

Planetary Health Justice – ein neues Paradigma für die Ethik Sozialer Professionen?!

Andreas Lob-Hüdepohl (Berlin)

Abstract

Planetary Health gilt gerade in der klimapolitischen Debatte als neues Paradigma, das über den Aspekt der Gesundheit den alle und alles umfassende Anspruch einer menschenrechtsbasierten Ethik konsequent zur Geltung bringen will. Der Aufsatz rekonstruiert die wichtigsten Entwicklungslinien und normativen Anforderungen, die auch die (professionelle) Soziale Arbeit erfassen. Denn Planetary Health ist insbesondere durch den essentiellen Bezug auf Gerechtigkeitsfragen ein normativ hochanspruchsvolles Projekt. Die Einbeziehung moralischer Rechte auch von (nichtmenschlichen) Tieren oder aller Ökosysteme insgesamt stellt Soziale Arbeit zugleich vor die Frage, ob sie sich noch allein als Menschenrechtsprofession verstehen kann oder sich zu einer Eco-Rights-Profession weiterentwickeln muss. Selbst wenn sich dies nicht als nötig erweist, muss sie eine wichtige Akteurin einer Planetary-Health-Akteurin werden.

Schlüsselwörter

Planetary Health – One Health – Global Health – Gerechtigkeit – Soziale Arbeit als Menschenrechts- und Eco-Rights-Profession – Klimaarmut – Hitzetote

1. „Macht Klimaschutz arm?“ Auf dem Weg zur Planetary Health Justice für Soziale Professionen

Spätestens seit der Debatte über das *Gebäudeenergiegesetz* (GEG) – ursprünglich 2020 vom letzten Kabinett Merkel auf den Weg gebracht und im Frühjahr 2023 unter dem Label „Heizungsgesetz“ auf Betreiben der sogenannten Ampel-Regierung novelliert – haben Maßnahmen des Klimaschutzes die diskurspolitisch heftig aufgeheizte Sphäre der Sozialpolitik und damit mindestens mittelbar auch der Sozialen Arbeit erreicht. „Macht Klimaschutz arm?“ fragen sich nicht nur aufgeregte Teile der Bevölkerung, sondern neben Wohlfahrtsverbänden auch seriöse Wissenschaftler:innen. Während klima- und umweltschonende Lebensweisen und staatliche Regulierungsregimes vor allem von denen gefordert werden können, die

sich teure Bioprodukte leisten können und damit des „Ende der Welt“ abzuwenden trachten, sorgen sich – wie *Westheuser/Mau/Lux* (2025) zutreffend feststellen – weniger bemittelte Haushalte um das „Ende des Monats“ – also um ausreichend verfügbare Ressourcen, um angesichts steigender Energiepreise auch am Monatsende ein halbwegs auskömmliches Leben führen zu können.

„Klimaschutzarmut“ entsteht, wenn die bereits existierenden, die geplanten oder die zukünftig notwendig werdenden Klimaschutzmaßnahmen einzelne Haushalte oder Personengruppen materiell zu überlasten drohen. Eine sehr wichtige und intensiv diskutierte Maßnahme, die auch das Regulierungsregime des *GEG* flankiert, ist die stetig steigende CO₂-Besteuerung: Sie soll über einen höheren Preis den Verbrauch fossiler Brennstoffe und damit deren klimatischen Negativeffekte senken („Mitigation“); zugleich soll sie über die Mehreinnahmen des Bundes Ressourcen mobilisieren, um jene Anpassungsmaßnahmen („Adaptation“) finanzieren zu können, die die schädlichen Folgen des Klimawandels abfedern. Mit der stetig steigenden Besteuerung wird fossile Energie bewusst teurer. Haushalte mit mittleren und höheren Einkommen können diese Verteuerung besser stemmen als Haushalte mit niedrigem Einkommen. Für die Letztgenannten führt diese ökologisch eigentlich sehr sinnvolle Maßnahme oftmals in das, was mittlerweile „Energiearmut“ genannt wird: Diese Haushalte können sich entweder bestimmte energieverbrauchende Bedarfe wie Licht, Heizung oder Warmwasser gar nicht mehr leisten. Oder sie müssen dafür so viel von ihrem Haushaltseinkommen einsetzen, dass dies zu kaum akzeptablen Einbußen an anderer Stelle führt. Von einer solchen Energiearmut spricht man, wenn mehr als 10 % des Haushaltseinkommens für Energie aufgebracht werden muss. In Deutschland betrifft dies mittlerweile bis zu 20 % der Haushalte. Im Jahr 2024 lebten nach Angaben des statistischen Bundesamtes 4,2 Millionen Menschen, die weder ihre Strom- noch ihre Gasrechnungen bezahlen konnten. (vgl. Statistisches Bundesamt 2025) Angesichts dieser Datenlage verwundert nicht die etwa von Akteur:innen der Freien Wohlfahrtspflege erhobenen Forderung, dass Klimaschutzmaßnahmen unbedingt sozial gerecht ausgestaltet werden müssen. (vgl. Klima-Allianz 2026)

Bei allen diesen durchaus berechtigten Debatten über eine sozial gerechte Klimaschutzpolitik, die vor allem auch Menschen in prekären Lebenslagen in den Mittelpunkt stellen, gerät freilich oftmals eine andere Sorte von Klimaschutzmaßnahmen aus dem Blick, die ärmere Haushalte beziehungsweise weniger wohlhabende Menschen längst ähnlich stark belasten. Es sind jene Maßnahmen, mit denen sich bestimmte Personengruppen bereits heute vor den schädlichen Folgen des fortschreitenden Klimawandels selbst schützen müssen. Ich nenne ein markantes Beispiel: die Zunahme an Hitzewellen, die mit einer Zunahme an Hitzetoten einher-

geht. Jüngste Zahlen gehen von über 61.000 Hitzetoten aus, die im Jahr 2024 in Europa zusätzlich starben. (vgl. RKI 2025) Im Jahr 2018 mit seinen langandauernden Hitzeperioden von weit über 30°C und kaum abkühlenden Nächten verstarben von den weltweit knapp 300.000 Hitzetoten allein in Deutschland 20.000. Selbst deutlich zurückhaltendere Datenauswertungen für Deutschland gehen von mindestens 9.000 Hitzetoten aus (vgl. Winklmayr u. a. 2021).

Trotz methodologisch bedingter Abweichungen und Unschärfen bei der Ermittlung der hitzeassoziierten Übersterblichkeit besteht in der Wissenschaft wie in der öffentlichen Gesundheitsadministration mittlerweile kein ernstzunehmender Zweifel, dass der Klimawandel über Hitzewellen und andere Faktoren mindestens mittelbar zu deutlich erhöhten Gesundheitsbelastungen der Bevölkerung und damit auch zu deutlich erhöhten Sterblichkeitsrisiken führt. Zwar sind grundsätzlich alle Menschen von den Folgen des globalen Klimawandels betroffen – dies aber sehr unterschiedlich. Negative gesundheitliche Folgen der klimawandelinduzierten Hitze betreffen vor allem jene, die in ihrer Arbeit ungeschützt der Hitze ausgesetzt sind (Bauarbeiter:innen, Landwirt:innen usw.). Ähnlich ältere Menschen, deren Organismus (Herz-Kreislauf, Austrocknungsgefahr usw.) hitzeanfälliger ist als der anderer und deren Lebensweise (weniger in Gemeinschaft usw.) die Risiken sukzessiv sich einstellender Gefährdungslagen erhöht (vgl. Bolte u. a. 2023). Besonders hoch ist das Risiko in den Hitzeinseln von großen Städten, deren Durchschnittstemperatur um bis zu 4°C höher liegt als in Umgebungsregionen. In diesen Innenstadtlagen trifft es neben älteren Personen gerade Menschen mit niedrigem bis mittlerem Einkommen. Zwar entstehen Hitzeinseln auch in gehobenen Innenstadtlagen, die dort lebende Bevölkerung kann sich aber aufgrund ihrer durchschnittlich höheren Vermögenslage über eine bessere Ausstattung der Wohnung (z. B. Künstliche Verschattung, Klimaanlage) oder der Mobilität (z. B. Ausweichmöglichkeiten in die Sommerfrischen des Umlandes) deutlich besser gegen Hitze schützen. Diese Sorte von Klimaschutzmaßnahmen erfordert einen hohen Ressourceneinsatz. Fehlen diese, trifft sie bereits stark belastete, „arme“ Menschen ungleich härter.

Hitzetote sind freilich nur ein Menetekel für die umfassende Herausforderung, die von der Klimakrise ausgeht. Deren negative Auswirkungen auf die menschliche Gesundheit bleiben keinesfalls auf unmittelbare Hitzebelastungen beschränkt. Der CO₂-assoziierte Anstieg der Durchschnittstemperaturen hat schnell „kaskadierende Effekte“ (Hertig u. a. 2023, 10) zur Folge, die sich in übertragbare wie nicht übertragbare Krankheiten sowie in Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit niederschlagen. So ist bei den übertragbaren Krankheiten ein Anstieg sowohl der wasserbürtigen als auch der lebensmittelbedingten Infektionen und Intoxikationen zu beobachten. Gleiches gilt für die antimikrobielle Resistenz. Deutlich offen-

sichtlicher sind die negativen Auswirkungen der Klimakrise im Bereich nicht übertragbarer Krankheiten: Neben den Hitzewellen die Zunahme der Luftschadstoffe (Ozon, Feinstaubbelastung), Extremwetterereignisse, erhöhte Allergieexposition, UV-Strahlenbelastungen oder Einbußen psychischen Wohlbefindens durch Schlafstörungen, Stress, Angst, Depressionen bis hin zu posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) und Suizidgedanken (vgl. Gebhard u. a. 2023).

Vor dem Hintergrund dieser zunehmend offenkundig werdenden Verschränkung von Klimawandel und Gesundheit hat die *Zentrale Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten* (ZeKo) bei der Bundesärztekammer im Frühjahr diesen Jahres eine ausführliche Stellungnahme „Planetary Health und ärztliche Verantwortung“ veröffentlicht. (ZeKo 2026) Darin unterstreicht auch sie das offensichtliche Faktum, dass ein gesundes menschliches Leben von einer intakten Umwelt abhängt. Diese aber ist durch vielfaches Überschreiten planetarischer Belastungsgrenzen (Klimawandel, Integrität der Biosphäre, Süßwassersysteme, Landnutzung, biogeochemische Kreisläufe, Ozeanversauerung, Aerosolbelastung, Ozonabbau in der Stratosphäre, neuartige Stoffe) schwer gefährdet. Die ZeKo sieht hier die Ärzt:innenschaft in einer unmittelbaren Verpflichtung. Denn die Berufsordnung benenne die oberste Aufgabe, „das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen, und wiederherzustellen, Leiden zu mindern, Sterbenden Beistand zu leisten und an der Erhaltung der natürlichen Lebensgrundlagen im Hinblick auf ihre Bedeutung für Gesundheit der Menschen hinzuwirken“. Damit sei „der Schutz ökologischer Voraussetzungen von Gesundheit ausdrücklich Teil ärztlicher Berufspflichten“ (ZeKo 2026, 1). Diese „professionsethische Verantwortung von Ärzt:innen“ müsse sich prinzipiell über alle Handlungsfelder gesundheitsbezogener Dienstleistungen erstrecken und sich möglicherweise sogar in einer Neuformulierung des Ärztlichen Gelöbnisses als „Planetary Health Pledge“ (ZeKO 2026, 6; mit Verweis auf Wabnitz u. a. 2021) niederschlagen.

Was für die Ärzt:innenschaft und ihre Professionsethik so prominent gefordert wird, sollten die Sozialen Professionen und deren Professionsethik nicht ungerührt Beiseite stehen lassen. Immerhin ist nicht nur eine Vielzahl ihrer „klassischen“ Adressat:innen von den gesundheitlichen Auswirkungen etwa der Klimakrise betroffen. Auch sie selbst sind in vielfältiger Weise eng in die Gesundheitsvorsorge bzw. Gesundheitsversorgung der Bevölkerung eingebunden. Das mittlerweile fest etablierte bio-psycho-sozio-ökologische Modell von Gesundheit verweist auf das Vorhandensein sozialer, personaler und organisatorischer Systemressourcen, ohne die Gesundheitsschutz wie -förderung nicht gelingen können: „*Soziale Ressourcen*“ so *Bernhard Mann*, „umfassen ein Sozialkapital durch soziale Unterstützung, sozialen Rückhalt und Solidarität. *Personale Ressourcen* schließen soziale Kohärenz, Selbst-

wirksamkeit und Widerstandsfähigkeit ein. *Organisatorische Ressourcen umspannen Tätigkeitsinhalte, Handlungsspielraum und soziale Teilhabe.*“ (Mann 2018, 1289). Sicherung und Förderung solcher Ressourcen stehen zweifelsohne im Mittelpunkt gesundheitsbezogener Sozialer Professionen. Insofern stehen auch sie vor der Herausforderung von *Planetary Health*. Worin sie konkret besteht, zeigt sich in der genaueren Analyse des Konzepts von *Planetary Health* und seiner historischen Genese.

2. *Planetary Health* – Entwicklungslinien und Dimensionen eines normativ anspruchsvollen Konzeptes¹

Zentraler Bezugspunkt für das Verständnis von *Planetary Health* sind die konzeptuellen Überlegungen der *Rockefeller Foundation-Lancet Commission on planetary health*, die diese 2015 in einem Grundsatzpapier veröffentlicht hat. In einer äußerst komprimierten Kurzform definiert sie: „Planetary Health ist die Gesundheit der menschlichen Zivilisation und der Zustand der natürlichen Systeme, von denen sie abhängt.“ (Whitmee u. a. 2015 [1978]; Übers. ALH) Diese Definition spiegelt zunächst den Versuch, auf deskriptive Weise Aspekte des *Global Health* Ansatzes („wellbeing worldwide“) mit den Kernanliegen von *One Health* und *Ecological Health* („Earth’s natural systems“) zu verknüpfen und ihrer Interdependenz Rechnung zu tragen. Deren Konzeptualisierungen greifen wiederum auf teils jahrzehntealte Diskussionen in den Gesundheitswissenschaften und der Weltgesundheitspolitik zurück.

Die Basis bildet ein umfassendes Verständnis menschlicher Gesundheit. Gesundheit, so die berühmte Formulierung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) fokussiert den „Status eines umfassenden körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens“ (WHO 1948)² jedes Menschen. Alle Dimensionen greifen ineinander. Klaus Hurrelmann und Matthias Richter bestimmen Gesundheit als „das dynamische Gleichgewicht von Risikofaktoren und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen eine Bewältigung sowohl der inneren (körperlichen und psychischen) als auch äußeren (sozialen und materiellen) Anforderungen gelingt. Gesundheit ist

1 Ich greife im Folgenden Überlegungen auf, die ich in Lob-Hüdepohl 2024 und Lob-Hüdepohl 2025 ausführlicher ausgeführt habe.

2 Diese Definition ist bis heute umstritten, da sie einen unerreichbaren Idealzustand festzuschreiben scheint. Möglicherweise wird dieser Eindruck durch eine unglückliche Übersetzung ins Deutsche begünstigt: Die gängige Fassung – von der ich mit Bedacht abweiche (vgl. auch Franzkowiak/Hurrelmann 2025) – übersetzt das englische *state* mit „Zustand“ und – weit folgenreicher – das englische *complete* mit „vollständig“. Stattdessen steht *complete* (auch) für „umfassend“ und markiert – statt eines tatsächlich unrealistischen Ideals von Vollständigkeit – das Gesamt an körperlichen, psychischen, psychosozialen wie mental-spirituellen Ressourcen, aus denen sich das Wohlbefinden eines Menschen und damit seine Gesundheit umfänglich speist.

ein dynamisches Stadium, das einen Menschen Wohlbefinden und Lebensfreude vermittelt“ (Hurrelmann/Richter 2013, 147). Mit diesem Gesundheitsverständnis verschiebt sich der Akzent von der Pathogenese zur „Salutogenese“ (Antonowski 1997): Ausschlaggebend für Gesundheit sind nicht mehr allein Krankheitsrisiken und deren Ursachen, sondern vor allem solche kognitiven und mentalen Bewältigungsstrategien sowie sozioökonomische und sozialökologische Resilienzfaktoren, die Krankheitsrisiken wie Krankheitszustände vorzubeugen und überwinden helfen sowie zu einem ganzheitlichen Wohlbefinden beitragen. (Zimmermann 2018)

Freilich fokussiert diese Gesundheitsdefinition zunächst nur das individuelle Wohlbefinden des einzelnen Menschen – auch wenn sie dessen Gesundheit von sozialen, also gemeinschaftsbezogenen Faktoren abhängig weiß. Die Gesundheit einer Population von Menschen, wie sie etwa das Konzept von *Public Health* ins Auge fasst, oder der Menschheit schlechthin bleibt zunächst nur beiläufig relevant. Das ändert sich durch das Konzept des *Global Health*. Unter der Maxime „Gesundheit für alle!“ entwickelte sich im Nachgang der 30. Vollversammlung der Weltgesundheitsorganisation WHO 1977 eine internationale Strategie zur nachhaltigen Verbesserung der weltweiten Chancengleichheit auf dem Gebiet der Gesundheit. Bis zur Jahrtausendwende sollten „die derzeit bestehenden Unterschiede im Gesundheitszustand zwischen den Ländern sowie zwischen den verschiedenen Gruppen innerhalb der Länder um mindestens 25% verringert werden, und zwar durch Verbesserung des Gesundheitsniveaus der benachteiligten Völker und Gruppen“ (WHO 1985, 33). Dieses Ziel sollte gewährleisten, dass alle Menschen auf der Welt – so die Entschliebung von 1977 – „ein Gesundheitsniveau erreichen, das ihnen erlaubt, ein sozial und wirtschaftlich produktives Leben zu führen“ (Mielck 2010, 84). Mit dieser Zielsetzung werden die Bemühungen zur öffentlichen Gesundheit (*Public Health*) zu *Global Health* universalisiert.

Die sozialökologische Dimension von Gesundheit greift besonders das Konzept von *One Health* auf. Dieses konzentriert sich auf die Gesundheit (nichtmenschlich) tierischen Lebens. Die Forderung, die Gesundheit von Tieren als wesentlichen Faktor für menschliche Gesundheit einzubeziehen, wurde bereits vor 60 Jahren unter dem Stichwort „*one medicine*“ in einem Lehrbuch zur Veterinär-Medizin erhoben. (vgl. Schwabe 1964) Hintergrund war (und ist) die offensichtlich gewordene Erkenntnis einer engen Verknüpfung zwischen tierischer und menschlicher Gesundheit. Gerade virale Zoonosen – Viruserkrankungen, die sowohl bei Tieren als auch bei Menschen Verbreitung finden und wechselseitig übertragen werden – führen in allen Teilen der Welt zu einer Bedrohung menschlicher wie tierischer Gesundheit. (vgl. Ulrich u. a. 2023) Nicht zuletzt globalisierte Lieferketten von Lebens- und

Futtermitteln befördern diese Entwicklung. (vgl. Mader u. a. 2023)

Diese beiden Entwicklungslinien führt die *Lancet-Commission* zusammen, wenn sie als Zielperspektive von *Planetary Health* die „weltweit höchstmöglichen Standards für Gesundheit, Wohlbefinden und Gerechtigkeit durch sorgfältige Beachtung der menschlichen Systeme – politisch, wirtschaftlich und sozial –, die die Zukunft der Menschheit und die natürlichen Systeme der Erde gestalten sowie die sicheren Umweltgrenzen definieren, innerhalb derer die Menschheit gedeihen kann“ (Whitmee u. a. 2015 [1978]; Übers. ALH). Mit dieser ausdrücklich normativen („Gerechtigkeit“) wie systemisch intersektionalen Ausrichtung („politische, ökonomische wie soziale Ordnungsstruktur“) zieht *Planetary Health* die Konsequenz aus den komplexen Krisenphänomenen der gegenwärtigen Zeit (vgl. Prescott u. a. 2018): dramatischer Verlust der Biodiversität, Klimawandel, Abbau von Umweltschutzmaßnahmen, wachsende innerstaatliche wie internationale Ungleichheit und Armut, erhebliche Ungleichheiten bei der Gesundheitsversorgung, Ernährungsprobleme durch höchstverarbeitete Lebensmittel, erhebliche Belastung der seelischen Gesundheit und ihrer biopsychosozialen Unterstützungssysteme, zunehmende Entfremdung zwischen menschlicher Lebenswelt einerseits und Natur und Landschaft andererseits, Verstädterung und Megapolisierung von Ballungsräumen, sowie nicht zuletzt die Dominanz westlich geprägter, technisierter, auf Ressourcenausbeutung ausgerichteter Zugänge zur Welt bei gleichzeitiger Marginalisierung der Stimmen und des Wissen etwa von indigenen Völkern.

Dieser komplexen Bedrohung eines auskömmlichen Lebens, ja des Überlebens der menschlichen Gattung will der *Planetary-Health*-Ansatz sowohl durch wissenschaftliche Erkenntnis als auch durch eine ganzheitliche wie emotionale Welteinbindung des Menschen begegnen. Er versteht sich – so die für die internationale Debatte maßgebliche Positionsbestimmung der *Canmore Declaration* in ihrem *Statement of Principles for Planetary Health* – als integrativer Zugang, der diesen Herausforderungen durch Zivilität, Respekt, Reziprozität, Verantwortung, Beziehung, Optimismus und die Verwirklichung des menschlichen Vermögens zu einem umfassenden Konzept des Symbiotischen begegnen will. (vgl. Prescott u. a. 2018, 2)

Die Relevanz dieses Konzepts von *Planetary Health* für die Soziale Arbeit ist offenkundig. Sie geht dabei weit über deren unmittelbaren Einbindung im „klassischen“ Sinne der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit hinaus. In ihrem Verständnis, als *sozialprofessionelle Menschenrechtsassistenz*³, wirkt sie mit an der

3 Ich habe dieses in Anlehnung an das Verständnis Sozialer Arbeit als „Menschenrechtsprofession“ (Staub-Bernasconi) an anderer Stelle ausführlicher erläutert, zuerst in Lob-Hüdepohl 2003.

Verwirklichung des Menschenrechts auf Gesundheit. (vgl. Bruchhausen 2023) Gesundheit ist ein hohes moralisches Gut. (vgl. Marckmann 2015) Sie betrifft essenzielle Voraussetzungen und Vollzugsräume einer menschenwürdigen Lebensführung. Völkerrechtlich ist das Menschenrecht auf Gesundheit in der UN-Konvention über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte verankert: „Die Vertragsstaaten erkennen das Recht eines auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit an.“ (Art. 12 Abs.1 ICESCR) Das Menschenrecht auf Gesundheit begründet zwar keinen Anspruch, vollständig gesund zu sein, aber den Anspruch auf sicheren Zugang zu einer ausreichenden, tatsächlich vorgehaltenen, barrierearm erreichbaren sowie qualitativ annehmbaren Gesundheitsversorgung. (vgl. UN 2000, 3-6) Vom staatlichen Gemeinwesen wird erwartet, dass es „die Gesundheit der Menschen nicht beeinträchtigt, diese vor Eingriffen schützt und Maßnahmen ergreift, damit Menschen gesunde Lebens- und Arbeitsbedingungen vorfinden“ (Krennerich 2020, 22). Schon durch ihre Einbindung in das staatlich organisierte Wohlfahrtswesen ist Soziale Arbeit *nolens volens* unverzichtbarer Teil dieser Gewährleistungsverantwortung des Staates für das Menschenrecht auf Gesundheit.

Im Kontext von *Planetary Health* wird das gesundheitsassoziierte Wohlbefinden („wellbeing“) gelegentlich auch als *Vitalität* nicht nur des Menschen, sondern jeder Form von Lebendigem gedeutet und so auch auf tierisches Leben wie auf alle natürlichen wie sozialen Ökosysteme übertragen. Damit soll die Bedeutung von Vitalität aller Ökosysteme für die *Vitalität* des Menschen, also seines Wohlbefindens und seiner Lebensfreude, herausgestellt werden. Vitalität umfasst dann neben den klassischen biologischen Ökosystemen wie Gewässern, Böden, Luft, Wäldern oder auch Landschaften (vgl. Rathmann 2020) auch soziale Gebilde wie Nachbarschaften („public communities“), Organisationssysteme und selbst staatliche Organisationseinheiten („democracy“) (vgl. Prescott u. a. 2018) – dies deshalb, weil deren *Vitalität* („animal health“, „ecological health“, „organisational health“ usw.) wesentlich jene Risiko- und Schutzfaktoren bestimmen oder sogar selbst beinhalten, von denen das menschliche Wohlbefinden und dessen Lebensfreude wesentlich abhängen.

Diese Überlegungen gipfeln in der Forderung nach einem „Health in all Politics“ (Hertig u. a. 2023, 15): Es geht nicht mehr nur um eine Konzeptualisierung von Gesundheit, die weltweit für *alle* im Heute *und* Morgen zugänglich (Global Health) ist und wesentlich eine „gesunde“, „vitale“ Mitwelt nichtmenschlicher Tiere und ökosystemischer Umwelt miteinschließt. Sie optiert zugleich dafür, dass alle Lebens- und Politikbereiche ein solch umfassendes Gesundheitsverständnis in den Mittelpunkt all ihrer Gestaltungen stellt. Diese Option für ein „Health in all Politics“ ist für die erfolgreiche, lebensdienliche Bearbeitung aller komplexen Krisenphänomene

unserer Gegenwart und Zukunft erforderlich.

Notwendig ist damit eine vernetzte Analyse und die präzise Bestimmung von Überkreuzungen verschiedener Einzelbereiche – etwa des Zusammenhangs von Armut und Gesundheit, von Rassismus und Umweltschutzmaßnahmen oder von Klimawandel und Flucht.

3. Paradigmatische Zwischenfrage: Soziale Arbeit auf dem Weg zur *Eco Rights-Profession*?

Diese ausdifferenzierte Dimensionierung unterstreicht die Bedeutung Sozialer Arbeit für *Planetary Health* und umgekehrt (!) – etwa in den Bereichen von Armutsbekämpfung und fluchtassoziiierter Migration oder auch Gemeinwesenarbeit und lokaler Demokratieförderung – auch wenn diese Arbeitsbereiche auf den ersten Blick keinen unmittelbaren Bezug zu Fragen der Gesundheitssicherung oder Gesundheitsförderung aufzuweisen scheinen. Aus professionsethischer Perspektive stellt sich freilich die paradigmatische Frage, ob Soziale Arbeit dann noch „nur“ eine *Menschenrechts*assistenz bleiben kann, die die menschenrechtlichen Ansprüche ihrer (menschlichen!) Adressat:innen und Coakteur:innen zu respektieren, zu schützen und zur Geltung zu bringen hat. Oder ob sie sich nicht konsequenterweise zu einer *Eco Rights-Profession* entwickeln muss, die ihren menschenrechtsassoziierten Anthropozentrismus zugunsten einer Profession überwindet, die die Rechtsansprüche *allen* Lebens, der menschlichen wie der nichtmenschlichen Tiere, und womöglich sogar etwaige Rechtsansprüche der planetarischen Welt („Schöpfung“) insgesamt respektieren, schützen und zur Geltung bringen muss (vgl. auch der Beitrag von Stamm in diesem Heft).

Gerade im angelsächsischen Raum wird diese Frage im Zusammenhang von *One Health* intensiv diskutiert. Dient der Einsatz für (nichtmenschlich) tierisches Leben nur der Sicherung menschlicher Gesundheit? Oder besitzen Tiere einen Eigenwert, deren Gesundheit infolgedessen, um ihrer selbst willen zu schützen und zu fördern ist? Mit Blick auf das Keulen bzw. Töten von gesunden Tieren zugunsten der Gesundheit von Menschen, wie es zu Beginn der Corona-Pandemie im großen Stil etwa in Dänemark praktiziert wurde⁴, warnt etwa *Zohar Ledermann* u. a. vor einer bloßen Instrumentalisierung von Tieren für das Wohlergehen von Menschen. Statt-

4 Die Staatsregierung Dänemarks ordnete im Herbst 2020 die Keulung von gut 15 Millionen Nerzen in Aufzuchtbetrieben der Pelzindustrie an, weil etwa 400 Mitarbeiter:innen an COVID-19 erkrankt waren und man eine Übertragung von Tieren auf Menschen vermutete. Online unter: <https://www.nationalgeographic.de/tiere/2020/11/15-millionen-nerzen-in-daenemark-droht-die-keulung> (abgerufen 06.06.2026).

dessen betonen sie: „Wir plädieren keinesfalls für ein grundsätzliches Verbot des Keulens, aber wir optieren gegen eine Politik des Keulens, die nicht wissenschaftsbasiert ist und die die Interessen all jenen Lebens ignoriert, das nicht menschlich ist.“ (Ledermann u. a. 2021, 27; Übers. ALH) Sie empfehlen eine Abkehr von einem strikt anthropozentrischen Denken zu einer One-Health-Ethik, die zwischen den unmittelbaren Interessen und den langfristigen Vorzügen für Menschen, Tieren und dem Ökosystem einen Ausgleich schafft. (vgl. Ledermann u. a. 2021, 9) In dieselbe Richtung argumentiert *Benjamin Capps*. Er fordert zwar nicht unbedingt nach dem Prinzip der Gleichheit von Mensch und Tier analog zu Menschenrechten auch Tierrechte ein. Gleichwohl ist aus seiner Sicht mindestens die Konzeptionalisierung einer „One Health Ethics“ nach dem Prinzip der Äquivalenz geboten – „gründet in einer moralischen Verflechtung und jenem universalen Gut, das wir mit allen anderen Kreaturen als Kohabitanden [teilen]“ (Capps 2021, 355. Übers. ALH).

Nochmals entschiedener verfechten *Jonathan Beever* und *Nicolae Morar* einen „ecological egalitarianism“ (Beever/Morar 2018, 192) als Basis für eine One-Health-Ethik. Das Zusammenleben von Mensch und anderen Kreaturen als „cohabitants“ besitzt demnach eine bedeutsame Qualität: Sie sind nicht nur miteinander vernetzt („interconnected“), sondern wesentlich voneinander abhängig („interdependent“). Diese Abhängigkeit zeigt sich im menschlichen Körper, der etwa mit Blick auf sein „human microbiome“ selbst erst durch tierisch-mikroorganisches Leben konstituiert wird. „Wenn wir alle in einem starken Sinne durch die gegenseitige Abhängigkeit unserer mikrobiellen Gemeinschaften, unserer menschlichen Zellen und unserer natürlichen Umwelt mitgeprägt sind, dann bleibt uns moralisch gesehen nur sehr wenig Spielraum, um das eine gegenüber dem anderen zu bevorzugen.“ (Beever/Morar 2018, 192; Übers. ALH) Der *ecological egalitarianism* eines *One Health* fordert Gesundheit für *wirklich* alle – für alle menschlichen und nichtmenschlichen Lebewesen. Der Überstieg von einer anthropozentrischen zu einer mindestens physiozentrischen Ethik ist damit prinzipiell vollzogen. Mit den entsprechenden Folgen für eine *Planetary Health* sensible und profilierte Soziale Arbeit: Sie müsste sich perspektivisch zu einer *Eco Rights-Profession* entwickeln.

Jeder Anthropozentrismus reserviert dem Menschen eine Sonderstellung, gewissermaßen eine Besserstellung seines moralischen Status. Tatsächlich am ehesten mag die Sonderstellung des Menschen umstritten sein. Gerade in der tier- wie umweltethischen Debatte ist die Sonderstellung des Menschen gegenüber den nichtmenschlichen Lebewesen und den natürlichen Ökosystemen heftig kritisiert und die mit ihr verbundene Anthropozentrik als nicht nur moraltheoretisch wenig haltbar (vgl. Ach 2019), sondern sogar als Teil des Problems identifiziert worden. (vgl. Vogt 2022, 329ff.)

Diese Kontroversen spiegeln sich in der angedeuteten Debatte um *One Health*. Anders in der Debatte um *Planetary Health*: Sie scheint von diesem moraltheoretischen Grundlagenstreit wenig beeindruckt zu sein und geht wie selbstverständlich davon aus, dass die Gesundheit von allen Lebewesen und aller (lokalen wie planetarischen) Ökosysteme im letzten der Gesundheit des Menschen bzw. der Menschheit dienen (vgl. Schulz/Herrmann 2021, 4) – im Wissen, dass diese Ausrichtung keinesfalls den Eigenwert (nichtmenschlich) tierischen Lebens, der Natur oder der Landschaft abstreiten muss. (vgl. Rathmann 2020) Deren Eigenwert gebietet Schutz und Achtung um ihrer selbst willen, was sich rechtsnormativ im Tierschutzgesetz („Tier als Mitgeschöpf“ [§ 1 Satz 1 TierSchG]) oder im Bundesnaturschutzgesetz („Natur und Landschaft sind auf Grund ihres eigenen Wertes und als Grundlage für Leben und Gesundheit des Menschen auch in Verantwortung für die künftigen im besiedelten und unbesiedelten Bereich [...] zu schützen“ [§ 1 Abs. 1 BNatSchG]) niederschlägt.

Gleichwohl: Zwischen diesem Eigenwert von Tieren wie der Natur und der Selbstzwecklichkeit des Menschen besteht aber ein qualitativ gehaltvoller Unterschied. Die Selbstzwecklichkeit des Menschen gebietet wechselseitig symmetrische moralische Achtung zwischen Gleichen. Die Achtung zwischen dem Menschen und dem Tier ist aber asymmetrisch. An Tiere können keine moralischen Ansprüche gestellt werden, die sie gegenüber Menschen einzuhalten hätten. Sie können zwar Träger von moralischen Berechtigungen sein. Sie sind aber grundsätzlich „keine Träger von moralischen Verpflichtungen“ (DER 2020, 45), für die sie bei Nichtbeachtung moralisch oder gar strafrechtlich zur Rechenschaft gezogen werden könnten. Das macht den für den moralischen Status bedeutsamen Unterschied zwischen *generellen* und *gleichen* moralischen Rechten aus. (vgl. Leist 1996, 448) Insofern besitzt nichtmenschlich tierisches Leben generelle moralische Rechte, die seinen Eigenwert spiegeln. Es besitzt aber damit nicht automatisch die *gleichen* moralischen Rechte wie Menschen. Dies erlaubt Letzteren die Indienstnahme von tierischem Leben in einem Ausmaß, das dem qualitativen Unterschied entspricht – jedenfalls immer dann, wenn es vernünftige, gute Gründe gibt. (vgl. DER 2020, 47f.) Umgekehrt gilt: Die Besserstellung des moralischen Status des Menschen mag zur Schlechterstellung des moralischen Status nichtmenschlichen Lebens führen. Keinesfalls aber impliziert diese Besserstellung die Verneinung eines jeglichen moralischen Status, also die Verneinung jeglichen Eigenwertes, die den Menschen zur achtlosen Totalinstrumentalisierung nichtmenschlichen Lebens berechtigte.

Insofern hält das Paradigma einer *menschenrechtsbasierten* Ethik für Soziale Arbeit Bestand – freilich im Wissen, dass – unter Berücksichtigung von *Planetary Health* – die Sonderstellung des Menschen in doppelter Hinsicht besteht und sogar paradox

besetzt ist: Als moralisches Subjekt kann und muss der Mensch moralische Verantwortung für die lebensdienliche Gestaltung des Planetarischen übernehmen, sofern dies in seiner Macht liegt. In seiner Macht liegt sicherlich die Abkehr von Lebensweisen und Lebensstilen, die das planetarische Zusammenleben von Menschen, Tieren sowie Natur und Landschaft zerstören. Dieser moralische Status unterscheidet ihn von einem Etwas und macht ihn zum Jemand. Umgekehrt repräsentiert er eine Spezies, die im wörtlichen Sinne auf „Gedeih und Verderb“ von den derzeitigen klimatischen Grundbedingungen auf dem Planeten Erde abhängig ist. Der Planet Erde mag sich weiter erhitzen oder wieder einmal abkühlen; ihn wird es vermutlich auf lange Zeit geben – und zwar unabhängig vom „Wohl und Wehe“ der Menschheit. Anders die Menschheit: gelingt ihr Planetary Health nicht oder nur unzureichend, so ist nicht nur ihr auskömmliches Leben, sondern ihr Überleben schlechthin gefährdet. Die Sonderstellung des Menschen ist damit strikt *relational* und *interdependent*. Wir könnten auch mit einer klassischen Terminologie sagen: *personal* – ganz im ursprünglichen Sinne des Wortes „per-sonare“ *durchtönernd* auf Andere (soziale Mitwelt) und Anderes (naturräumliche Umwelt) hin wie von diesen Anderen und diesem Anderem her und darin sich selbst vollziehend.

4. Gerechtigkeit als gemeinsamer Glutkern von Planetary Health und Sozialer Arbeit

Die relationale Sonderstellung des Menschen als moralisch verantwortliches Subjekt erlaubt es, Ungleichheiten zwischen Menschen hinsichtlich ihrer Belastung durch Schadstoffe oder hinsichtlich ihrer materiellen wie sozialen Ressourcen, die sie für ihre Gesundheit oder ihren Schutz vor den Klimakrisenfolgen mobilisieren können, auch als *ungerecht* zu bewerten. Im Unterschied zur Ungleichheit („Inequality“), die aus der Kontingenz ihres Geburtsortes, ihrer physiologischen Grundausstattung oder ihres familiären Lebensumfeldes, also aus der „Lotterie des Lebens“ resultiert und die maximal im Sinne gleicher Lebenschancen durch bestimmte Maßnahmen ausgeglichen werden können, gibt es Ungleichheiten an Belastungen oder Ressourcen, die aus menschengemachten Bevorzugungen oder Benachteiligungen – seien sie unmittelbar personengebunden oder struktureller Natur – resultieren und deshalb als Ungerechtigkeit („inequity“) moralisch qualifiziert werden. Diese Grundunterscheidung gilt es gerade mit Blick auf Gesundheit im Auge zu behalten. (vgl. Bolte u. a. 2023)

Die Grundlinie von Gerechtigkeitskonzeptionen in *Planetary Health* bildet – analog zu Konzepten von Umwelt- oder Klimagerechtigkeit – die Anerkennung („recognition“) aller Menschen als Gleiche und damit Gleichberechtigte mit Blick auf die Nutzung gesundheitsbezogener wie umweltrelevanter Ressourcen. Ob man diese

Grundlinie im Sinne der sogenannten allgemeinen Gerechtigkeit selbst als Gerechtigkeitsfrage fokussiert (vgl. Otto 2024, 613; Bolte u. a. 2023, 4) oder aber sie mit Blick auf die Menschheitszweckformel des kantianischen Kategorischen Imperativs als Ausfluss der Menschenwürdegrundsatzes wertet, kann hier dahingestellt bleiben. Entscheidend ist, dass sie die Menschheit insgesamt, also in Gestalt jeder aktuell wie jeder zukünftig lebenden Person als moralisch anspruchsberechtigte Subjekte markiert. Damit ist *Planetary-Health-Gerechtigkeit* aus sich heraus international wie intertemporal angelegt. Dies führt zu einer bestimmten Raum-Zeit-Struktur von Gerechtigkeitsfragen. Sie stellen sich in *intraggesellschaftlicher*, in *internationaler* wie in *intergenerationaler* Hinsicht. (vgl. DER 2024, 63ff.) Intraggesellschaftliche, internationale und intergenerationale Gerechtigkeit bilden die Achsen eines Koordinatensystems, in denen Inhaltsaspekte der Gerechtigkeit einzeln bestimmt und erörtert werden müssen. Intraggesellschaftliche, internationale und intergenerationale Gerechtigkeitsaspekte ergeben sich zunächst hinsichtlich einer gerechten Verteilung („distributive Gerechtigkeit“) von gesundheits- und umweltrelevanten Belastungen und Risiken wie entsprechenden Vorteilen („benefits“) und Chancen. (vgl. Otto 2024, 614; Pösl u. a. 2020, 143) Sodann spielen intragenerationale, internationale wie intergenerationale Gerechtigkeitsaspekte eine Rolle bei der Frage, wer wann wie und wo über Verteilungsfragen politisch mitentscheiden kann oder aber außen vor bleibt („Verfahrensgerechtigkeit“, „politische Gerechtigkeit“). Gerade die umwelt- bzw. klimaassoziierten Lebens- und Gesundheitschancen zukünftiger Generationen geraten etwa bei Klimaschutzmaßnahmen und ihrer ausgeglichenen Belastung derzeit lebender Generationen schnell aus dem Blick. Hier müssen entsprechende Elemente einer advokatorischen Ethik Verwendung finden.

Gesundheits- und umweltrelevante Belastungen wie Benefits lassen sich nie losgelöst von Aspekten sozialer Ungleichheit verschiedenster Art – etwa hinsichtlich Alter, Armut, Behinderung, Geschlecht, Ethnie oder sozialer Schicht – bewerten. Deshalb sind intersektionale Analysen und Synthesen gefordert. (vgl. Mikulewicz u. a. 2023) In diesem Sinne könnte man auch von einem intersektionalen Gerechtigkeitsaspekt sprechen. Der Zusammenhang zwischen armutsnahen Lebenslagen und gesundheitlicher Schlechterstellung ist seit langem belegt. (vgl. Lampert/Kroll 2010). Diese Benachteiligung wird durch umweltbedingte Belastungen in mehrfacher Hinsicht verstärkt: Menschen in prekären Lebenslagen sind in Beruf oder Alltagswelt in der Regel sehr viel stärker Schadstoffeinträgen der Luft oder Hitze wellen ausgesetzt. Umgekehrt stehen ihnen in der Regel erheblich weniger Ressourcen zur Verfügung, diese Belastungen zu kompensieren. Es überrascht nicht, dass dieser Sachverhalt wesentlich die Debatte um Umweltgerechtigkeit angestoßen hat.

In seiner Stellungnahme zur „Klimagerechtigkeit“ stellt der *Deutsche Ethikrat* nüchtern fest: „Sowohl die kausale Verantwortung für den Klimawandel als auch die durch ihn verursachten Gefahren, Schäden und Verluste sowie die Mittel zu deren Bewältigung sind ungleich verteilt.“ (DER 2024, 51) Ob diese Ungleichheiten auch *ungerecht* sind, ist damit aber noch nicht gesagt. Denn wenn die Hauptverursacher:innen des Klimawandels zugleich auch die durch sie verursachten Gefahren, Schäden und Verluste tragen müssten, würde das unser Gerechtigkeitsempfinden kaum stören. Im Gegenteil: Wer einen Schaden verursacht, muss eben auch seine Folgen tragen. Das Gegenteil ist aber beim Klimawandel der Fall.⁵ Diejenigen, die am wenigsten durch ihren Lebensstil den Klimawandel verursachen, müssen am meisten unter den negativen Folgen leiden, die Zeche der anderen also zahlen: sozial Benachteiligte innerhalb unserer Gesellschaft, die Menschen im Globalen Süden oder die Angehörigen zukünftiger Generationen. Hier rebelliert jedes Gerechtigkeitsempfinden – und zwar aus Gründen, die an folgenden vier Gerechtigkeitskriterien Maß nehmen können:

Das *erste* Gerechtigkeitskriterium ist eines der ältesten und geht auf den Philosophen *Aristoteles* zurück: Gerecht ist, Gleiches gleich, Ungleiches ungleich zu behandeln. Mit Blick auf sozial gerechte Klimaschutzmaßnahmen heißt das: Alle Menschen haben als Gleiche das gleiche Recht, Ressourcen für eine auskömmlich gelingende Lebensführung in Anspruch zu nehmen – hier und überall, jetzt und in Zukunft. Und sozial gerecht ist es, dass diejenigen, die durch ihren Lebensstil ungleich stärker zum schädlichen Klimawandel beitragen – Stichwort: vielfach erhöhter CO₂-Fußabdruck im Bereich Mobilität –, auch ungleich stärker die Kosten für die Kompensation der Schäden und für die Reduktions- und Anpassungsmaßnahmen zu schultern haben.

Dieser Sachverhalt spiegelt auch ein *zweites* Gerechtigkeitskriterium: die Leistungsgerechtigkeit, also ein ausgewogenes Verhältnis von Leistung und Gegenleistung. Hier freilich mit umgekehrtem Vorzeichen: Wer – vermeidbar (!) – größere Schäden verursacht, muss – wenn leistbar – größere Kompensationsleistungen erbringen. Dieses Prinzip findet sich in der Klimagerechtigkeitsdebatte unter den Stichworten „*loss and damage*“.

5 Ein Beispiel: Der CO₂-Fußabdruck der 10 % mit den niedrigsten Einkommen betrug 2023 5,6 tCO₂-E; derjenige der 10 % mit den höchsten Einkommen war fast doppelt so hoch (10,1tCO₂-E). Die Verdoppelung resultiert ausnahmslos aus den fast 10-fach höheren Emissionen aus ihrem Mobilitätsverhalten. Der CO₂-Abdruck für Elektrizität, Heizen und Warmwasser sowie Ernährung lagen sogar etwa unter dem Werten bei den Niedrigeinkommenshaushalten. Vgl. DIW-Wochenbericht 27/2024, online unter: https://www.diw.de/de/diw_01.c.906826.de/publikationen/wochenberichte/2024_27/heft.html (abgerufen 22.06.2026).

Sozial gerecht im engen Sinne des Wortes verbinden wir mit einer ausreichenden Versorgung von Gütern und Dienstleistungen, die allen Menschen ein auskömmliches Leben ermöglicht. Wir nennen das distributive oder Verteilungsgerechtigkeit. Ein *drittes* Gerechtigkeitskriterium. Die Verteilungsgerechtigkeit schulden wir der Würde jedes einzelnen Menschen – und zwar unabhängig seiner jeweilig eigenen Leistungsfähigkeit. Reicht die eigene Leistungsfähigkeit zur Sicherung seiner auskömmlichen Daseinsvorsorge nicht aus, dann hat er Anspruch auf prioritäre Unterstützung durch die staatliche Gemeinschaft – vor allem dann, wenn er unverschuldet besonderen Belastungen ausgesetzt ist.

Mit Blick auf das Eingangs skizzierte Phänomen der Energiearmut heißt das beispielsweise: Sozial gerecht sind Klimaschutzmaßnahmen wie die CO₂-Bepreisung, deren finanzielle Mehrkosten den Haushalten mit niedrigem Einkommen vollständig zurückerstattet werden. Ein prominentes Beispiel ist das „Klimageld“. Zwar wird das Klimageld vom Staat an *alle* Bürger:innen ausgezahlt – aber pro Kopf in gleicher Höhe. Deshalb profitieren Personen mit niedrigerem Einkommen erheblich mehr. Denn sie werden durch ihren deutlich geringeren Verbrauch fossiler Energie deutlich weniger von einer steigenden CO₂-Bepreisung belastet werden, bekommen aber die gleiche Summe zurück wie Haushalte mit mittlerem oder höherem Einkommen. Durch diese Umverteilung erhalten Haushalte mit niedrigerem Einkommen zusätzliche Ressourcen, mit denen sie Schritt für Schritt in die Lage versetzt werden, ebenfalls auf energiesparende Techniken usw. umzustellen.

Mit diesem Mechanismus lässt sich ein *viertes* Gerechtigkeitskriterium illustrieren: Haushalte mit niedrigem Einkommen besonders zu unterstützen, trägt einer Forderung Rechnung, die der berühmte Gerechtigkeitstheoretiker *John Rawls* erhebt: Nur solche politischen Regulierungen und gesellschaftlichen Verhältnisse sind sozial gerecht, die besonders den am schwächsten aufgestellten Menschen einer Gesellschaft dienen. (vgl. Rawls 1979, 336) Diese moralphilosophische Forderung bildet übrigens auch in der christlichen Sozialethik und in einer religiös dimensionierten kirchlichen Sozialen Arbeit (Caritas bzw. Diakonie) die zentrale Achse ihrer Gerechtigkeitskonzeption. (vgl. Lob-Hüdepohl/Maaser 2021) Sie ist unter dem biblisch grundierten Topos „*vorrangige Option für die „Armen“*“ etabliert. Diese normative Option ist gewissermaßen ein generelles Prüfkriterium für politisches Handeln schlechthin. „In der Perspektive einer christlichen Ethik muß darum alles Handeln und Entscheiden in Gesellschaft, Politik und Wirtschaft an der Frage gemessen werden, inwiefern es die Armen betrifft, ihnen nützt und sie zu eigenverantwortlichem Handeln befähigt.“ (DBK/EKD 1997)

5. Kurzer Ausblick: Soziale Arbeit als Akteurin einer *Planetary-Health-Gerechtigkeit*

Ausgangspunkt einer solchermaßen intersektionalen Gerechtigkeitsdebatte war – wenig überraschend – in den USA der 1980er Jahren die bewusst (!) ungleich verteilte Belastung mit Umweltgiften und ähnlichem durch die gezielte Ansiedlung umwelt- und gesundheitsgefährdender Industrieanlagen, Mülldeponien usw. in Wohngebieten oder in der Nachbarschaft sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen. Besondere Aufmerksamkeit erregte 1982 die Ansiedlung einer Giftmülldeponie in *Warran County* mit extremer Belastung für die dort lebende mehrheitlich *black-people* Community. In der Folge wurden in den USA viele weitere Fälle solchen „environmental racism“ (Pösl u. a. 2020, 142) identifiziert. Ähnliche Phänomene werden auch in anderen Ländern beobachtet und besitzen in der globalisierten Welt in internationalen Beziehungen eine erhebliche Reichweite. Die Entsorgung von umweltbelastendem Plastikmüll aus dem globalen Norden in den globalen Süden ist nur das bekannteste Beispiel. Diese Phänomene führen zu einer Zunahme von „kritischen Umweltgerechtigkeitsstudien“ (Otto 2024, 618; Übers. ALH). Diese nehmen auch ungleich verteilte und deshalb ungerechte Belastungen bei der Bewältigung umwelt- bzw. gesundheitsrelevanter Probleme in den Blick und machen eindrücklich auf die Bedeutung einer sozialgerechten ökologischen Transformation („just transformation“, vgl. Bennet u. a. 2019) als einer wesentlichen Dimension von Gerechtigkeit aufmerksam.

Zweifellos stehen für eine gerechte Transformation der nationalen wie der internationalen Gesellschaft an erster Stelle staatliche bzw. überstaatliche Institutionen in der Verantwortung. Schon die *Lancet-Commission* unterstrich 2015 die besondere Bedeutung staatlicher wie suprastaatlicher Akteur:innen, die über regulatorische Governance und internationale Konventionen den strukturellen Rahmen schaffen müssen, damit tiefgreifende Transformationen sich gegen die Beharrungskräfte etablierter Interessengruppen durchsetzen können. (vgl. Whitmee u. a. 2015) Die Notwendigkeit staatlicher Regelungsregimes steht in der Debatte um *Planetary Health* außer Frage. Aber schon die *Lancet-Commission* misst gerade zivilgesellschaftlichen Organisationen und sozialen Bewegungen eine bedeutsame Rolle zu. Sie könnten für individuelles wie staatliches Handeln das Rückgrat bilden. In diesem Sinne erfordert *Planetary Health* „eine soziale Bewegung zur Unterstützung kollektiver Aktionen für Öffentliche Gesundheit auf allen Ebenen der Gesellschaft – persönlich, nachbarschaftlich, national, regional, global und planetarisch“ (Horton u. a. 2014, 874; Übers. ALH).

Soziale Arbeit muss unverzichtbarer Teil einer solchen sozialen Bewegung sein und werden. Denn sie wirkt durch ihre breitgestreuten Dienste und Einrichtungen faktisch auf allen relevanten Ebenen und in allen relevanten Lebensbereichen: durch Bildung und Beratung zur Förderung der individuellen Gesundheitskompetenz einzelner Menschen (vgl. Woopen 2015) ebenso wie durch antirassistische Arbeit einer multiethnischen Einwanderungsgesellschaft. Und auch ein gegenwärtig besonders drängendes Aufgabenfeld Sozialer Arbeit und gesellschaftspolitischen Engagements ist für die Verwirklichung von *Planetary Health Justice* hoch bedeutsam: der Einsatz gegen alle Formen rechtsautoritärer Bewegungen und Regimes, die das universalistische Versprechen des Menschenrechts weltweit schwer unter Druck setzen. (vgl. Lob-Hüdepohl 2025)

In ihrem *Statement of Principles for Planetary Health* beschreibt die *Canmore Declaration* den Kampf gegen jede Form von Elitismus, sozialer Dominanz und Marginalisierung. Schon *Halbert Dunn*, der in den 1950-er Jahren erstmalig die menschliche Gesundheit als umfassende „high-level wellness“ entwickelte und diese Zieloption ausdrücklich auch auf gesellschaftliche Organisationen, Nationen und sogar auf die menschliche Zivilisation als Ganze bezog, sah eine der größten Gefahren für eine universale Gesundheit in autoritären Systemen. Diese müssten als die größten Feinde menschenrechtlicher Ansprüche und damit auch einer gerechten und diskriminierungsfreien Gesundheitsversorgung für alle bekämpft werden (vgl. Dunn 1959, 455f.). Heute ist diese Gefahr größer denn je. Insofern, so *Canmore*, bedarf es einer „großen Aufmerksamkeit gegenüber den Einflüssen des Autoritarismus“. Ebenso sei eine starke Anwaltschaft erforderlich gegen „kollektiven Narzissmus, Hybris und sozialer Dominanz“ (Prescott u. a. 2018, 3; Übers. ALH). Alle diese sind bekanntermaßen Faktoren, die Empathie, das Hören auf die Stimmen marginalisierter Gruppen und damit die Förderung globaler, planetarischer Gesundheit gefährden. Insofern erfordert *Planetary Health vitale*, also gleichermaßen gefestigte wie anpassungsfähige demokratische Strukturen, in denen die Teilhabe möglichst aller Betroffenen an den politischen Prozessen wirksam und nachhaltig gesichert ist – lokal, national und international. Nur so kann ein Wohlfahrtschauvinismus („welfare chauvinism“, vgl. Greer 2017, 306) privilegierter Bevölkerungsteile zu Lasten anderer verhindert werden.

Angesichts dieser Bedrohung kann eine menschenrechtsbasierte Soziale Arbeit nicht unbeteiligt Beiseite stehen, sondern muss um ihrer Adressat:innen willen eine engagierte Akteurin der *Planetary-Health-Justice*-Bewegung sein.

Literatur

Ach, Johann S. (2019), Können sie leiden? Ein Einblick in die moderne Tierethik am Beispiel der Nutztierhaltung, in: Diehl, Elke/Tuidor, Jens (Hg.), Haben Tiere Rechte? Aspekte der Mensch-Tier-Beziehung. Bonn: bpb, 53-68.

Antonowski, Aaron (1997), Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: dgvt-Verlag.

Beever, Jonathan/Morar, Nicolae (2018), The epistemic and ethical onus of 'One Health', in: bioethics 33, 185-194.

Bennet, Nathan J./Blythe, Jessica/Cisneros-Montemayor, Andrés M./Singh, Gerald G./Sumaila, U. R. (2019), Just Transformation to Sustainability, in: Sustainability 11(14), 3881. Bolte, Gabriele/Dandolo, Lisa/Gepp, Sophie/Hornberg, Claudia/Lopez

Lumbi, Susanne (2023), Klimawandel und gesundheitliche Chancengleichheit: Eine Public-Health-Perspektive auf Klimagerechtigkeit, in: Journal of Health Monitoring 8(S6), 3-37.

Bruchhausen, Walter (2023), Global Health (Ethics). Eine Bestandsaufnahme in programmatischer Absicht. Sozialethische Arbeitspapiere des ICS. Münster/Westf, <https://www.uni-muenster.de/FB2/ics/publikationen/Arbeitspapiere.html> (abgerufen 06.04.2024).

Capps, Benjamin (2021), One health ethics, in: bioethics 36, 348-355.

DBK = Deutsche Bischofskonferenz/EKD = Evangelische Kirche in Deutschland (1997), Für eine Zukunft in Solidarität und Gerechtigkeit, Bonn/Hannover.

DER = Deutscher Ethikrat (2020), Tierwohlachtung – zum verantwortlichen Umgang mit Nutztieren, Stellungnahme vom 16.06.2020, Berlin.

DER = Deutscher Ethikrat (2024), Klimagerechtigkeit, Stellungnahme vom 13.03.2024, Berlin

Dunn, Halbert L. (1959), What High-Level Wellness means, in: Can. J. Public Health 50, 447-457.

Franzkowiak, Peter/Hurrelmann, Klaus (2025), Gesundheit, in: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG) (Hg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden, <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i023-2.0>.

Gebhard, Nadja/van Bronswijk, Katharina/Bunz, Maxie/Müller, Tobias/Niessen, Pia/Nikendei, Christoph (2023), Scoping Review zu Klimawandel und psychischer Gesundheit in Deutschland – Direkte und indirekte Auswirkungen, vulnerable Gruppen, Resilienzfaktoren, in: Journal of Health Monitoring 8(S4)132-155.

Greer, Scott L. (2017), Medicine, public health and the populist radical right, in:

Journal of the Royal Society of Medicine 110/8, 305-308.

Hertig, Elke/Hunger, Iris/Kaspar-Ott, Irena/Matzarakis, Andreas/Niemann, Hildegard/Schulte-Droesch, Lea/Voss, Maike (2023), Klimawandel und Public Health in Deutschland – Eine Einführung in den Sachstandbericht Klimawandel und Gesundheit 2023, in: Journal of Health Monitoring 8(S3), 7-34

Horton, Richard/Beaglehole, Robert/Bonita, Ruth/Raeburn, John/McKee, Martin/Wall, Stig (2014), From public to planetary health: a manifesto, in: The Lancet 383(9920), 847.

Hurrelmann, Klaus/Richter, Matthias (2013), Gesundheits- und Medizinsoziologie, Weinheim/Basel: BeltzJuventa.

Klima-Allianz (2026), Chancen einer sozialgerechten Klimapolitik konsequent nutzen, https://www.asb.de/application/files/2217/7262/4058/Chancen_einer_sozial_gerechten_Klimapolitik_konsequent_nutzen_-3.pdf (abgerufen 06.06.2026).

Krennerich, Michael (2020), Gesundheit als Menschenrecht, in: Aus Politik und Zeitgeschichte 7046-47, 22-27.

Lampert, Thomas/Kroll, Lars E. (2010), Armut und Gesundheit, in: RKI (Hg.), Gesundheitsberichterstattung kompakt 5/2010, https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsK/2010_5_Armut.html (abgerufen 05.04.2024).

Ledermann, Zohar/ Magalhães-Sant’Ana, Manuel/Voo, Teck Chuan (2021), Stamping Out Animal Culling: From Anthropocentrism to One Health Ethics, in: Journal of Agricultural and Environmental Ethics 34(5), 27.

Leist, Anton (1996), Ökologische Ethik II, in: Nida-Rümelin, Julian (Hg.), Angewandte Ethik. Die Bereichsethiken und ihre theoretische Fundierung, Stuttgart: Kröner, 386-456.

Lob-Hüdepohl, Andreas (2003), Ethik sozialer Arbeit als Menschenrechtsprofession, in: Soziale Arbeit 52, 42-48.

Lob-Hüdepohl, Andreas (2024), Global Health – One Health – Planetary Health. Eine (sozial-) ethische Annäherung, in: JCSW 65, 171-193, DOI: 10.17879/jcsw-2024-6011.

Lob-Hüdepohl, Andreas (2025), Menschenrecht unter rechtsautoritärem Druck. Eine ethische Problemskizze, in: Bachmann, Claudius/Riedl, Anna Maria/Noweck, Anna/Filipovic, Alexander (Hg.), Sozialethik im Kontext. Interdisziplinäre Fragen einer gesellschaftlich engagierten Theologie, Münster: Ferdinand Schöningh, 165-176.

Lob-Hüdepohl, Andreas/Maaser, Wolfgang (2021), Art. Soziallehre, christliche, in:

Amthor, Ralph-Christian u. a. (Hg.), Wörterbuch Soziale Arbeit, 9. A., Weinheim/Basel: BeltzJuventa, 830-833.

Mader, Annaluise/Riede, Oliver/Pabel, Ulrike/Dietrich, Jessica/Sommerkorn, Katharina/Pieper, Robert (2023), Das One-Health-Konzept im Kontext globaler Wertenketten, Krisen und der Sicherheit von Lebens- und Futtermitteln, in: Bundesgesundheitsbl 66, 644-651.

Mann, Bernhard (2018), Gesundheit. III. Soziologisch, in: Staatslexikon Bd.2, Freiburg/Brsg: Herder, 1287-1291.

Marckmann, Georg (2015), Gesundheit und Gerechtigkeit, in: Sturma, Dieter/Heinrichs, Bert (Hg.), Handbuch Bioethik, Stuttgart: Metzler, 275-280.

Mielck, Andreas (2010), Welche sozialen Unterschiede im Gesundheitszustand sind ‚ungerecht‘? Pädoyer für eine stärkere ethische Reflexion der Zielsetzung ‚Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheiten‘, in: Strech, Daniel /Marckmann, Georg (Hg.), Public Health Ethik, Berlin: Litt, 79-96.

Mikulewicz, Michael/Caretta, Martina Angela/Sultana, Farhana/Crawford, Neil J. W. (2023), Intersectionality & Climate Justice: A call for synergy in climate change scholarship, in: Environmental Politics 32(7), 1275-1286.

Otto, Danny (2024), Umweltgerechtigkeit, in: Sonnberger, Marco/Bleicher, Alena/Groß, Matthias (Hg.), Handbuch Umweltsoziologie, Wiesbaden: Springer Nature, 611-624.

Pösl, Nora Feline/Sperlich, Pia Sophie/Pauli, Andrea/Hornberg, Claudia (2020), Geschlecht, Umwelt und Gesundheit: Eine intersektionale Perspektive, in: Soentgen, Jens/Gassner, Ulrich M./von Hayek, Julia/Manzei, Alexandra (Hg.), Umwelt und Gesundheit, Baden-Baden: Nomos, 123-164.

Prescott, Susan L./Logan, Alan C./Albrecht, Glenn u. a. (2018), The Canmore Declaration: Statement of Principles for Planetary Health, in: Challenges 9(2), DOI: 10.3390/challe9020031.

Rathmann, Joachim (2020), Gesundheitsressource Landschaft, in: Soentgen, Jens/Gassner, Ulrich M./von Hayek, Julia/Manzei, Alexandra (Hg.), Umwelt und Gesundheit, Baden-Baden: Nomos, 165-196.

Rawls, John (1979), Theorie der Gerechtigkeit, Frankfurt/M: Suhrkamp.

RKI = Robert-Koch-Institut (2025), Hitzebedingte Mortalität in Deutschland 2023 und 2024, https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/12682/EB-19-2025_10-25646-13135.pdf?sequence=1&isAllowed=y (abgerufen 29.07.2026).

Schulz, Christian/Herrmann, Martin (2021), Planetary Health, in: Traidl-Hoffmann, Claudia/Schulz, Christian/Herrmann, Martin/Simon, Babette (Hg.), Planetary Health. Klima, Umwelt und Gesundheit im Anthropozän, Berlin: Medizinisch Wissenschaftli-

che Verlagsanstalt, 2-6.

Schwabe, Calvin (1964), Veterinary medicine and human health, Baltimore: Williams&Wilkins.

Statistisches Bundesamt (2025), Pressemitteilung Nr. 056 vom 16.10.2025, https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2025/10/PD25_N056_61_63.html (abgerufen 22.07.2026).

Ulrich, Rainer G./Drewes, Stephan/Haring, Viola/Panajotov, Jessica/Pfeffer, Martin/Rubbenstroth, Dennis/Dreesmann, Johannes/Beer, Martin/Dobler, Gerhard/Knauf, Sascha/Johne, Reimar/Böhmer, Merle M. (2023), Virale Zoonosen in Deutschland aus der One-Health-Perspektive, in: Bundesgesundheitsbl. 66, 599-616.

UN = United Nations (2000), Substantive Issues Arising in the Implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights = General Comment No. 14: The right to the highest standard of health, Geneva.

Vogt, Markus (2022), Christliche Umweltethik. Grundlagen und zentrale Herausforderungen, Freiburg/Brsg.: Herder.

Wabnitz, Katharina/Hutflötz, Karin/Herrmann, Martin (2021), Medizinisches Ethos im 21. Jahrhundert: Werte und Werthaltungen für planetare Gesundheit, In: Traidl-Hoffmann, Claudia/Schulz, Christian/Herrmann, Martin/Simon, Babette (Hg.), Planetary Health. Klima, Umwelt und Gesundheit im Anthropozän, Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 292-298.

Westheuser, Linus/Mau, Steffen/Lux, Thomas (2025), Das Klima der Ungleichheit. Zur sozialen Struktur von Klimakonflikten, Berliner Journal für Soziologie 35(2), 339-354.

Whitmee, Sarah/Haines, Andy/Beyrer, Chris/Boltz, Frederick/Capon, Anthony G./Ferreira de Souza Dias, Braulio/Ezeh, Alex/Frumkin, Howard/Gong, Peng/Head, Peter/Horton, Richard/Mace, Georgina M./Marten, Robert/Myers, Samuel S./Nishtar, Sania/Osofsky, Steven A./Pattanayak, Subhrendu K./Pongsiri, Montira/Romanelli, Cristina/Soucat, Agnes/Vega, Jeanette/Yach, Derek (2015), Safeguarding human health in the Anthropocene epoch: report of The Rockefeller Foundation-Lancet Commission on planetary health, in: The Lancet 386, 1973-2028.

WHO = World Health Organization (1948), Constitution of the World Health Organisation, <https://www.who.int/about/governance/constitution> (abgerufen 29.07.2026).

WHO = World Health Organization (1985), Einzelziele für ‚Gesundheit 2000‘, Kopenhagen. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/e8343157-b3a6-4a28->

[941e-4fec13a8f9ef/content](#) (abgerufen 22.07.2026).

Winklmayr, Claudia/Muthers, Stefan/Niemann, Hildegard/Mücke, Hans-Guido/an der Heiden, Matthias (2021), Hitzebedingte Mortalität in Deutschland zwischen 1992 und 2021, in: Dtsch Arztebl Int 119: 451-457, DOI: 10.3238/arztebl.m2022.0202.

Woopen, Christiane (2015), Gesundheitskompetenz, in: Sturma, Dieter/Heinrichs, Bert (Hg.), Handbuch Bioethik, Stuttgart: Metzler, 280-286.

ZeKo = Zentrale Ethikkommission (2026), Stellungnahme. Planetary Health und ärztliche Verantwortung, https://www.zentrale-ethikkommission.de/fileadmin/user_upload/zentrale-ethikkommission/Planetary_Health_Online_final.pdf (abgerufen 06.06.2026).

Zimmermann, Markus (2018), Gesundheit. I. Sozialethisch, in: Staatslexikon Bd. 2, Freiburg/BrsG: Herder, 1278-1283.

Über den Autor

Andreas Lob-Hüdepohl (geb. 1961), Prof. Dr. theol., ist seit 1996 Professor für das Lehrgebiet Theologische Ethik an der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin (KHSB) und war von 1997 bis 2009 deren Rektor. Von 2009 bis 2011 war er Präsident der Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt. Zwischen 2016 und 2024 war er für zwei Amtsperioden Mitglied im Deutschen Ethikrat. Er ist Gründungsmitglied des ICEP sowie seit 2014 dessen Geschäftsführer bzw. Direktor. Seine Arbeitsschwerpunkte sind die Ethik Sozialer Arbeit als Menschenrechtsprofession, Bioethik/Medizinethik/Genderethik, Rechtspopulismus/Rechtsautoritarismus sowie die Ethik des Sozialstaats – alles unter der Perspektive theologischer Ethik.