

A bio-psycho-socio-planetary model of health and Iris Marion Young's concept of responsibility as foundation for a medical ethos during environmental crises

Abstract

Aim: In October 2022, the World Medical Association integrated environmental sustainability, public health, global health, considerations of inequities as well as the well-being of future generations into its revised *International Code of Medical Ethics* for physicians. Broader responsibility for environmental and societal issues was thereby codified into medical professionalism. Theoretical work on a normative foundation for such a comprehensive understanding of responsibility is scarce. This paper aims to contribute to the normative side of a contemporary professional identity formation (PIF) in medicine. It develops an “ethos in connection” which helps to justify broadening physician responsibility and integrating environmental and societal dimensions.

Methods: It is asserted that defining and understanding *health* and *responsibility* are the decisive elements of the normative foundation for a contemporary PIF. The paper proposes a comprehensive bio-psycho-socio-planetary model of *health*. Relevant elements of the philosophical work by Iris Marion Young on *responsibility* are summarized. These comprise the social connection model, distribution of responsibility and relational egalitarianism.

Results: The bio-psycho-socio-planetary model of health and Young's theory of responsibility are integrated to establish an “ethos in connection” to provide the normative foundation guiding the PIF of today. Some challenging issues are discussed, for instance concerning whether and how it differs from a public health ethos and what practical implications follow.

Conclusion: The paper concludes that the climate and environmental crises are not the decisive driving forces behind what this paper calls an “ethos in connection”, as the need for such an ethos has been prevalent long before these crises became issues of highest priority. Nonetheless, the severity of health impacts and the inequality in causation and distribution of the multi-layered climate and environmental crises increase the urgency to further develop the PIF of today.

Keywords: health equity, environment, climate, social determinants of health, ethics, Professional Identity Formation

Verina Wild¹

1 University of Augsburg,
Medical Faculty, Institute for
Ethics and History of Health
in Society (IEHHS), Augsburg,
Germany

1. Introduction

It has been argued for many years that medical professionals have social responsibilities beyond the individual patient, e.g. in relation to social determinants of health or economic pressures on health care delivery [1], [2], [3], [4], [5], [6], [7]. Recently, given the ubiquitous and unequal health consequences of the environmental and climate crises, discussions about physicians' roles and responsibilities are increasing [8], [9], [10], [11], [12], [13]. A “Planetary Health Pledge for Health Professionals in the Anthropocene” published in the *Lancet* proposed an interdisciplinary pledge based on the Declaration of Geneva (DoG) and called for a commitment within health

professionals, including physicians, to work for planetary health and transformative change [12].

While the nursing profession has been outspoken about its environmental and social responsibilities for decades [14], parts of the medical profession have been critical about or even opposed to any broadening of physician responsibilities beyond the individual patient. A recent paper responded critically to the *Lancet* pledge, arguing that it would be “dangerous” to change the professional ethos as laid out in the DoG. Instead, the paper argued that the focus on the individual patient is and should remain the core professional responsibility, and that changes “are critical for the patient–physician-relationship and the trust in medicine” [15]. With regard to including

Table 1: Comparison of parts of the 3rd (2006) and 4th (2022) version of the WMA International Code of Medical Ethics

3 rd Revision 2006	4 th Revision 2022
Mentioning of: “patients and their community”, “respect human life”, “respect for human dignity”	[...] The physician also has a responsibility to contribute to the health and well-being of the populations the physician serves and society as a whole , including future generations
No mentioning of: “populations”, “society”, “future generations”, “fairly”, “justly”, “bias”, “equitable”, “inequities”, “determinants” “environmental sustainability”, “public health” and “global health”	[...] The physician must practise medicine fairly and justly and provide care based on the patient’s health needs without bias or engaging in discriminatory conduct
	[...] The physician must support fair and equitable provision of health care. This includes addressing inequities in health and care, the determinants of those inequities , as well as violations of the rights of both patients and health professionals.
	[...] The physician should strive to practise medicine in ways that are environmentally sustainable with a view to minimising environmental health risks to current and future generations
	[...] The physician should share medical knowledge and expertise for the benefit of patients and the advancement of health care, as well as public and global health
	[...] The physician should share medical knowledge and expertise for the benefit of patients and the advancement of health care, as well as public and global health

social responsibilities in medical education and professional identity formation (PIF) it has been claimed “[m]aking social justice a distinctively professional imperative is a category mistake” and “the virtue of social justice is far beyond the power of medical education to produce. Any attempt to do so will certainly fail” [16].

At first sight, this separation aligns with conceptual distinctions between patient-oriented biomedical ethics that focuses on the *individual* and public health ethics which focuses on the *population* level [17].

And yet, in 2022, the WMA International Code of Medical Ethics (ICoME) has included environmental sustainability, public health, global health, considerations of inequities as well as the well-being of future generations into its revised code (see table 1, and [18], [19]). The revised Declaration of Helsinki, as influential research ethics code, also includes a passage on the requirement for medical research to be environmentally sustainable, and the need to consider contexts of structural inequalities and disparities is mentioned [20].

These developments are the paper’s starting point. As part of this special issue its aim is to contribute to ongoing developments in the field of PIF. PIF in medicine captures how physicians develop, think, act and feel as professionals in their individual, relational and collective identity [21]. The paper is based on the premise that PIF has both an empirical, descriptive side, describing how physicians grow into and perform their role; and also a distinctively normative, prescriptive side raising claims which role medical professionals should grow into and how they *should* perform it. This paper seeks to deepen the normative dimension and to ground it in a defined ethics.

Existing normative sources in bioethics often ground medical professionalism and ethos in the four principles of biomedical ethics [22]: autonomy, beneficence, non-maleficence and justice. Despite attempts to include care for climate and environment [23], principlism with its emphasis on personal autonomy has been criticized for its overly individualized perspective [24].

Gils-Schmidt and Salloch recently developed a new approach and conceptually grounded physician ethos in Korsgaard’s neo-Kantian moral framework, showing how the moral duty to protect the climate can and should follow from a physician’s identity of being a healthcare professional [25]. While their paper provides a strong ethical justification for expanding professional responsibilities to include care for the climate, there is altogether very little theory-based work on the normative foundation of such a more comprehensive understanding. By developing an “ethos in connection”¹, this paper aims to help filling this gap.

As the paper will show, insights inspired by Iris Marion Young’s philosophical work will help to discharge potential tensions between the individual and the social/environmental level [26], [27], [28]. I will argue that it is conceptually false to conceive the individual versus the societal and/or environmental levels as conflicting poles, because they are so deeply interconnected, best captured in a bio-psycho-socio-planetary model of health. Instead of confrontation, integration is the goal. I will assert that the climate and environmental crises are not the decisive driving forces for the need of an “ethos in connection”, as it was necessary long before climate and environment became issues of highest priority in health. But the highly unequal health impact of the multi-layered climate and

environmental crises increases the urgency to incorporate these obligations into the PIF of today.

2. Health and responsibility as core elements of an “ethos in connection”

It is undisputed that physicians are responsible for their patients' health and wellbeing. For centuries this has been the defining normative core of physicians' professional identity. The WMA Declaration of Geneva says: “The health and well-being of my patient will be my first consideration” [20], and the above cited ICoME states: “The primary duty of the physician is to promote the health and well-being of individual patients by providing competent, timely, and compassionate care in accordance with good medical practice and professionalism” [19]. From a normative point of view the interest lies in the words *health* and *responsibility*. The definition and understanding of these words provide the decisive core of the normative foundation for a contemporary PIF. We will first turn to health.

2.1. Health

Defining and understanding *health* has a long tradition in empirical and normative scholarship [29], [30]. This paper supports a bio-psycho-social model of health [31], [32], [33] while acknowledging that it is not universally shared. Many implicitly or explicitly teach and practice the biomedical model of health, focusing on biological processes in individual human beings [34]. I nevertheless adhere to the more comprehensive bio-psycho-social model, adding, as I will explain below, a planetary dimension, resulting in a bio-psycho-socio-planetary model of health.

For decades, vast amounts of empirical data show the effect not only of biological and psychological but also social determinants on health and disease [35]. The unequal distribution of these health determinants leads to a social gradient in health for almost all diseases: socio-economic positions correlate with mortality and morbidity [36]. Structural racism and stigmatization within health care systems further drive health inequalities [37], [38]. These findings have motivated a large body of literature on health justice and have shaped the understanding of health and disease as being inextricably connected with its social conditions [30], [39], [40], [41], [42].

While social determinants are mostly understood to include environmental aspects [43], I want to explicitly emphasize the planetary environment. Health as connected to its planetary environment has been captured for millennia in Indigenous knowledges and scholarship and in more recent approaches such as one health, eco health and planetary health [44]. A dynamic debate is ongoing whether such integrative approaches are distinct, how they relate to social determinants of health, and what is

meant by “planetary” [45], [46], [47]. Without wanting to get into too detailed discussions about terms and boundaries, I focus on what can be learned from these approaches. All of them confirm the interconnectedness and interdependency of human health and disease with the physical and planetary environment. By adding the word *planetary* to the bio-psycho-social model, I seek to explicitly incorporate the non-human environment, consisting of e.g. the climate, air, vectors, animals, plants, fungi and water.

An illustrative example for the planetary interconnectedness of health is antimicrobial resistance (AMR). Prescription and use of antibiotics for humans and animals in health care and livestock husbandry, as well as its high levels in wastewater, are directly related to the reduction of antibiotic effectiveness, which is becoming a significant problem for medicine today and in the future [48].

Interrelations between health and anthropogenic climate change are also well established. Climate change negatively affects human health for example through unequally distributed effects of heat, vector-related diseases, mental health burdens, famines or displacement, while the health care sector itself significantly contributes to climate-harming emissions [49].

It follows that any comprehensive understanding of human health can never be disconnected from its social and planetary determinants.

2.2. Responsibility

The understanding of *responsibility* that underpins the “ethos in connection” developed in this paper is based on work by the philosopher Iris M. Young. As we have seen above, many academic contributions demand teaching of social responsibility in the education of medical students [50], [51] so far without recurring to Young's work. Instead, Young's work has already been fruitfully applied to the domain of population-based and global health [52], [53], [54]. Furthermore, Young's work has been used to convincingly ground an individual ethos concerning global structural injustices [28], [55]. While Young's work addresses all individuals, three elements are particularly relevant for the professional medical ethos in my opinion:

1. Social connection model [26]
2. Distribution of responsibility [26]
3. Relational egalitarianism [27]

Since they are still new to the field of medical ethics and PIF, they will be broadly summarized. Section 3 will adapt and apply them to medical ethos and PIF.

1. *Social connection model*: In her social connection model, Young analyses how agents should think about responsibility in relation to structural injustices [26]. She affirms that in relation to complex structural injustices, a linear connection of responsibility cannot be traced from one individual to the harm that is being done to another individual and that in this way harm to others is often unintended. The model she develops

shows how all those who “contribute by their actions to structural processes with some unjust outcomes share responsibility for the injustice” ([26], p. 96). The responsibility is not backward-looking, but forward-looking: it is not about assigning blame, but rather as determining that an individual should join others to transform structural processes to make outcomes less unjust. Young writes that “our responsibility derives from belonging together with others in a system of interdependent processes [...]. Responsibility in relation to injustice thus derives not from living under a common constitution, but rather from participating in the diverse institutional processes that produce structural injustice.” ([26], p. 105). In her much-cited paper on responsibility for addressing the harms occurring in the context of the global apparel industry and the social movement seeking changes in its exploitative working conditions, Young substantiates her model of responsibility and shows that it is not about individual culpability but about taking forward-looking, shared political responsibility for addressing and overcoming harms done within structures and processes [56].

2. *Distribution of responsibility*: According to Young, all agents that, in one way or another, are “socially connected” to the structural injustices share responsibility for remedying them. It is “up to the agents who have responsibility to decide what to do to discharge it within the limits of other moral considerations.” ([26], p.143). Agents have a right and a responsibility to criticize others with whom they share responsibility for not taking enough action, taking ineffective or counterproductive action. To provide some guidance on how to reason about taking action, Young develops four parameters of reasoning. She suggests that individuals should think about their position of power: individuals should focus on those harms where they have greater capacity to influence structural processes, such as institutions, social norms and practices. Privilege is the second parameter to think about: persons with greater privilege have greater responsibility to take action. Interest is the third: responsibility derives from a shared interest in reducing harm. Lastly, agents should think about their collective ability, as “some agents are in positions where they can draw on the resources of already organized entities and use them in new ways for trying to promote change” ([26], p.147).
3. *Relational egalitarianism*: Justice, in general, can be defined in distributive terms (e.g. who gets what and how much?) and in relational terms (e.g. how do people relate to one another?). At the core of Young’s work is the conviction that injustices should be defined primarily in terms of relations: instances of oppression and discrimination need to be identified and remedied [27]. She is hence a proponent of relational egalitarianism, a theory which has proven to be fruitful in discussions of health justice, public health and individual responsibility for health [57], [58], [59],

[60], but not yet in relation to medical professionalism. For the following section we will keep in mind that justice should be conceived of as relational and that power differences and the processes of oppression and discrimination matter in relations.

3. The “ethos in connection” as a theoretical foundation for Professional Identity Formation

The elements described in section 2 will now be combined to develop what I call an “ethos in connection” as a normative foundation for PIF.

Young centers her work around structural injustices for which responsibility should be taken. We will now focus on health and health injustices, for which responsibility should be taken. While Young’s theory addresses every moral agent and any collective, her work can be adapted to focus on medical professionals as individuals and as a collective.

Young’s work on social connections and structural injustices affirms that the individual cannot be considered as isolated or disconnected from their surroundings. Just as Young resists separating the individual and the structural, seeing them as connected, so the connections between individual bio-psychological and broader socio-planetary dimensions should be affirmed in the medical field. As we have seen in section 2.1., all dimensions of health are inextricably interconnected. This, then, should be the core responsibility for the medical profession: *when caring for someone’s health, it means caring for someone’s bio-psycho-socio-planetary health*. For example, a practical intervention on the individual level, such as prescribing an antibiotic or using a climate-damaging drug, needs to be considered including its contribution to AMR or its climate impact.

Young’s work explains that for many harms no single individual can be blamed. In our case, we can apply this, for example, to the negative health impact of climate change, to poverty-related health inequalities or to structural racism in health care. Young’s model of responsibility demonstrates that individual physicians cannot be blamed in linear connection, and yet some form of professional responsibility exists. By assigning responsibility in a forward-looking way, it is often neither possible nor necessary to identify any malevolent intent to cause harm. Hence, the knowledge about the inextricable bio-psycho-socio-planetary connections oblige all medical professionals in their PIF to take responsibility accordingly.

To clarify physician responsibility, PIF can make use of Young’s four parameters of reasoning. Medical professionals are connected in their collective *interest* in health. They are a highly respected group with the *privilege* of access to expert knowledge and with epistemic and social authority to process, use and distribute it as well as significant *power* to influence even political decision-making.

Through professional associations on regional, national and international levels they have strong *collective abilities*. This establishes and emphasizes their responsibility to care for health and to take action against health harms, including unequally harmful biological, psychological, social and planetary determinants of health. It is thus a matter of their professional responsibility, and not of private political convictions, to proactively address any processes that impact and potentially harm health, including e.g. poverty, climate change or racism.

Such acts must not and should not be seen to be in tension with responsibilities to support the health of individual patients but as ultimately strengthening it. While caring for the individual patient, all actions that can be *reasonably* performed to improve health and minimize harm, should be performed. How far these reasonable actions should go depends on the situational context. It is a matter of further discussion and will partly be addressed below. At least it should be clear that responsibility for health cannot be conceptualized on an isolated individualized level.

Young argues that justice should primarily be concerned with relations, in particular the quality of interactions among humans and more specifically with reducing oppression and discrimination. The principle of justice figures prominently in teaching medical ethics and the formation of a medical ethos, but it is usually conceptualized as distributive justice. Expanding the understanding of justice beyond the distributive dimension to include, even prioritize its relational dimension, emphasizes the imperative to address oppressive and discriminatory relations in the medical context, particularly in the patient-physician relationship [61]. Young provides inspiring ideas on participation and inclusion that can provide a theoretical foundation for already existing activities in medical practice and education [62], [63]. Again, assigning responsibility is not about blaming individuals for harmful behaviour but rather about understanding that domination and oppression are structural and should be countered by all who are connected to it. This means that in their PIF every medical professional has an obligation to learn about structural oppression and to think about how to take action against it, either in the individual patient encounter or on the level of teaching, research or as agents of professional associations.

Taken together, the bio-psycho-socio-planetary model of health and Young's theory of responsibility help to establish an "ethos in connection" that can, and, as argued above, should form the normative foundation guiding PIF of today.

4. Discussing an "ethos in connection"

Is a physician's "ethos in connection" different from a public health professional's? The comprehensive conceptualization of health and responsibility and the overall interest in advancing health seems similar for both professions.

But the professions occupy distinct positions within the domains of health and health care and as such have different powers, privileges and collective abilities resulting in distinct role-related specific responsibilities and actions.

The first principle of established medical codes shall not be questioned here, that is, that physicians are responsible for the health and wellbeing of their patients. On the contrary, this imperative shall be strengthened by including some form of responsibility for all relevant dimensions. Medicine and public health differ in the content of teaching and in ways of expressing their ethos through decisions and actions. Medical professionals need to learn about all dimensions of health and treatment, including the social and planetary dimensions, but undoubtedly also including the individual, even microscopical dimensions, pathophysiology or pharmacology. The latter are contents that public health students do not necessarily have to learn in such detail. For a medical professional it is also of central importance to learn how to build a professional relationship with the individual patient. Not everyone who designs public health interventions must be taught in building relations with individual patients.

In light of this, one may wonder: if the person standing in relation to the medical professional is the primary unit of concern, doesn't the "ethos in connection" then collapse into a theoretical concept without much impact on practical implications? On the contrary. The "ethos in connection" has significant practical implications for teaching and practicing medicine.

Imagine a person coming into a medical practice with elevated blood pressure. After medical history taking, it is clear that climate effects and experiences of poverty, discrimination and violence are co-causing the blood pressure to rise. While the physician can prescribe a drug to reduce the blood pressure, they cannot *directly* change the circumstances of climate change, poverty and violence the patient is exposed to. Some may think that physicians do not have and should not have any responsibility for the broader issues and the background of a person's health. Instead, it should be public health officials or political work.

According to the concept of the "ethos in connection" this view should be considered as overly narrow and misguided, even harmful. It repeats the false dichotomy that pits the individual against the socio-planetary. To comprehensively understand the individual pathophysiology and treatment of a disease means to be aware of the complex interconnections of the bio-psycho-socio-planetary dimensions. Even if climate change or poverty cannot be immediately changed, taking responsibility includes professional obligations to learn about health comprehensively, to research and to teach it. The data about the effect of social and planetary determinants on health should be known, just like the individual effects of genetic determinants on health; and medical curricula and conferences should feature these topics. This can lead to a better understanding of the patient's individual situation, a

better acknowledgment of the limits of a biomedical approach [64], [65] and to constructive thinking about potential collective activities as a profession.

Power, privilege and collective ability of medical professionals increase the responsibility to become active within respected professional associations collectively, as agents and advocates, and to address harms to health due to socio-planetary determinants, such as climate change, poverty and racism. Medical professionals should also find out or be taught how structural oppression and discrimination within the medical system can influence their own conscious and unconscious biases and behaviours and what can be done to manage them better in their professional relations with patients.

Some might still object to the proposed “ethos in connection” arguing that it should not be the individual physician’s responsibility to decide e.g. whether to withhold a climate-harming drug from a patient to protect public and global health. This paper does not claim that such decisions should always and only be made by individual physicians. Its main argument is compatible with views that such decisions should be made responsibly and collectively on a higher level. However, if this objection is made, this, again, might fall into the trap of polarized thinking. The “ethos in connection” means that medical professionals should always seek to understand themselves as responsible agents within structures, and seek to understand and where possible address, all determinants of their patient’s health. This extends to obligations that bind the profession to act collectively if risks and harms are detected. It can also involve prescribing the drug or performing the intervention for the sake of the individual patient, but not without further thinking. This is well-captured, for example, in the concept of antibiotic stewardship, which calls for physicians to use antibiotics rationally and responsibly, in full knowledge of the potentially harmful consequences [66]. Responsibility can and should also be addressed by working through professional associations and beyond, to press for collective and political action.

Grounding professional identity and its development in an “ethos in connection” helps to open spaces for thinking about, teaching and practicing medicine in a constructive and health-centered way, instead of constructing barriers to improving health because “broader” aspects are wrongly perceived not to be within the scope of medical professionals.

5. Conclusion

This paper proposes that a bio-psycho-socio-planetary model of health and the work of Iris M. Young can strengthen the normative side of professional identity formation in medicine. The aim is to further encourage ethics and ethos-building for physician responsibility to include attention to social and planetary determinants of health.

This paper cannot offer more than a first sketch and opens many avenues for future work, such as a more systematic description of the connection between the individual and their environment; a deeper analysis of public health ethics in contrast or in congruence with medical ethics; more work on concrete action in challenging test cases; details on how to teach this ethos; and analyses as to whether this approach can be integrated into principlism or whether it must stand as an alternative account.

Climate change and its unequal impact on health should be considered in PIF, but it is not decisive in conceptualizing the “ethos in connection”. As mentioned, a broader understanding of physician responsibility has been discussed for many years, also without connection to climate change. Nonetheless, given the scale of the threat to human health and health equity from anthropogenic climate change, there is a need to act now. This increases the urgency to think about contemporary medical ethos and professionalism. And yet, the urgency should not lead to a myopic or sole focus on climate and environmental crises. This paper argues in a broader and more foundational sense.

Concerning this, much is already under way within the medical profession. It is increasingly argued for the need to understand and acknowledge dimensions of professional responsibility that situate the presenting patient within their broader social and environmental context. This paper seeks to provide normative support for integrating professional obligations to incorporate the bio-psycho-socio-planetary dimensions of health. No physician and no teacher at a medical faculty should have to defend themselves for doing this, nor should there be a basis for criticizing them for doing so. On the contrary, it would be the core of their professional duties to act in responsibility for health.

Acknowledgements

Many thanks to Jan-Christoph Heilinger, Julian Sheather, Cristian Timmermann, Katharina Wabnitz, Alistair Wardrope for reading versions of this article and for helpful comments, and to Michael Köberle, Fabian Linder, and Isabel Fernandez Mayor for editorial support. Many thanks to Ryoa Chung, James Dwyer, Lisa Eckenwiler, Carina Fouria, Agomoni Ganguli Mitra, Jan-Christoph Heilinger for years of reading and discussing the work of Iris M. Young and discussing this work in relation to health.

Note

¹ By adding “in connection” I am not intending to develop a specialized ethos, applicable only for some. Ultimately, I argue that the medical ethos should always be understood in this way and therefore should not require any further addition.

Funding

This work is partially supported by a Seed Funding Grant on “Environmental Health Ethics and Justice” from the University of Augsburg.

Author's ORCID

Verina Wild: [0000-0003-3012-7662]

Competing interests

The author declares that she has no competing interests.

References

- Maani N, Galea S. The role of physicians in addressing social determinants of health. *JAMA*. 2020;323(16):1551-1552. DOI: 10.1001/jama.2020.1637
- Alexander S. The origins of Physicians for Social Responsibility (PSR) and International Physicians for the Prevention of Nuclear War (IPPNW). *Soc Med*. 2013;7(3):120-126.
- Hussain S. Defining health and the physician's social responsibility. *Can J Public Health*. 2003;94(5):361. DOI: 10.1007/BF03403562
- Bright CM. Commentary: What Role Should Physician Organizations Play in Addressing Social Justice Issues?. *Acad Med*. 2012;87(6):684-686. DOI: 10.1097/ACM.0b013e318253b29b
- Lázaro P, Azcona B. Clinical practice, ethics and economics: the physician at the crossroads. *Health Policy*. 1996;37(3):185-198. DOI: 10.1016/S0168-8510(96)90024-x
- Pottie K, Hostland S. Health advocacy for refugees: Medical student primer for competence in cultural matters and global health. *Can Fam Physician*. 2007;53(11):1923-1926.
- Wear D, Kuczewski MG. The professionalism movement: can we pause? *Am J Bioeth*. 2004;4(2):1-10. DOI: 10.1162/152651604323097600
- Sheather J. Redefining medical ethics for the planet. *BMJ*. 2024;387:q1965. DOI: 10.1136/bmj.q1965
- Campos L, Barreto JV, Bassetti S, Bivol M, Burbridge A, Castellino P, Correia JA, Durusu-Tanrıöver M, Fierbinteanu-Braticevici C, Hanslik T, Heleniak Z, Hojs R, Lazebnic L, Mylona M, Raspe M, Melo JQ, Pietrantonio F, Gans R, Pálsson R, Montano N, Gómez-Huelgas R, Dicker D. Physicians' responsibility toward environmental degradation and climate change: A position paper of the European Federation of Internal Medicine. *Eur J Intern Med*. 2022;104:55-58. DOI: 10.1016/j.ejim.2022.08.001
- Blashki G, Butler CD, Brown S. Climate change and human health-What can GPs do? *Aust Fam Physician*. 2006;35(11):909-911.
- Wortzel JR, Guerrero APS, Aggarwal R, Coverdale J, Brenner AM. Climate Change and the Professional Obligation to Socialize Physicians and Trainees into an Environmentally Sustainable Medical Culture. *Acad Psychiatry*. 2022;46(5):556-561. DOI: 10.1007/s40596-022-01688-z
- Wabnitz KJ, Gabrysch S, Guinto R, Haines A, Herrmann M, Howard C, Potter T, Prescott SL, Redvers N. A pledge for planetary health to unite health professionals in the Anthropocene. *Lancet*. 2020;396(10261):1471-1473. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)32039-0
- Wabnitz K, Wild V. Ärztliches Ethos im Anthropozän: Einführende Überlegungen. In: Nikendei C, Bugaj TJ, Cranz A, Herrmann A, Tabatabai J, Nikendei F, editors. *Heidelberger Standards der Klimamedizin*. Heidelberg: HeiCuMed; 2023. p.191-198.
- Williamson, L. *The Global Voice of Nursing: A History of the International Council of Nurses from 1899 to 2022*. Geneva: International Council of Nurses; 2023.
- Wiesing U. Climate change and the different roles of physicians: a critical response to "A Planetary Health Pledge for Health Professionals in the Anthropocene". *Med Health Care Philos*. 2022;25(1):161-164. DOI: 10.1007/s11019-021-10051-2
- Huddle TS. The limits of social justice as an aspect of medical professionalism. *J Med Philos*. 2013;38(4):369-387. DOI: 10.1093/jmp/jht024
- Bayer R, Fairchild AL. The Genesis of Public Health Ethics. *Bioethics*. 2004;18(6):473-492. DOI: 10.1111/j.1467-8519.2004.00412.x
- Wild V, Wabnitz K. Ärztliches Handeln in Zeiten der Klima- und Umweltkrisen Anpassung des Internationalen Medizinethikkodex (ICoME) des Weltärztebundes. *Bayer Arztebl*. 2024;4:152-154.
- World Medical Association. WMA International Code of Medical Ethics. Ferney-Voltaire: World Medical Association; 2022. Zugänglich unter/available from: <https://www.wma.net/policies-post/wma-international-code-of-medical-ethics/>
- World Medical Association. WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Participants. Ferney-Voltaire: World Medical Association; 2024. Zugänglich unter/available from: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki/>
- Cruess RL, Cruess SR, Boudreau JD, Snell L, Steinert Y. A Schematic Representation of the Professional Identity Formation and Socialization of Medical Students and Residents: A Guide for Medical Educators. *Acad Med*. 2015;90(6):718. DOI: 10.1097/ACM.0000000000000700
- Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. New York: Oxford University Press; 2019.
- Richie C. *Principles of green bioethics: sustainability in health care*. East Lansing: Michigan State University Press; 2019. DOI: 10.14321/j.ctvhrd1wq
- Wardrope A. Health justice in the Anthropocene: medical ethics and the Land Ethic. *J Med Ethics*. 2020;46(12):791-796. DOI: 10.1136/medethics-2020-106855
- van Gils-Schmidt HJ, Salloch S. Physicians' duty to climate protection as an expression of their professional identity: a defence from Korsgaard's neo-Kantian moral framework. *J Med Ethics*. 2024;50(6):368-374. 2023. DOI: 10.1136/jme-2023-109203
- Young IM. *Responsibility for Justice*. Oxford, New York: Oxford University Press; 2011.
- Young IM. *Justice and the Politics of Difference*. Princeton University Press; 1990.
- Heilinger JC. *Cosmopolitan Responsibility: Global Injustice, Relational Equality, and Individual Agency*. Berlin: De Gruyter; 2019. DOI: 10.1515/9783110612271
- Krahn GL, Robinson A, Murray AJ, Haverkamp SM, Haverkamp S; Nisonger RRTC on Health and Function. It's time to reconsider how we define health: Perspective from disability and chronic condition. *Disabil Health J*. 2021;14(4):101129. DOI: 10.1016/j.dhjo.2021.101129
- Venkatapuram S. *Health justice: an argument from the capabilities approach*. Cambridge, (UK), Malden (MA): Polity; 2011.

31. Syme SL. Rethinking disease: Where do we go from here? *Ann Epidemiol.* 1996;6(5):463-468. DOI: 10.1016/s1047-2797(96)00097-x
32. Borrell-Carrió F, Suchman AL, Epstein RM. The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry. *Ann Fam Med.* 2004;2(6):576.
33. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science.* 1977;196(4286):129-136. DOI: 10.1370/afm.245
34. Bolton D, Gillett PG. The Biopsychosocial Model 40 Years On. In: Bolton D, Gillett PG, editors. *The Biopsychosocial Model of Health and Disease: New Philosophical and Scientific Developments.* Cham (CH): Palgrave Pivot; 2019. DOI: 10.1007/978-3-030-11899-0
35. Marmot M, Wilkinson R. *Social determinants of health.* Oxford: Oxford University Press; 2005. DOI: 10.1093/acprof:oso/9780198565895.001.0001
36. Dahlgren G, Whitehead M. *European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2.* Geneva: WHO Regional Office for Europe; 2006. Zugänglich unter/available from: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/103824/E89384.pdf
37. Marmot M, Naqvi H, Ofori C, Fenton K. Structural racism and the social determinants of health. *BMJ.* 2024;387:q2139. DOI: 10.1136/bmj.q2139
38. Henderson C, Noblett J, Parke H, Clement S, Caffrey A, Gale-Grant O, Schulze B, Druss B, Thornicroft G. Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings. *Lancet Psychiatry.* 2014;1(6):467-482. DOI: 10.1016/S2215-0366(14)00023-6
39. Ruger JP. Health and social justice. *Lancet.* 2004;364(9439):1075-1080. DOI: 10.1016/S0140-6736(04)17064-5
40. Daniels N. *Just Health: Meeting Health Needs Fairly.* Cambridge: Cambridge University Press; 2008. DOI: 10.1017/CB09780511809514
41. Powers M, Faden R. *Social Justice: The Moral Foundations of Public Health and Health Policy.* 2. Aufl. Oxford: Oxford University Press; 2008. DOI: 10.1093/oso/9780195375138.001.0001
42. Voigt K. Smoking and Social Justice. *Public Health Ethics.* 2010;3(2):91-06. DOI: 10.1093/phe/phq006
43. Braveman P, Laura G. The Social Determinants of Health: It's Time to Consider the Causes of the Causes. *Public Health Rep.* 2014;129 Suppl 2(Suppl 2):19-31. DOI: 10.1177/00333549141291S206
44. Timmermann C, Wabnitz K, Wild V. *Ethical Approaches at the Intersection of Climate Change, the Environment and Health.* London: Nuffield Council on Bioethics; 2024.
45. Missoni E. Global health, planetary health, One Health: conceptual and ethical challenges and concerns. *Theor Med Bioeth.* 2024;45(3):241-250. DOI: 10.1007/s11017-024-09670-6
46. de Castañeda RR, Villers J, Faerron Guzmán CA, Eslanloo T, de Paula N, Machalaba C, Zinsstag J, Utzinger J, Flahault A, Bolon I. One Health and Planetary Health Research: Leveraging Differences to Grow Together. *Lancet Planet Health.* 2023;7(2):e109-111. DOI: 10.1016/S2542-5196(23)00002-5
47. Lerner H, Berg C. A Comparison of Three Holistic Approaches to Health: One Health, EcoHealth, and Planetary Health. *Front Vet Sci.* 2017;4:163. DOI: 10.3389/fvets.2017.00163.
48. Littmann J, Viens AM. The Ethical Significance of Antimicrobial Resistance. *Public Health Ethics.* 2015;8(3):209-224. DOI: 10.1093/phe/phv025
49. Traidl-Hoffmann C, Schulz C, Herrmann M, Simon B. *Planetary Health: Klima, Umwelt und Gesundheit im Anthropozän.* Studienausgabe. 1. Studienauflage. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2023.
50. Ambrose AJ, Andaya JM, Yamada S, Maskarinec GG. Social Justice in Medical Education: Strengths and Challenges of a Student-Driven Social Justice Curriculum. *Hawaii J Med Public Health.* 2014;73(8):244.
51. Faulkner LR, McCurdy RL. Teaching Medical Students Social Responsibility: The Right Thing to Do. *Acad Med.* 2000;75(4):346. DOI: 10.1097/00001888-200004000-00010
52. Chung R. Structural health vulnerability: Health inequalities, structural and epistemic injustice. *J Soc Philos.* 2021;52(2):201-216. DOI: 10.1111/josp.12393
53. Eckenwiler L, Wild V. Refugees and others enduring displacement: Structural injustice, health, and ethical placemaking. *J Soc Philos.* 2020;52(2):232-240. DOI: 10.1111/josp.12387
54. Gould CC. Solidarity and the problem of structural injustice in healthcare. *Bioethics.* 2018;32(9):541-552. DOI: 10.1111/bioe.12474
55. Heilinger JC. Individual responsibility and global structural injustice: Toward an ethos of cosmopolitan responsibility. *J Soc Philos.* 2021;52(2):185-200. DOI: 10.1111/josp.12398
56. Young IM. Responsibility and Global Labor Justice. *J Polit Philos.* 2004;12(4):365-388.
57. Voigt K, Wester G. Relational equality and health. *Soc Philos Policy.* 2015;31(2):204-229. DOI: 10.1017/S0265052514000326
58. Anderson E. What is the Point of Equality? *Ethics.* 1999;109(2):287-337.
59. Kelleher JP. Health Inequalities and Relational Egalitarianism. In: Buchbinder M, Rivkin-Fish MR, Walker RL, editors. *Understanding Health Inequalities and Justice: New Conversations across the Disciplines.* Chapel Hill (NC): University of North Carolina Press; 2016.
60. Wardrope A. Relational Autonomy and the Ethics of Health Promotion. *Public Health Ethics.* 2015;8(1):50-62. DOI: 10.1093/phe/phu025
61. Racic M, Roche-Miranda MI, Fatahi G. Twelve tips for implementing and teaching anti-racism curriculum in medical education. *Med Teach.* 2023;45(8):816-821. DOI: 10.1080/0142159X.2023.2206534
62. Verbree AR, Isik U, Janssen J, Dilaver G. Inclusion and diversity within medical education: a focus group study of students' experiences. *BMC Med Educ.* 2023;23(1):61. DOI: 10.1186/s12909-023-04036-3
63. Fitzpatrick S, Barrett D. Disability inclusion in Medical Education: Towards a quality improvement approach. *Med Educ.* 2022;57(1):102-107. DOI: 10.1111/medu.14878
64. Kusnanto H, Agustian D, Hilmanto D. Biopsychosocial Model of Illnesses in Primary Care: A Hermeneutic Literature Review. *J Fam Med Prim Care.* 2018;7(3):497-500. DOI: 10.4103/jfmpc.jfmpc_145_17
65. Andermann A. Taking Action on the Social Determinants of Health in Clinical Practice: A Framework for Health Professionals. *CMAJ.* 2016;188(17-18): E474-E483. DOI: 10.1503/cmaj.160177
66. Zay Ya K, Naing Win PT, Bielicki J, Lambiris M, Fink G. Association Between Antimicrobial Stewardship Programs and Antibiotic Use Globally: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA Network Open.* 2023;6(2): e2253806. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2022.53806

Corresponding author:

Prof. Dr. Verina Wild
University of Augsburg, Medical Faculty, Institute for Ethics
and History of Health in Society (IEHHS), Universitätsstr.
2, D-86159 Augsburg, Germany, Phone: +49
(0)821/598-71007
verina.wild@uni-a.de

Please cite as

Wild V. A bio-psycho-socio-planetary model of health and Iris Marion
Young's concept of responsibility as foundation for a medical ethos
during environmental crises. *GMS J Med Educ.* 2026;43(3):Doc37.
DOI: 10.3205/zma001831, URN: urn:nbn:de:0183-zma0018317

This article is freely available from
<https://doi.org/10.3205/zma001831>

Received: 2024-11-04

Revised: 2025-02-19

Accepted: 2025-04-01

Published: 2026-03-23

Copyright

©2026 Wild. This is an Open Access article distributed under the terms
of the Creative Commons Attribution 4.0 License. See license
information at <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

Ein bio-psycho-sozio-planetares Modell der Gesundheit und Verantwortung nach Iris Marion Young als Grundlagen des medizinischen Ethos in Zeiten von Umweltkrisen

Zusammenfassung

Ziel: Im Oktober 2022 integrierte der Weltärztebund ökologische Nachhaltigkeit, Public Health, globale Gesundheit, Überlegungen zu Ungerechtigkeiten sowie das Wohlergehen zukünftiger Generationen in seinen überarbeiteten *International Code of Medical Ethics*. Damit wurde eine umfassendere ärztliche Verantwortung auch für ökologische und gesellschaftliche Fragen verankert. Theoretische Arbeiten zu einer normativen Grundlage für eine solches Verständnis ärztlicher Verantwortung sind selten. Der Beitrag arbeitet die normative Dimension einer zeitgemäßen *Professional Identity Formation* (PIF) in der Medizin weiter aus. Es wird ein „Ethos der Verbundenheit“ entwickelt, das dazu beiträgt, die Integration von Umwelt- und Gesellschaftsdimensionen in die ärztliche Verantwortung und das ärztliche Ethos zu rechtfertigen.

Methoden: Es wird argumentiert, dass Definition und Verständnis von *Gesundheit* und *Verantwortung* die entscheidenden Elemente der normativen Grundlage für zeitgemäße PIF sind. Dieser Beitrag schlägt ein umfassendes bio-psycho-sozio-planetares Modell von *Gesundheit* vor. Außerdem werden relevante Elemente der philosophischen Arbeiten von Iris Marion Young über *Verantwortung* eingebracht: soziales Verbindungsmodell, Verteilung von Verantwortung und relationaler Egalitarismus.

Ergebnisse: Das bio-psycho-sozio-planetares Modell der Gesundheit und Youngs Theorie der Verantwortung werden miteinander integriert, um ein „Ethos der Verbundenheit“ zu entwickeln, das die normative Grundlage für PIF von heute bildet. Es werden einige Fragen erörtert, z. B. der Unterschied zu einem Ethos im Bereich von Public Health und die sich daraus ergebenden praktischen Auswirkungen.

Zusammenfassung: Es wird argumentiert, dass die Klima- und Umweltkrisen nicht die entscheidenden Triebkräfte für das hier beschriebene „Ethos der Verbundenheit“ sind. Die Notwendigkeit dafür bestand schon lange vorher – bereits bevor diese Krisen zu Themen höchster Priorität wurden. Allerdings erhöhen die Schwere der gesundheitlichen Auswirkungen der vielschichtigen Klima- und Umweltkrisen und die Ungleichheit ihrer Verursachung und Verteilung die Dringlichkeit, PIF von heute weiter zu entwickeln.

Schlüsselwörter: gesundheitliche Ungleichheit, Umwelt, Klima, soziale Determinanten von Gesundheit, Ethik, ärztliches Ethos

Verina Wild¹

1. Universität Augsburg,
Medizinische Fakultät,
Institut für Ethik und
Geschichte der Gesundheit
in der Gesellschaft,
Augsburg, Deutschland

1. Einleitung

Seit vielen Jahren wird argumentiert, dass ärztliches Ethos soziale Verantwortung einschließen sollte, die über die einzelnen Patient*innen hinausgeht, beispielsweise in Bezug auf soziale Determinanten der Gesundheit oder hinsichtlich des wirtschaftlichen Drucks auf die Gesundheitsversorgung [1], [2], [3], [4], [5], [6], [7]. In jüngster Zeit wird angesichts der allgegenwärtigen und ungleichen

gesundheitlichen Folgen der Umwelt- und Klimakrisen verstärkt über die Rolle und Verantwortung von Ärzt*innen diskutiert [8], [9], [10], [11], [12], [13]. Ein im *Lancet* veröffentlichter „*Planetary Health Pledge for Health Professionals in the Anthropocene*“ schlug eine interdisziplinäre Verpflichtung auf der Grundlage der Genfer Deklaration (Declaration of Geneva, DoG) vor und rief die Angehörigen der Gesundheitsberufe, einschließlich Ärzt*innen, dazu auf, sich für planetare Gesundheit und einen transformativen Wandel einzusetzen [12].

Tabelle 1: Vergleich WMA International Code of Medical Ethics, Version 2006, überarbeitete Version 2022

3. Überarbeitung, 2006	4. Überarbeitung, 2022
Erwähnung von: „Patient*innen und ihre Gemeinschaft“, „Achtung des menschlichen Lebens“, „Achtung der Menschenwürde“ Keine Erwähnung von: „Bevölkerungen“, „Gesellschaft“, „zukünftige Generationen“, „fair“, „gerecht“, „Voreingenommenheit“, „Ungleichheiten“, „Determinanten“, „ökologisch nachhaltig“, „umweltbedingte Gesundheitsrisiken“, „Public Health“ und „globale Gesundheit“	[...] Ärzt*innen tragen auch Verantwortung für die Gesundheit und das Wohlergehen der Menschen, denen sie dienen, und der Gesellschaft als Ganzes, einschließlich zukünftiger Generationen. [...] Ärzt*innen sollen die Medizin fair und gerecht ausüben und die Behandlung auf der Grundlage der gesundheitlichen Bedürfnisse der Patient*innen ohne Voreingenommenheit oder diskriminierendes Verhalten durchführen [...] Ärzt*innen sollen sich für eine faire und gerechte Bereitstellung der Gesundheitsversorgung einsetzen. Dazu gehört, dass sie sich mit Ungleichheiten in der Gesundheit und der Versorgung, mit den Determinanten, die diese Ungleichheiten bedingen, sowie mit Verletzungen der Rechte von Patient*innen und Angehörigen der Gesundheitsberufe befassen. [...] Ärzt*innen sollen sich bemühen, die Medizin in einer Weise auszuüben, die ökologisch nachhaltig ist, um die umweltbedingten Gesundheitsrisiken für heutige und zukünftige Generationen zu minimieren. [...] Ärzt*innen sollen ihr medizinisches Wissen und ihre Erfahrung zum Nutzen der Patient*innen und zur Förderung der Gesundheitsversorgung sowie der Public Health und globalen Gesundheit teilen.

Während die Pflegeberufe seit Jahrzehnten ihre ökologische und soziale Verantwortung deutlich machen [14], stehen einige Autor*innen einer Ausweitung der ärztlichen Verantwortung über einzelne Patient*innen hinaus bisweilen kritisch oder sogar ablehnend gegenüber. In einem medizinethischen Beitrag wurde hinsichtlich des Planetary Health Pledge kritisch argumentiert, dass es „gefährlich“ sei, das in der DoG festgelegte Berufsethos zu ändern. Stattdessen solle die Konzentration auf die einzelnen Patient*innen die zentrale berufliche Verantwortung bleiben, denn Änderungen seien „für die Arzt-Patienten-Beziehung und das Vertrauen in die Medizin entscheidend“ (Übersetzung der Autorin) [15].

Mit Blick auf eine mögliche ärztliche soziale Verantwortung, und den Einbezug dieser Dimension in die medizinische Ausbildung und in die Professionelle Identitätsbildung (Professional Identity Formation, PIF) wurde behauptet, dass es ein Kategorienfehler sei, die soziale Gerechtigkeit zu einem expliziten beruflichen Gebot zu machen. Es gehe weit über die Möglichkeiten der medizinischen Ausbildung hinaus, die Tugend der sozialen Gerechtigkeit hervorzubringen. „Jeder Versuch, dies zu tun, wird mit Sicherheit scheitern“ [16].

Auf den ersten Blick entspricht diese Trennung zwischen individueller und sozialer Verantwortung der konzeptionellen Unterscheidung zwischen einer patientenorientierten biomedizinischen Ethik, die sich auf das *Individuum* konzentriert, und einer Public-Health-Ethik, die sich auf die *Bevölkerungsebene* konzentriert [17].

Gleichwohl hat der Internationale Kodex für Medizinethik (ICoME) der WMA im Jahr 2022 ökologische Nachhaltigkeit, Public Health, globale Gesundheit, die Berücksichtigung von Ungleichheiten sowie das Wohlergehen künftiger

Generationen in seinen überarbeiteten Kodex und somit den ärztlichen Verantwortungsbereich aufgenommen (siehe Tabelle 1 und [18], [19]). Auch die aktualisierte Deklaration von Helsinki, ein wichtiger Ethikkodex für die biomedizinische Forschung, enthält nun einen Passus über die Forderung nach ökologischer Nachhaltigkeit und erwähnt auch die Notwendigkeit, strukturelle Ungleichheiten zu berücksichtigen [20].

Diese Entwicklungen bilden den Ausgangspunkt für vorliegenden Beitrag. Als Teil der Sonderausgabe möchte er zu aktuellen Entwicklungen hinsichtlich PIF beitragen. PIF in der Medizin erfasst, wie Ärzt*innen in ihrer individuellen, relationalen und kollektiven beruflichen Identität denken, handeln und fühlen und sich entwickeln [21]. Der Beitrag geht dabei davon aus, dass PIF sowohl eine empirisch-deskriptive Seite hat, die beschreibt, wie Ärzt*innen in ihre Rolle hineinwachsen und sie ausüben, als auch eine dezidiert normativ-präskriptive Seite, die argumentiert, in welche Rolle medizinisch Tätige hineinwachsen *sollten* und wie sie diese ausüben *sollten*. Der Beitrag versucht, die normative Dimension zu festigen und in einer definierten Ethik zu verankern.

Bestehende normative Quellen in der Bioethik stützen sich häufig auf die vier Prinzipien der biomedizinischen Ethik [22]: Autonomie, Wohltun, Nicht-Schaden und Gerechtigkeit. Es wurde bereits versucht, den Klima- und Umweltschutz mit in die sogenannte Prinzipienethik einzubeziehen [23]. Grundsätzlich aber wird die Prinzipienethik wegen ihrer allzu individualisierten und Autonomie-fokussierten Perspektive kritisiert, was einen Einbezug relationaler, sozialer und ökologischer Dimensionen erschwert [24].

Gils-Schmidt und Salloch entwickeln einen neuen Ansatz, der das ärztliche Ethos konzeptionell in Korsgaards neokantianischem Moralrahmen verankert. Es wird gezeigt, dass die moralische Verpflichtung zum Klimaschutz aus der Identität der Ärzt*innen als Angehörige eines Gesundheitsberufs folgen kann und sollte [25]. Während ihr Beitrag eine starke ethische Rechtfertigung für die Ausweitung der beruflichen Verantwortung auf den Klimaschutz liefert, gibt es insgesamt nur wenige theoriegestützte Arbeiten über die normative Grundlage einer solchen umfassenderen Auslegung. Durch die Entwicklung eines „Ethos der Verbundenheit“¹ soll im Folgenden dazu beigetragen werden, diese Lücke zu schließen.

In diesem Beitrag wird Iris Marion Youngs philosophisches Werk herangezogen, um mögliche Spannungen zwischen der individuellen und der sozialen/ökologischen Ebene zu entschärfen [26], [27], [28]. Ich werde diesbezüglich argumentieren, dass es konzeptionell falsch ist, die individuelle Ebene versus die gesellschaftliche bzw. umweltbezogene Ebene als gegensätzliche Pole aufzufassen. Sie sind so tief miteinander verbunden, dass sie am besten in einem bio-psycho-sozio-planetaren Modell der Gesundheit erfasst werden können. Anstelle von Konfrontation ist Integration das Ziel. Es wird argumentiert, dass die Klima- und Umweltkrisen nicht die entscheidenden Triebkräfte für das hier beschriebene „Ethos der Verbundenheit“ sind. Die Notwendigkeit dafür bestand schon lange vorher – bereits bevor diese Krisen zu Themen höchster Priorität wurden. Allerdings erhöhen die Schwere der gesundheitlichen Auswirkungen der vielschichtigen Klima- und Umweltkrisen und die Ungleichheit ihrer Verursachung und Verteilung die Dringlichkeit, PIF von heute weiter zu entwickeln.

2. Gesundheit und Verantwortung als Kernelemente eines „Ethos der Verbundenheit“

Es ist unbestritten, dass Ärzt*innen für die *Gesundheit* und das Wohlergehen ihrer Patient*innen *verantwortlich* sind. Seit Jahrhunderten ist dies der bestimmende normative Kern der ärztlichen Berufsidentität. Im Genfer Gelöbnis heißt es: „Die Gesundheit und das Wohlergehen meiner Patientin oder meines Patienten werden mein oberstes Anliegen sein“ [20], und im oben zitierten ICoME heißt es: „Es ist die primäre ärztliche Pflicht, die Gesundheit und das Wohlbefinden der einzelnen Patient*innen zu fördern, indem eine kompetente, zeitnahe und mitfühlende Versorgung in Übereinstimmung mit guter medizinischer Praxis und Professionalität geleistet wird“ (Übersetzung der Autorin) [19].

Aus normativer Sicht sind die Begriffe *Gesundheit* und *Verantwortung* hier besonders interessant. Die Definition und das Verständnis dieser Begriffe bilden den entscheidenden Kern der normativen Grundlage für ein zeitgemäßes PIF. Wenden wir uns zunächst der *Gesundheit* zu.

2.1. Gesundheit

Die Definition und das Verständnis von *Gesundheit* haben in der empirischen und normativen Wissenschaft eine lange Tradition [29], [30]. Dieser Beitrag unterstützt ein bio-psycho-soziales Modell der Gesundheit [31], [32], [33], erkennt aber auch an, dass es nicht allgemein geteilt wird. Viele lehren und praktizieren implizit oder explizit das biomedizinische Modell der Gesundheit, das sich auf biologische Prozesse im einzelnen Menschen konzentriert [34]. Im Folgenden füge ich dem von mir bevorzugten bio-psycho-sozialen Modell eine planetare Dimension hinzu, was in einem bio-psycho-sozio-planetaren Modell der Gesundheit resultiert.

Seit Jahrzehnten zeigen umfangreiche empirische Daten, dass nicht nur biologische und psychologische, sondern auch soziale Determinanten Gesundheit und Krankheit beeinflussen [35]. Ihre ungleiche Verteilung führt bei fast allen Krankheiten zu einem sozialen Gradienten: Die jeweilige sozioökonomische Position korreliert mit Mortalität und Morbidität [36]. Struktureller Rassismus und Stigmatisierung in der Gesundheitsversorgung verstärken die gesundheitlichen Ungleichheiten [37], [38]. Eine stetig anwachsende Fachliteratur über Gesundheitsgerechtigkeit vertieft das normative Verständnis für die untrennbare, aber komplexe Verbindung von Gesundheit und Krankheit mit ihren sozialen Bedingungen [30], [39], [40], [41], [42].

Während unter sozialen Determinanten meist auch Umwelaspekte gefasst werden [43], möchte ich hier die planetare Umwelt explizit sichtbar machen. Indigenes Wissen versteht seit Jahrtausenden die Gesundheit in Verbindung mit ihrer planetaren Umwelt; neuere Ansätze wie One Health, Eco Health und Planetary Health greifen diesen Gedanken auf [44]. Aktuell ist eine dynamische Debatte im Gange, die verhandelt, wie solche integrativen Ansätze definiert werden sollten, wie sie sich zu den sozialen Determinanten der Gesundheit verhalten und was mit „planetar“ gemeint ist [45], [46], [47]. Ohne weitere detaillierte Diskussion über diese Begriffe und Abgrenzungen konzentriere ich mich hier darauf, was man insgesamt aus diesen Ansätzen lernen kann. Grundsätzlich bestätigen diese Ansätze die Verflechtung und gegenseitige Abhängigkeit von menschlicher Gesundheit und Krankheit mit der physischen bzw. planetaren Umwelt. Indem ich dem bio-psycho-sozialen Modell das Wort „planetar“ hinzufüge, versuche ich also, ausdrücklich die nicht-menschliche Umwelt einzubeziehen, die etwa aus Klima, Luft, Vektoren, Tieren, Pflanzen, Pilzen oder Wasser besteht.

Ein anschauliches Beispiel für die planetare Verflechtung der Gesundheit ist die Antimikrobielle Resistenz (AMR). Die Verschreibung und Verwendung von Antibiotika für Menschen und Tiere in der Medizin und in der Viehzucht sowie die hohen Konzentrationen in Abwässern stehen im Zusammenhang mit der Verringerung der Wirksamkeit von Antibiotika, was heute und in Zukunft zu einem erheblichen Problem für die Medizin wird [48].

Die Wechselbeziehungen zwischen Gesundheit und anthropogenem Klimawandel sind ebenfalls gut belegt. Der Klimawandel wirkt sich negativ auf die menschliche Gesundheit aus – beispielsweise durch ungleich verteilte Auswirkungen von Hitze, vektorübertragene Krankheiten, psychische Belastungen oder Hungersnöte –, während der Gesundheitssektor selbst in erheblichem Maße zu klimaschädlichen Emissionen beiträgt [49].

Daraus folgt, dass ein umfassendes Verständnis der menschlichen Gesundheit niemals losgelöst von ihren sozialen und planetaren Determinanten betrachtet werden kann.

2.2. Verantwortung

Das Verständnis von *Verantwortung*, welches dem in diesem Beitrag entwickelten „Ethos der Verbundenheit“ zugrunde liegt, basiert auf Arbeiten der Philosophin Iris M. Young. Wie bereits erwähnt, wird in vielen wissenschaftlichen Beiträgen – bislang ohne Bezug zu Youngs Arbeiten – die Vermittlung sozialer Verantwortung in der Ausbildung von Medizinstudierenden gefordert [50], [51]. Youngs Arbeit wurde jedoch bereits erfolgreich auf den Bereich der bevölkerungsbezogenen und globalen Gesundheit angewandt [52], [53], [54]. Darüber hinaus wurde Youngs Arbeit genutzt, um ein individuelles Ethos in Bezug auf globale strukturelle Ungerechtigkeiten überzeugend zu begründen [28], [55].

Obwohl sich Youngs Arbeit an alle Individuen richtet, sind drei Elemente meines Erachtens besonders relevant für das ärztliche Berufsethos:

1. Soziales Verbindungsmodell [26]
2. Verteilung der Verantwortung [26]
3. Relationaler Egalitarismus [27]

Da diese Elemente für das Gebiet der medizinischen Ethik und der PIF noch neu sind, werden sie im Folgenden kurz allgemein zusammengefasst. Im darauffolgenden Abschnitt werden sie auf das ärztliche Ethos und PIF angewandt.

1. *Soziales Verbindungsmodell*: In ihrem sozialen Verbindungsmodell (*social connection model*) analysiert Young die Verantwortung von Akteuren in Bezug auf strukturelle Ungerechtigkeiten [26]. Sie arbeitet heraus, dass bei strukturellen Ungerechtigkeiten oft keine lineare Verbindung zwischen den Handlungen eines Individuums und Schaden für ein anderes Individuum besteht. Daher sei der Schaden für andere oft unbeabsichtigt. Das von ihr entwickelte Modell zeigt jedoch auch ohne diese lineare Verbindung, wie alle, die „durch ihr Handeln zu strukturellen Prozessen mit ungerechten Ergebnissen beitragen, für die Ungerechtigkeit mitverantwortlich sind“ ([26], p.96). Die Verantwortung ist nicht rückwärtsgewandt, sondern vorwärtsgewandt: Es gehe nicht darum, Schuld zuzuweisen, sondern vielmehr darum, dass sich Einzelne anderen anschließen sollten, um strukturelle Prozesse zu verändern, damit die Ergebnisse weniger ungerecht werden. Young schreibt, dass sich „unsere Verantwor-

tung aus der Zugehörigkeit zu einem System von voneinander abhängigen Prozessen ergibt [...]. Die Verantwortung gegenüber der Ungerechtigkeit ergibt sich also nicht aus dem Leben unter einer gemeinsamen Verfassung, sondern aus der Beteiligung an den verschiedenen institutionellen Prozessen, die strukturelle Ungerechtigkeit produzieren.“ (Übersetzung der Autorin) ([26], p.105). In ihrem viel zitierten Aufsatz über die Verantwortung für die Bewältigung der Schäden, die im Zusammenhang mit der globalen Bekleidungsindustrie auftreten und der sozialen Bewegung, die sich für eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen einsetzt, untermauert Young ihr Modell der Verantwortung. Sie zeigt, dass es nicht um individuelle Schuld geht, sondern um die Übernahme einer vorausschauenden, gemeinsamen politischen Verantwortung für die Bewältigung von Schäden, die in Strukturen und Prozessen verursacht werden [56].

2. *Verteilung der Verantwortung*: Young zufolge sind alle Akteure, die mit den strukturellen Ungerechtigkeiten auf die eine oder andere Weise „sozial verbunden“ sind, für deren Beseitigung mitverantwortlich. Es liegt „an denjenigen, die Verantwortung tragen, zu entscheiden, was zu tun ist, um der Verantwortung innerhalb der Grenzen anderer moralischer Erwägungen gerecht zu werden“ ([26], p.143). Die Akteure haben das Recht und die Pflicht, andere, mit denen sie die Verantwortung teilen, dafür zu kritisieren, dass sie nicht genug tun, dass sie unwirksam handeln oder kontraproduktiv agieren. Young entwickelt vier Parameter, anhand derer eine Orientierung zur Einschätzung der eigenen Verantwortung erfolgen kann. Sie schlägt vor, dass Personen über ihre *Machtposition* nachdenken sollten: Jeder sollte sich auf die Schäden konzentrieren, bei denen sie oder er größere Möglichkeiten hat, strukturelle Prozesse wie Institutionen, soziale Normen und Praktiken zu beeinflussen. *Privilegien* sind der zweite Parameter, über den man nachdenken sollte: Personen mit größeren Privilegien hätten eine größere Verantwortung, Maßnahmen zu ergreifen. Der dritte Parameter ist das *Interesse*: Die Verantwortung ergebe sich aus dem gemeinsamen Interesse an der Schadensbegrenzung. Schließlich sollten die Akteure über ihre *kollektiven Fähigkeiten* nachdenken, denn „einige Akteure befinden sich in Positionen, in denen sie auf die Ressourcen bereits organisierter Einheiten zurückgreifen und diese auf neue Weise nutzen können, um Veränderungen zu fördern“ ([26], p.147).
3. *Relationaler Egalitarismus*: Gerechtigkeit kann im Allgemeinen in Form von Verteilungsfragen (Wer bekommt was und wie viel?) und in Form von Beziehungsfragen (Wie verhalten sich die Menschen zueinander?) definiert werden. Im Mittelpunkt von Youngs Arbeit steht die Überzeugung, dass Ungerechtigkeiten in erster Linie über die Beziehungen definiert werden sollten: Fälle von Unterdrückung und Diskriminierung müssen identifiziert und beseitigt werden [27]. Sie ist daher eine Verfechterin des relationalen Egalitaris-

mus, einer Theorie, die sich in Diskussionen über Gesundheitsgerechtigkeit, Public Health und individuelle Verantwortung für die Gesundheit als fruchtbar erwiesen hat [57], [58], [59], [60]. In Bezug auf die medizinische Profession wurde diese Theorie bisher viel zu wenig diskutiert. Auch wenn dies hier nicht umfänglich geleistet werden kann, gehen wir im Folgenden davon aus, dass Gerechtigkeit (auch) relational konzipiert werden sollte und dass Machtunterschiede und die Prozesse der Unterdrückung und Diskriminierung in den Beziehungen eine Rolle spielen.

3. „Ethos der Verbundenheit“ als theoretische Grundlage für die berufliche Identitätsbildung

Die in Abschnitt 2 beschriebenen Elemente werden nun kombiniert, um das zu entwickeln, was ich „Ethos der Verbundenheit“ als normative Grundlage für PIF nenne. Young konzentriert sich in ihrer Arbeit auf strukturelle Ungerechtigkeiten, für die Verantwortung übernommen werden sollte. Wir werden uns nun auf die Gesundheit und gesundheitliche Ungerechtigkeiten konzentrieren, für die Verantwortung übernommen werden sollte. Youngs Theorie richtet sich zwar an jeden moralischen Akteur und jedes Kollektiv, aber ihre Arbeit kann so angepasst werden, dass sie sich auf medizinische Fachkräfte als Individuen und als Kollektiv konzentriert.

Youngs Arbeit über soziale Verbindungen und strukturelle Ungerechtigkeiten bestätigt, dass das Individuum nicht als isoliert oder abgekoppelt von seiner Umgebung betrachtet werden kann. So wie Young dagegen argumentiert, das Individuelle und das Strukturelle zu trennen, und sie als miteinander verbunden ansieht, sollten auch im medizinischen Bereich die Verbindungen zwischen individuellen bio-psychologischen und breiteren sozio-planetaren Dimensionen anerkannt werden. Wie wir in Abschnitt 2.1. gesehen haben, sind alle Dimensionen der Gesundheit untrennbar miteinander verbunden. Dies sollte daher die Hauptverantwortung des ärztlichen Berufsstandes sein: *Wenn man sich um die Gesundheit eines Menschen kümmert, bedeutet dies, sich um die bio-psycho-sozio-planetare Gesundheit des Menschen zu kümmern.* So muss zum Beispiel eine Maßnahme auf individueller Ebene, wie die Verschreibung eines Antibiotikums oder die Verwendung eines klimaschädlichen Medikaments, unter Berücksichtigung des Beitrages zu AMR bzw. auf das Klima erfolgen.

Youngs Werk erklärt, dass für viele Schäden nicht eine einzelne Person verantwortlich gemacht werden kann. In unserem Fall können wir dies zum Beispiel auf die negativen gesundheitlichen Auswirkungen des Klimawandels, auf armutsbedingte gesundheitliche Ungleichheiten oder auf strukturellen Rassismus im Gesundheitswesen anwenden. Youngs Modell der Verantwortung zeigt, dass der einzelne Arzt/die einzelne Ärztin nicht unbedingt in einem linearen Zusammenhang verantwortlich gemacht

werden kann und dennoch eine Form der beruflichen Verantwortung besteht. Durch die vorausschauende Zuweisung von Verantwortung ist es oft weder möglich noch notwendig, eine böswillige Absicht zur Verursachung von Schaden festzustellen. Das Wissen um die untrennbaren bio-psycho-sozio-planetaren Zusammenhänge verpflichtet daher alle Mediziner*innen in ihrer PIF, entsprechend Verantwortung zu übernehmen.

Um die ärztliche Verantwortung zu klären, kann das PIF auf Youngs vier Parameter zurückgreifen: Medizinische Fachkräfte sind durch ihr kollektives *Interesse* an der Gesundheit miteinander verbunden. Sie sind eine hoch angesehene Gruppe mit dem *Privileg* des Zugangs zu Expertenwissen und mit epistemischer und sozialer Autorität, um es zu verarbeiten, zu nutzen und zu verbreiten. Außerdem haben sie signifikante *Macht* inne, sogar politische Entscheidungen zu beeinflussen. Durch Berufsverbände auf regionaler, nationaler und internationaler Ebene verfügen sie über erhebliche *kollektive Fähigkeiten*. Dies begründet und unterstreicht ihre Verantwortung, sich um die Gesundheit zu kümmern und Maßnahmen gegen gesundheitliche Risiken zu ergreifen – einschließlich schädlicher biologischer, psychologischer, sozialer und planetarer Gesundheitsdeterminanten. Unabhängig von ihrer privaten politischen Überzeugung liegt es also in ihrer beruflichen Verantwortung, sich proaktiv mit allen Prozessen auseinanderzusetzen, die sich auf die Gesundheit auswirken und ihr potenziell schaden – also z. B. Armut, Klimawandel oder Rassismus.

Solche Handlungen dürfen und sollen nicht im Widerspruch zu der Verantwortung stehen, die Gesundheit der einzelnen Patient*innen zu unterstützen, sondern sie sollen die Verantwortung letztlich stärken. Bei der Versorgung einzelner Patient*innen sollten alle Handlungen, die *vernünftigerweise* durchgeführt werden können, um die Gesundheit zu verbessern und Schäden zu minimieren, durchgeführt werden. Wie weit diese angemessenen Maßnahmen gehen sollten, hängt vom jeweiligen Kontext ab. Dies ist eine Frage für weitere Diskussionen und wird teilweise weiter unten behandelt. Zumindest aber sollte klar sein, dass die Verantwortung für die Gesundheit nicht isoliert auf einer rein individuellen Ebene konzeptualisiert werden kann.

Young vertritt die Auffassung, dass es bei der Gerechtigkeit in erster Linie um Beziehungen gehen sollte. Insbesondere geht es hier um die Qualität der Interaktionen zwischen Menschen und um den Abbau von Unterdrückung und Diskriminierung. Der Grundsatz der Gerechtigkeit spielt in der Lehre der medizinischen Ethik und bei der Herausbildung eines medizinischen Ethos eine wichtige Rolle, doch wird er in der Regel als Verteilungsgerechtigkeit konzipiert. Wenn man das Verständnis von Gerechtigkeit über die Verteilungsdimension hinaus auf die Beziehungsdimension ausweitet und ihr sogar Vorrang einräumt, wird deutlich, wie wichtig es ist, unterdrückerische und diskriminierende Beziehungen im medizinischen Kontext, insbesondere in der Arzt-Patienten-Beziehung, anzugehen [61]. Young liefert diesbezüglich anregende Ideen zu Partizipation und Inklusion, die nützlich für die

theoretische Grundlage bereits bestehender Aktivitäten in der medizinischen Praxis und Ausbildung sein können [62], [63]. Auch hier geht es bei der Zuweisung oder Übernahme von Verantwortung nicht darum, einzelne Personen für schädliches Verhalten verantwortlich zu machen, sondern um die Einsicht, dass Ausgrenzung und Unterdrückung strukturell bedingt sind und von allen, die damit verbunden sind, bekämpft werden sollten. Schließlich bedeutet es, dass alle Mediziner*innen in ihrer PIF die Verantwortung haben, sich zu informieren und darüber nachzudenken, wie sie dagegen vorgehen können, sei es in der Begegnung mit einzelnen Patient*innen, in der Forschung und Lehre oder als Mitglieder von Berufsverbänden.

Zusammengenommen tragen das bio-psycho-sozio-planetare Modell der Gesundheit und Youngs Theorie der Verantwortung dazu bei, ein „Ethos der Verbundenheit“ zu etablieren, das, wie oben dargelegt, die normative Grundlage für die heutige PIF bilden kann und sollte.

4. Diskussion eines „Ethos der Verbundenheit“

Unterscheidet sich das ärztliche „Ethos der Verbundenheit“ von dem eines Angehörigen anderer Gesundheitsberufe, insbesondere Public Health? Die umfassende Konzeption von Gesundheit und Verantwortung sowie das allgemeine Interesse an der Förderung der Gesundheit scheinen bei allen Gesundheitsberufen ähnlich zu sein. Die Berufe nehmen jedoch unterschiedliche Positionen innerhalb der Bereiche Gesundheit und Gesundheitsversorgung ein und haben als solche unterschiedliche Befugnisse, Privilegien und kollektive Fähigkeiten, die zu unterschiedlichen rollenbezogenen spezifischen Verantwortlichkeiten und Handlungen führen.

Der erste Grundsatz der etablierten medizinischen Kodizes soll hier nicht in Frage gestellt werden: Ärzt*innen sind für die Gesundheit und das Wohlergehen ihrer Patient*innen verantwortlich. Im Gegenteil, dieses Gebot soll gestärkt werden, indem eine Form der Verantwortung für alle relevanten Dimensionen etabliert wird. Medizin und Public Health unterscheiden sich in den Lehrinhalten und in der Art und Weise, wie sie ihr Ethos durch Entscheidungen und Handlungen zum Ausdruck bringen. Mediziner*innen müssen alle Dimensionen der Gesundheit und der Behandlung kennenlernen, einschließlich der sozialen und planetaren Dimensionen, aber zweifellos auch die individuelle, auch mikroskopische Dimension, die Pathophysiologie oder die Pharmakologie. Letzteres sind Inhalte, die Public Health Studierende nicht unbedingt in dieser Ausführlichkeit lernen müssen. Für Mediziner*innen ist es von zentraler Bedeutung zu lernen, eine professionelle Beziehung zu Patient*innen aufzubauen. Nicht alle, die Public-Health-Maßnahmen planen, müssen in dieser Beziehungsarbeit geschult werden.

Vor diesem Hintergrund könnte man fragen: Wenn die Person, die in Beziehung zur Ärztin/zum Arzt steht, die

primäre Einheit ist, um die es geht, reduziert sich das „Ethos der Verbundenheit“ dann nicht zu einem theoretischen Konzept ohne große Auswirkungen auf die praktische Umsetzung? Ganz im Gegenteil. Das „Ethos der Verbundenheit“ hat erhebliche praktische Auswirkungen auf die Lehre und die Ausübung der Medizin.

Stellen wir uns vor, ein Patient kommt mit erhöhtem Blutdruck in eine Arztpraxis. Nach der Anamneseerhebung ist klar, dass Klimaauswirkungen, Armut, Erlebnisse von Diskriminierung und Gewalt den Blutdruckanstieg mitverursachen. Die Ärztin kann zwar ein Medikament zur Senkung des Blutdrucks verschreiben, aber sie kann die Umstände des Klimawandels, der Armut und der Gewalt, denen der Patient ausgesetzt ist, nicht direkt ändern. Manche mögen denken, dass Ärzt*innen keine Verantwortung für die allgemeineren Probleme und Ursachen haben und auch nicht haben sollten. Stattdessen sollte es Aufgaben des öffentlichen Gesundheitswesens und der Politik sein.

Nach dem Konzept des „Ethos der Verbundenheit“ sollte diese Sichtweise als zu eng und fehlgeleitet, ja sogar als schädlich angesehen werden. Sie wiederholt die falsche Dichotomie, die das Individuum gegen das sozio-planetare ausspielt. Ein umfassendes Verständnis der individuellen Pathophysiologie und der Behandlung einer Krankheit setzt Wissen über die komplexen Zusammenhänge der bio-psycho-sozio-planetaren Dimensionen voraus. Auch wenn sich der Klimawandel oder die Armut nicht unmittelbar ändern lassen, gehört es zur beruflichen Verantwortung, sich umfassend hinsichtlich Gesundheit zu informieren, zu forschen und zu lehren. Die Daten über die Auswirkungen sozialer und planetarer Determinanten auf die Gesundheit sollten ebenso bekannt sein wie die individuellen Auswirkungen genetischer Faktoren auf die Gesundheit; und medizinische Lehrpläne und Konferenzen sollten diese Themen behandeln. Was daraus für den Berufsstand folgen könnte, wäre z.B. ein besseres Verständnis der individuellen Situation der Patient*innen, eine bessere Anerkennung der Grenzen eines biomedizinischen Ansatzes [64], [65] und ein konstruktives Nachdenken über mögliche kollektive Aktivitäten.

Des Weiteren erhöhen die Macht, die Privilegien und die kollektiven Fähigkeiten der ärztlichen Profession die Verantwortung, in angesehenen Berufsverbänden kollektiv in Vermittlungs- und Fürsprecherrollen aktiv zu werden und Gesundheitsschäden, die auf sozio-planetare Faktoren wie Klimawandel, Armut und Rassismus zurückzuführen sind, anzugehen. Mediziner*innen sollten auch herausfinden oder unterrichtet werden, wie strukturelle Unterdrückung und Diskriminierung innerhalb des medizinischen Systems ihre eigenen bewussten und unbewussten Vorurteile und Verhaltensweisen beeinflussen können und was getan werden kann, um diese in der Arzt-Patienten-Beziehung besser handzuhaben.

Einige mögen immer noch gegen das vorgeschlagene „Ethos der Verbundenheit“ einwenden, dass es nicht in der Verantwortung Einzelner liegen sollte, z.B. zu entscheiden, ob einem Patienten ein klimaschädliches Medikament vorenthalten wird, um die öffentliche und globale

Gesundheit zu schützen. In diesem Beitrag wird nicht behauptet, dass solche Entscheidungen immer und nur von einzelnen Ärzt*innen getroffen werden sollten. Stattdessen ist mein Hauptargument mit der Auffassung vereinbar, dass solche Entscheidungen verantwortungsbewusst und kollektiv auf einer höheren Ebene getroffen werden sollten. Wenn aber dieser Einwand erhoben wird, könnte dies wiederum in die Falle des polarisierten Denkens führen, also Verantwortung für Individuen in Opposition zur Verantwortung für das sozio-planetares zu stellen. Das „Ethos der Verbundenheit“ bedeutet aber, dass Mediziner*innen sich selbst als verantwortliche Akteure innerhalb der betreffenden Strukturen verstehen sollten, und dass sie stets versuchen sollten, alle Faktoren zu verstehen, die für die Gesundheit ihrer Patient*innen ausschlaggebend sind. Dies erstreckt sich auf Verpflichtungen für den Berufsstand, gemeinsam zu handeln, wenn Risiken und Schäden festgestellt werden. Es kann auch bedeuten, das Medikament zu verschreiben oder den Eingriff zum Wohle des einzelnen Patienten durchzuführen – allerdings nicht ohne weiteres Nachdenken. Dies wird beispielsweise vom Konzept des *Antibiotic Stewardship* gut erfasst, welches von Ärzt*innen einen rationalen und verantwortungsvollen Einsatz von Antibiotika fordert – in voller Kenntnis der potenziell schädlichen Folgen [66]. Die Verantwortung kann und sollte auch durch die Arbeit von Berufsverbänden und darüber hinaus angesprochen werden, um auf kollektive und politische Maßnahmen zu drängen.

Die Verankerung der PIF in einem „Ethos der Verbundenheit“ trägt dazu bei, Freiräume für ein konstruktives und gesundheitsorientiertes Denken, Lehren und Ausüben der Medizin zu schaffen, anstatt Hindernisse für die Verbesserung der Gesundheit aufzubauen, weil „umfassendere“ Aspekte fälschlicherweise als nicht in den Zuständigkeitsbereich der ärztlichen Profession fallend angesehen werden.

5. Schlussfolgerung

In diesem Beitrag wurde ein bio-psycho-sozio-planetares Modell der Gesundheit mit der Arbeit von Iris M. Young zusammengeführt, um die normative Grundlage der PIF in der Medizin zu stärken. Ziel ist es, Ethik und Ethosbildung für die ärztliche Verantwortung weiter zu fördern, und dabei die Aufmerksamkeit auf soziale und planetare Determinanten der Gesundheit zu lenken.

Dieser Beitrag kann nicht mehr als eine erste Skizze bieten und eröffnet viele Wege für künftige Arbeiten, wie beispielsweise eine systematischere Beschreibung der Verbindung zwischen dem Individuum und seiner Umwelt; eine tiefere Analyse der Public-Health-Ethik im Gegensatz oder in Übereinstimmung mit der medizinischen Ethik; mehr Arbeit über konkretes Handeln in herausfordernden Beispielfällen; Einzelheiten darüber, wie dieses Ethos gelehrt werden kann; und eine Analyse darüber, ob dieser Ansatz in die Prinzipienethik integriert werden kann oder ob er eher eine Alternative darstellt.

Der Klimawandel und die Umweltschäden und ihre ungleichen Auswirkungen auf die Gesundheit sollten in der PIF berücksichtigt werden, sind aber für die Konzeption des „Ethos der Verbundenheit“ nicht entscheidend. Wie bereits erwähnt, wird in der Literatur seit vielen Jahren ein breiteres Verständnis von ärztlicher Verantwortung diskutiert, das nicht direkt mit dem Klimawandel in Zusammenhang steht. Doch angesichts des Ausmaßes der Bedrohung der menschlichen Gesundheit und der gesundheitlichen Chancengleichheit durch den anthropogenen Klimawandel und die Umweltschäden besteht jetzt Handlungsbedarf. Die Dringlichkeit ist erhöht, über das zeitgenössische medizinische Ethos und die ärztliche Professionsbildung nachzudenken. Dennoch sollte die Dringlichkeit nicht zu einer kurzsichtigen oder ausschließlichen Konzentration auf Klima- und Umweltkrisen führen. In diesem Beitrag wurde daher in einem breiteren und grundlegenden Sinne argumentiert.

Innerhalb der Ärzteschaft ist bereits viel im Gange. Es wird zunehmend für die Notwendigkeit plädiert, die Dimensionen der beruflichen Verantwortung zu verstehen und somit Patient:innen in ihrem sozialen und ökologischen Kontext zu verstehen. Dieser Beitrag versucht, die normative Grundlage für die Integration beruflicher Pflichten zu festigen, um die bio-psycho-sozio-planetares Dimensionen der Gesundheit einzubeziehen. Kein Arzt und keine Ärztin und kein Lehrender an medizinischen Fakultäten sollte sich dafür rechtfertigen müssen, noch sollte es einen Grund geben, ihn oder sie dafür zu kritisieren, im Gegenteil. Es wäre der Kern ihrer beruflichen Verpflichtung, in Verantwortung für die Gesundheit zu handeln.

Danksagung

Vielen Dank an Jan-Christoph Heilinger, Julian Sheather, Cristian Timmermann, Katharina Wabnitz, Alistair Wardrope für das Lesen von Versionen dieses Beitrages und für hilfreiche Kommentare, und an Michael Köberle, Fabian Linder und Isabel Fernandez Mayor für editorische Unterstützung. Vielen Dank an Ryoa Chung, James Dwyer, Lisa Eckenwiler, Carina Fouria, Agomoni Ganguli Mitra, Jan-Christoph Heilinger für die jahrelange Lektüre und Diskussion der Arbeit von Iris M. Young und die Erörterung dieser Arbeit in Bezug auf die Gesundheit.

Anmerkung

¹ Durch den Zusatz „in Verbundenheit“ beabsichtigte ich nicht, ein spezielles Ethos zu entwickeln, das nur für Einige gilt. Letztlich argumentiere ich, dass das ärztliche Ethos immer so verstanden werden sollte und daher keinen weiteren Zusatz benötigen sollte.

Förderung

Diese Arbeit wurde teilweise durch eine Seed Funding Förderung zum Thema „Environmental Health Ethics and Justice“ der Universität Augsburg unterstützt.

ORCID der Autorin

Verina Wild: [0000-0003-3012-7662]

Interessenkonflikt

Die Autorin erklärt, dass sie keine Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Artikel hat.

Literatur

- Maani N, Galea S. The role of physicians in addressing social determinants of health. *JAMA*. 2020;323(16):1551-1552. DOI: 10.1001/jama.2020.1637
- Alexander S. The origins of Physicians for Social Responsibility (PSR) and International Physicians for the Prevention of Nuclear War (IPPNW). *Soc Med*. 2013;7(3):120-126.
- Hussain S. Defining health and the physician's social responsibility. *Can J Public Health*. 2003;94(5):361. DOI: 10.1007/BF03403562
- Bright CM. Commentary: What Role Should Physician Organizations Play in Addressing Social Justice Issues?. *Acad Med*. 2012;87(6):684-686. DOI: 10.1097/ACM.0b013e318253b29b
- Lázaro P, Azcona B. Clinical practice, ethics and economics: the physician at the crossroads. *Health Policy*. 1996;37(3):185-198. DOI: 10.1016/S0168-8510(96)90024-x
- Pottie K, Hostland S. Health advocacy for refugees: Medical student primer for competence in cultural matters and global health. *Can Fam Physician*. 2007;53(11):1923-1926.
- Wear D, Kuczewski MG. The professionalism movement: can we pause? *Am J Bioeth*. 2004;4(2):1-10. DOI: 10.1162/152651604323097600
- Sheather J. Redefining medical ethics for the planet. *BMJ*. 2024;387:q1965. DOI: 10.1136/bmj.q1965
- Campos L, Barreto JV, Bassetti S, Bivol M, Burbridge A, Castellino P, Correia JA, Durusu-Tanrıöver M, Fierbinteanu-Braticevici C, Hanslik T, Heleniak Z, Hojs R, Lazebnic L, Mylona M, Raspe M, Melo JQ, Pietrantonio F, Gans R, Pálsson R, Montano N, Gómez-Huelgas R, Dicker D. Physicians' responsibility toward environmental degradation and climate change: A position paper of the European Federation of Internal Medicine. *Eur J Intern Med*. 2022;104:55-58. DOI: 10.1016/j.ejim.2022.08.001
- Blashki G, Butler CD, Brown S. Climate change and human health-What can GPs do? *Aust Fam Physician*. 2006;35(11):909-911.
- Wortzel JR, Guerrero APS, Aggarwal R, Coverdale J, Brenner AM. Climate Change and the Professional Obligation to Socialize Physicians and Trainees into an Environmentally Sustainable Medical Culture. *Acad Psychiatry*. 2022;46(5):556-561. DOI: 10.1007/s40596-022-01688-z
- Wabnitz KJ, Gabrysch S, Guinto R, Haines A, Herrmann M, Howard C, Potter T, Prescott SL, Redvers N. A pledge for planetary health to unite health professionals in the Anthropocene. *Lancet*. 2020;396(10261):1471-1473. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)32039-0
- Wabnitz K, Wild V. Ärztliches Ethos im Anthropozän: Einführende Überlegungen. In: Nikendei C, Bugaj TJ, Cranz A, Herrmann A, Tabatabai J, Nikendei F, editors. *Heidelberger Standards der Klimamedizin*. Heidelberg: HeiCuMed; 2023. p.191-198.
- Williamson, L. *The Global Voice of Nursing: A History of the International Council of Nurses from 1899 to 2022*. Geneva: International Council of Nurses; 2023.
- Wiesing U. Climate change and the different roles of physicians: a critical response to "A Planetary Health Pledge for Health Professionals in the Anthropocene". *Med Health Care Philos*. 2022;25(1):161-164. DOI: 10.1007/s11019-021-10051-2
- Huddle TS. The limits of social justice as an aspect of medical professionalism. *J Med Philos*. 2013;38(4):369-387. DOI: 10.1093/jmp/jht024
- Bayer R, Fairchild AL. The Genesis of Public Health Ethics. *Bioethics*. 2004;18(6):473-492. DOI: 10.1111/j.1467-8519.2004.00412.x
- Wild V, Wabnitz K. Ärztliches Handeln in Zeiten der Klima- und Umweltkrisen Anpassung des Internationalen Medizinethikkodex (ICoME) des Weltärztebundes. *Bayer Ärztebl*. 2024;4:152-154.
- World Medical Association. *WMA International Code of Medical Ethics*. Ferney-Voltaire: World Medical Association; 2022. Zugänglich unter/available from: <https://www.wma.net/policies-post/wma-international-code-of-medical-ethics/>
- World Medical Association. *WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Participants*. Ferney-Voltaire: World Medical Association; 2024. Zugänglich unter/available from: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki/>
- Cruess RL, Cruess SR, Boudreau JD, Snell L, Steinert Y. A Schematic Representation of the Professional Identity Formation and Socialization of Medical Students and Residents: A Guide for Medical Educators. *Acad Med*. 2015;90(6):718. DOI: 10.1097/ACM.0000000000000700
- Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. New York: Oxford University Press; 2019.
- Richie C. *Principles of green bioethics: sustainability in health care*. East Lansing: Michigan State University Press; 2019. DOI: 10.14321/j.ctvhrd1wq
- Wardrope A. Health justice in the Anthropocene: medical ethics and the Land Ethic. *J Med Ethics*. 2020;46(12):791-796. DOI: 10.1136/medethics-2020-106855
- van Gils-Schmidt HJ, Salloch S. Physicians' duty to climate protection as an expression of their professional identity: a defence from Korsgaard's neo-Kantian moral framework. *J Med Ethics*. 2024;50(6):368-374. 2023. DOI: 10.1136/jme-2023-109203
- Young IM. *Responsibility for Justice*. Oxford, New York: Oxford University Press; 2011.
- Young IM. *Justice and the Politics of Difference*. Princeton University Press; 1990.
- Heilinger JC. *Cosmopolitan Responsibility: Global Injustice, Relational Equality, and Individual Agency*. Berlin: De Gruyter; 2019. DOI: 10.1515/9783110612271
- Krahn GL, Robinson A, Murray AJ, Haverkamp SM, Haverkamp S; Nisonger RRTC on Health and Function. It's time to reconsider how we define health: Perspective from disability and chronic condition. *Disabil Health J*. 2021;14(4):101129. DOI: 10.1016/j.dhjo.2021.101129

30. Venkatapuram S. Health justice: an argument from the capabilities approach. Cambridge, (UK), Malden (MA): Polity; 2011.
31. Syme SL. Rethinking disease: Where do we go from here? *Ann Epidemiol.* 1996;6(5):463-468. DOI: 10.1016/s1047-2797(96)00097-x
32. Borrell-Carrió F, Suchman AL, Epstein RM. The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry. *Ann Fam Med.* 2004;2(6):576.
33. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science.* 1977;196(4286):129-136. DOI: 10.1370/afm.245
34. Bolton D, Gillett PG. The Biopsychosocial Model 40 Years On. In: Bolton D, Gillett PG, editors. *The Biopsychosocial Model of Health and Disease: New Philosophical and Scientific Developments.* Cham (CH): Palgrave Pivot; 2019. DOI: 10.1007/978-3-030-11899-0
35. Marmot M, Wilkinson R. Social determinants of health. Oxford: Oxford University Press; 2005. DOI: 10.1093/acprof:oso/9780198565895.001.0001
36. Dahlgren G, Whitehead M. European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2. Geneva: WHO Regional Office for Europe; 2006. Zugänglich unter/available from: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/103824/E89384.pdf
37. Marmot M, Naqvi H, Ofori C, Fenton K. Structural racism and the social determinants of health. *BMJ.* 2024;387:q2139. DOI: 10.1136/bmj.q2139
38. Henderson C, Noblett J, Parke H, Clement S, Caffrey A, Gale-Grant O, Schulze B, Druss B, Thornicroft G. Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings. *Lancet Psychiatry.* 2014;1(6):467-482. DOI: 10.1016/S2215-0366(14)00023-6
39. Ruger JP. Health and social justice. *Lancet.* 2004;364(9439):1075-1080. DOI: 10.1016/S0140-6736(04)17064-5
40. Daniels N. Just Health: Meeting Health Needs Fairly. Cambridge: Cambridge University Press; 2008. DOI: 10.1017/CBO9780511809514
41. Powers M, Faden R. Social Justice: The Moral Foundations of Public Health and Health Policy. 2. Aufl. Oxford: Oxford University Press; 2008. DOI: 10.1093/oso/9780195375138.001.0001
42. Voigt K. Smoking and Social Justice. *Public Health Ethics.* 2010;3(2):91-06. DOI: 10.1093/phe/phq006
43. Braveman P, Laura G. The Social Determinants of Health: It's Time to Consider the Causes of the Causes. *Public Health Rep.* 2014;129 Suppl 2(Suppl 2):19-31. DOI: 10.1177/003335491412915206
44. Timmermann C, Wabnitz K, Wild V. Ethical Approaches at the Intersection of Climate Change, the Environment and Health. London: Nuffield Council on Bioethics; 2024.
45. Missoni E. Global health, planetary health, One Health: conceptual and ethical challenges and concerns. *Theor Med Bioeth.* 2024;45(3):241-250. DOI: 10.1007/s11017-024-09670-6
46. de Castañeda RR, Villers J, Faerron Guzmán CA, Eslanloo T, de Paula N, Machalaba C, Zinsstag J, Utzinger J, Flahault A, Bolon I. One Health and Planetary Health Research: Leveraging Differences to Grow Together. *Lancet Planet Health.* 2023;7(2):e109-111. DOI: 10.1016/S2542-5196(23)00002-5
47. Lerner H, Berg C. A Comparison of Three Holistic Approaches to Health: One Health, EcoHealth, and Planetary Health. *Front Vet Sci.* 2017;4:163. DOI: 10.3389/fvets.2017.00163.
48. Littmann J, Viens AM. The Ethical Significance of Antimicrobial Resistance. *Public Health Ethics.* 2015;8(3):209-224. DOI: 10.1093/phe/phv025
49. Traidl-Hoffmann C, Schulz C, Herrmann M, Simon B. Planetary Health: Klima, Umwelt und Gesundheit im Anthropozän. Studienausgabe. 1. Studienauflage. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2023.
50. Ambrose AJ, Andaya JM, Yamada S, Maskarinec GG. Social Justice in Medical Education: Strengths and Challenges of a Student-Driven Social Justice Curriculum. *Hawaii J Med Public Health.* 2014;73(8):244.
51. Faulkner LR, McCurdy RL. Teaching Medical Students Social Responsibility: The Right Thing to Do. *Acad Med.* 2000;75(4):346. DOI: 10.1097/00001888-200004000-00010
52. Chung R. Structural health vulnerability: Health inequalities, structural and epistemic injustice. *J Soc Philos.* 2021;52(2):201-216. DOI: 10.1111/josp.12393
53. Eckenwiler L, Wild V. Refugees and others enduring displacement: Structural injustice, health, and ethical placemaking. *J Soc Philos.* 2020;52(2):232-240. DOI: 10.1111/josp.12387
54. Gould CC. Solidarity and the problem of structural injustice in healthcare. *Bioethics.* 2018;32(9):541-552. DOI: 10.1111/bioe.12474
55. Heilinger JC. Individual responsibility and global structural injustice: Toward an ethos of cosmopolitan responsibility. *J Soc Philos.* 2021;52(2):185-200. DOI: 10.1111/josp.12398
56. Young IM. Responsibility and Global Labor Justice. *J Polit Philos.* 2004;12(4):365-388.
57. Voigt K, Wester G. Relational equality and health. *Soc Philos Policy.* 2015;31(2):204-229. DOI: 10.1017/S0265052514000326
58. Anderson E. What is the Point of Equality? *Ethics.* 1999;109(2):287-337.
59. Kelleher JP. Health Inequalities and Relational Egalitarianism. In: Buchbinder M, Rivkin-Fish MR, Walker RL, editors. *Understanding Health Inequalities and Justice: New Conversations across the Disciplines.* Chapel Hill (NC): University of North Carolina Press; 2016.
60. Wardrope A. Relational Autonomy and the Ethics of Health Promotion. *Public Health Ethics.* 2015;8(1):50-62. DOI: 10.1093/phe/phu025
61. Racic M, Roche-Miranda MI, Fatahi G. Twelve tips for implementing and teaching anti-racism curriculum in medical education. *Med Teach.* 2023;45(8):816-821. DOI: 10.1080/0142159X.2023.2206534
62. Verbree AR, Isik U, Janssen J, Dilaver G. Inclusion and diversity within medical education: a focus group study of students' experiences. *BMC Med Educ.* 2023;23(1):61. DOI: 10.1186/s12909-023-04036-3
63. Fitzpatrick S, Barrett D. Disability inclusion in Medical Education: Towards a quality improvement approach. *Med Educ.* 2022;57(1):102-107. DOI: 10.1111/medu.14878
64. Kusnanto H, Agustian D, Hilmento D. Biopsychosocial Model of Illnesses in Primary Care: A Hermeneutic Literature Review. *J Fam Med Prim Care.* 2018;7(3):497-500. DOI: 10.4103/jfmpc.jfmpc_145_17
65. Andermann A. Taking Action on the Social Determinants of Health in Clinical Practice: A Framework for Health Professionals. *CMAJ.* 2016;188(17-18): E474-E483. DOI: 10.1503/cmaj.160177

66. Zay Ya K, Naing Win PT, Bielicki J, Lambiris M, Fink G. Association Between Antimicrobial Stewardship Programs and Antibiotic Use Globally: A Systematic Review and Meta-Analysis. JAMA Network Open. 2023;6(2): e2253806. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2022.53806

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Verina Wild
Universität Augsburg, Medizinische Fakultät, Institut für
Ethik und Geschichte der Gesundheit in der Gesellschaft,
Universitätsstr. 2, 86159 Augsburg, Deutschland, Tel.:
+49 (0)821/598-71007
verina.wild@uni-a.de

Bitte zitieren als

Wild V. A bio-psycho-socio-planetary model of health and Iris Marion Young's concept of responsibility as foundation for a medical ethos during environmental crises. GMS J Med Educ. 2026;43(3):Doc37. DOI: 10.3205/zma001831, URN: urn:nbn:de:0183-zma0018317

Artikel online frei zugänglich unter

<https://doi.org/10.3205/zma001831>

Eingereicht: 04.11.2024

Überarbeitet: 19.02.2025

Angenommen: 01.04.2025

Veröffentlicht: 23.03.2026

Copyright

©2026 Wild. Dieser Artikel ist ein Open-Access-Artikel und steht unter den Lizenzbedingungen der Creative Commons Attribution 4.0 License (Namensnennung). Lizenz-Angaben siehe <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.