http://www.bmj.com/rapid-response/2011/10/27/missed-opportunities>
 13. Bois G, Brandt Sørensen J, Gantriis B, Rheinländer T. *Handbook for students going Abroad. A guide for students going on placements*. Copenhagen: University of Copenhagen Press; 2012. S. 26-8 und 32.
 14. Pinto AD, Upshur REG. Global health ethics for students. *Dev World Bioeth* 2009;9:1-10.