Aus dem Institut für Ethik und Geschichte der Medizin

Capabilities und Theorie der Gesundheit – Übersicht und Kritik der Theorie von S. Venkatapuram

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin

der Medizinischen Fakultät
der Eberhard Karls Universität
zu Tübingen

vorgelegt von
Neidlein, Senta Nadine

2020
Dekan: 

Professor Dr. B. Pichler

1. Berichterstatter: 
Professor Dr. H.-J. Ehni

2. Berichterstatter: 
Professor Dr. G. Marckmann

Tag der Disputation: 27.01.2020
Inhaltsverzeichnis

1. **Einleitung** ................................................................................................................................. 5
2. **Rekonstruktion** ......................................................................................................................... 14
   2.1. Zusammenfassung des Gesundheitskonzepts in *Health Justice* ............................................. 14
   2.2. Komponenten des Gesundheitskonzepts in *Health Justice* .................................................. 19
      2.2.1. Nordenfelt .......................................................................................................................... 19
      2.2.2. Capability Approach und Entitlement Analysis ................................................................. 22
      2.2.3. Konstruktionsvorgang der Meta-Capability der Gesundheit ............................................. 31
   2.3. Normative Aspekte der Gesundheitstheorie in *Health Justice* ............................................ 37
      2.3.1. Capabilities als normatives Element .................................................................................... 37
      2.3.2. Würde und Capabilities ....................................................................................................... 38
      2.3.3. Ansprüche auf Beförderung der Gesundheit, die in *Health Justice* formuliert werden ................................................................................................................................. 40
      2.3.4. Verpflichtungen, die in *Health Justice* formuliert werden ............................................. 43
      2.3.5. „Social Determinants of Health“ ......................................................................................... 44
      2.3.6. Empirische Gesundheitsforschung ..................................................................................... 45
3. **Die zeitgenössische Debatte um Venkatapurams neue Gesundheitsdefinition** ......................... 49
   3.1. Diskussionen über Gesundheit .................................................................................................. 49
      3.1.1. Venkatapuram – Nordenfelt .............................................................................................. 49
      3.1.2. Boorse ............................................................................................................................... 55
      3.1.3. Venkatapuram – Boorse ..................................................................................................... 60
   3.2. Kritik an *Health Justice* ......................................................................................................... 65
      3.2.1. Wer partizipiert in der zeitgenössischen Diskussion? ......................................................... 65
      3.2.2. Probleme der Einführung einer Meta-Gesundheits-Capability – beschreibt Venkatapuram mit seiner Definition Gesundheit richtig? ......................................................... 69
         3.2.2.1. Gesundheit ist in *Health Justice* zu breit definiert ...................................................... 70
         3.2.2.2. Gesundheit und Einflüsse auf Gesundheit – die Meta-Gesundheits-Capability und Venkatapurams Denkfehler ................................................................. 73
         3.2.2.3. Gesundheit und ihr Verhältnis zu anderen Werten ....................................................... 74
         3.2.2.4. Das Verhältnis von „Well-Being“ und Gesundheit ...................................................... 75
         3.2.2.5. Venkatapuram und das Alltagsverständnis von Gesundheit ........................................ 80
         3.2.2.6. Gesundheit - ein körperverhaftetes Phänomen? Gesundheit als biologische Funktionalität? ................................................................. 81
         3.2.2.7. Gesundheit – Capability oder Functioning? ................................................................. 83
3.2.2.8. Basis-Capabilities, Functionings und ihre Einflüsse - wie verhalten sie sich zueinander? .............................................................. 86
3.2.2.9. Kann es mehrere „Gesundheiten“ geben? ............................................. 89
3.2.2.10. Die Bedeutung der Minimalschwelle.................................................. 90
3.2.2.11. Unterstützt Venkatapurams neue Vorstellung von Gesundheit unendliches Streben nach mehr Gesundheit? ................................. 92
3.2.2.12. Das Konzept der (Menschen-)Würde ................................................. 95
3.2.2.13. Speziesimus...................................................................................... 99
3.2.2.14. Geistige Gesundheit ......................................................................... 100
3.2.3. „Limitations“ – Grenzen ........................................................................ 102
3.2.3.1. „Feasibility” - Umsetzbarkeit ................................................................. 103
3.2.3.2. „Luck, Responsibility and Accountability”, “Causation”.................... 105
3.2.3.3. Gesundheit von Gruppen .................................................................... 112
4. Schluss ........................................................................................................... 117
4.1. Rekapitulation ............................................................................................ 117
4.1.1. Neue Aspekte der Theorie ................................................................. 117
4.1.2. Kritiken der zeitgenössischen Debatte ................................................. 118
4.1.3. Positive Stimmen der zeitgenössischen Debatte .................................. 124
4.2. Beurteilung ................................................................................................ 126
4.2.1. Venkatapurams Zielsetzungen............................................................... 126
4.2.2. Tenglands Qualitätskriterien für Gesundheitsdefinitionen ................... 128
4.2.3. Venkatapuram und Nordenfelt ............................................................... 135
4.2.4. Venkatapuram als Vertreter des Capability Approach ....................... 137
4.3. Fazit der Verfasserin .................................................................................. 141
5. Literatur ......................................................................................................... 144
6. Erklärung zum Eigenanteil der Dissertationsschrift ...................................... 148
7. Danksagung ................................................................................................... 149
1. Einleitung


Die in *Health Justice* neu entwickelte Definition von Gesundheit liest sich folgendermaßen:

„The capability to be healthy is a person’s ability to achieve or exercise a cluster of basic capabilities and functionings, and each at a level that constitutes a life worthy of equal human dignity in the modern world.” (Venkatapuram 2011, 143)


Welche Ziele verfolgt Venkatapuram mit seiner neuen Theorie? Welche Vorstellungen verbindet er mit Gesundheit?

Venkatapurams neuer Gesundheitsbegriff ist seiner eigenen Ansicht nach die zentrale Größe im Nachdenken über soziale Gerechtigkeit (Venkatapuram 2011, 2, 35). Woran liegt das? Venkatapuram macht in seinem Denken den Einfluss äußerer Umstände auf die menschliche Gesundheit relativ stark (Venkatapuram 2011, 155ff). Dieser Einfluss wiederum ist aus seiner Sicht zum größten Teil menschengemacht oder zumindest durch menschliches Handeln moduliert (Venkatapuram 2011, 106) und macht Gesundheit in seinen Augen zu einem normativen Konzept. Ein zweiter Aspekt trägt ebenso zu der Überzeugung bei, Gesundheit normativ zu betrachten: Gesundheit, so wie Venkatapuram sie versteht, ist ein sehr weitgefasstes Konstrukt, welches nahezu alle Aspekte eines gelungenen Lebens einschließt (Venkatapuram 2011, 72). Die Frage, ob ein Mensch gesund oder krank ist, führt aus Venkatapurams Sicht fast zwingend zu Überlegungen darüber, ob und inwieweit seine Gesundheit zu fördern und zu unterstützen ist. Als Folge dieser Überlegungen grenzt sich Venkatapuram von sogenannten naturalistischen oder deskriptiven Gesundheitstheorien ab: „The present exercise aims to move the concept of health away from what is typical or the most frequent functioning of internal biological parts and processes to one which is an evaluation of a person’s capability of exercising some basic functionings in the contemporary world.“ (Venkatapuram 2011, 86) Diese deskriptiven Theorien arbeiten, wie der Name bereits andeutet, beschreibend. Sie finden heraus, welche Zustände von Organismen sich in der Welt beobachten lassen. Viele leiten aus diesen Beobachtungen einen Krankheitsbegriff ab (Kiesel 2012, 160). In solchen Theorien spielt auch der Begriff des statistisch Normalen eine Rolle; normal im Sinne von regelhaft oder typisch und somit gesund, wobei Naturalisten annehmen, dass diese Einteilung sich aus der Natur selbst ergibt und wert- und vorurteilsfrei vorgenommen wird (Schramme 2012, 34). Ein wichtiger Vertreter eines naturalistischen Gesundheitskonzepts ist Christopher Boorse, mit dessen Theorie sich auch Venkatapuram auseinandersetzt und dessen "Biostatistische Theorie" (Boorse 2012) deshalb auch im Rahmen dieser Arbeit besprochen werden wird (vgl. 3.1.2 - „Boorse“).

Venkatapuram hingegen versteht seine Theorie als wertendes oder auch normatives Konzept. Gesundheit und Krankheit definieren sich in diesen Theorien unter Anwendung von Werturteilen und beschreiben einen wünschenswerten bzw. nicht-wünschenswerten

Venkatapuram sieht die Gesellschaft im Allgemeinen und die Gesundheitsindustrie im Speziellen als Akteure, die sich ausgehend von naturalistischen Konzeptionen auf defizitäre Weise mit Menschen und Patienten auseinandersetzen. So spricht er davon, dass das derzeitige Gesundheitswesen in erster Linie eine „sickness care policy“ verfolge (Venkatapuram 2011, 41). Für Venkatapuram hängen diese gesellschaftlichen Rahmenbedingungen auch damit zusammen, dass in den Köpfen der Agierenden eine ungünstige Vorstellung dessen vorherrscht, was unter Gesundheit zu verstehen ist (ibid.). Venkatapuram glaubt an die „Macht der Theorie“. Er zitiert Sen - „a misconceived theory can kill“ (Venkatapuram 2011, 14) - und weist den Leser so darauf hin, dass auch seine eigene Theorie eine ähnliche Macht entwickeln könnte; nur eben zum Positiven. Venkatapuram hofft mit seiner Theorie eine Gesundheitsvorstellung zu schaffen, welche politische Entscheidungen leitet (Venkatapuram 2011, 28).

Venkatapuram wünscht sich zudem, dass seine Theorie von verschiedenen Disziplinen genutzt und beforscht werden kann (Venkatapuram 2011, 24). Neben der politischen Wirksamkeit seiner Ideen, wünscht sich Venkatapuram also auch, dass seine Theorie Forschungen zu Gesundheit positiv beeinflusst.

möglich ist eine Gesundheits-Capability zu formulieren, und dass der Capabilities Approach weit besser als andere Theorien zu sozialer Gerechtigkeit Gesundheit integrieren kann (Venkatapuram 2011, 36).

Aufgrund dieses besonderen Werts von Gesundheit, überlegt sich Venkatapuram auch eine rechtliche Grundlage zu seiner Umsetzung anzudenken: Er beschreibt, dass zwar bereits ein Menschenrecht auf Gesundheit formuliert wurde, dass dieses bislang jedoch als inkohärent verworfen worden sei oder als Recht auf Leistungen des Gesundheitswesens interpretiert wurde. Eine seiner Hauptzielsetzungen in *Health Justice* ist die Schaffung der Grundlage eines Menschenrechts auf Gesundheit: „[…] the guiding aim of the present project is to illustrate how the idea of a human right or a moral right to health can be made coherent and justifiable." (Venkatapuram 2011, 36) Seine Gesundheit soll darum ein Konzept sein, das für jeden Menschen in jeder Art von Umgebung überall auf der Welt gleichermaßen anwendbar ist (Venkatapuram 2011, 213ff).


*Health Justice* befasst sich nicht nur mit Gesundheit, sondern auch mit der Frage, welche Ansprüche und Verpflichtungen auf Gesundheitsfürsorge sich aus dem neu entstandenen Konzept ergeben. Die Herleitung der Ansprüche auf diese neue Art von Gesundheit aufgrund der menschlichen Würde wird nachgezeichnet (2.3.1 – „Capabilities als normatives Element, 2.3.2 – „Würde und Capabilities“). Es wird herausgearbeitet, welche Ansprüche zur Förderung der Meta-Gesundheits-Capability sich aus Venkatapurams neuem Gesundheitskonzept ergeben (2.3.3 – „Ansprüche auf Beförderung der Gesundheit, die in Health Justice formuliert werden“) und welche Verpflichtungen im Rahmen von *Health Justice* beschrieben werden (2.3.4 – „Verpflichtungen, die in Health Justice formuliert werden“). Außerdem arbeitet die vorliegende Dissertation Venkatapurams Verständnis des sozialen Einflusses auf Gesundheit heraus (2.3.5 – „Social Determinants of Health“) sowie sein Verständnis von empirischer Forschung zu Gesundheitsfragen (2.3.6 – „Empirische Gesundheitsforschung“). Diese Forschung ist für ihn insbesondere relevant für die Umsetzung der beschriebenen Ansprüche auf Gesundheit.


Im zweiten Schritt werden thematisch geordnet die Kritikpunkte an Venkatapurams Theorie dargestellt, die sich in der Verfolgung des zeitgenössischen Diskurses zeigen. Es wird versucht, diese soweit möglich anhand von Health Justice selbst sowie mit Hilfe begrifflicher Erläuterungen und Nachforschungen einzuordnen. Die Debatte um Health Justice findet sich zum größten Teil in einem Sonderheft des Bioethics-Journal (Special Issue: Health Justice and the capabilities approach 2016).

Verschiedene Kritiken befassen sich mit der Einführung einer Meta-Gesundheits-Capability. Das Konstrukt der Meta-Gesundheits-Capability führt dabei zu verschiedenen Problemen: Daraus ergibt sich die Kritik, Venkatapuram nutze ein zu breites Verständnis von Gesundheit (3.2.2.1 – „Gesundheit ist in Health Justice zu breit definiert“) oder setze Gesundheit sogar mit Lebensqualität gleich (3.2.2.4 – „Das Verhältnis von „Well-Being“ und Gesundheit“). Es wird hinterfragt inwieweit Venkatapuram in seinem Konzept Gesundheit und Einflüsse auf Gesundheit trennt (3.2.2.2 – „Gesundheit und Einflüsse auf Gesundheit – die Meta-Gesundheits-Capability und Venkatapurams Denkfehler“). Auch die Frage, in welchem Verhältnis Gesundheit und andere Werte stehen, wird gestellt (3.2.2.3 – „Gesundheit und ihr Verhältnis zu anderen Werten“). Venkatapurams Gesundheitsverständnis wird als dem Alltagsverständnis dessen, was Gesundheit ist, nicht angemessen wahrgenommen (3.2.2.5 – „Venkatapuram und das Alltagsverständnis von Gesundheit“). Zusätzlich dazu stellt sich die Frage, inwieweit Gesundheit ein körperliches Phänomen sein sollte oder welche Bedeutung Körperlichkeit für den Gesundheitsbegriff hat (3.2.2.6 – „Gesundheit - ein körpervverhaftetes Phänomen? Gesundheit als biologische Funktionalität?“). Des Weiteren wird gefragt, ob Gesundheit besser als Capability oder als Functioning zu verstehen sei (3.2.2.7 – „Gesundheit – Capability oder Functioning?“) und in welchem Verhältnis Meta-Gesundheits-
Capability, Capability, Functioning und die Einflüsse auf diese jeweils stehen (3.2.2.8 – „Basis-Capabilities, Functionings und ihre Einflüsse - wie verhalten sie sich zueinander?“). Es wird gefragt, warum es zwei „Gesundheiten“ in Venkatapurums neuer Definition gebe (3.2.2.9 – „Kann es mehrere „Gesundheiten“ geben?“).

Neben den Kritiken an Venkatapurums neuer Definition, gibt es Kritiken, die darauf hindeuten, dass Begriffe in Health Justice nicht ausreichend geklärt sind: Es ist verschiedenen Kritikern nicht klar, wie mit der von Venkatapuram gesetzten Schwelle eines Minimums an Gesundheit umzugehen ist: Was bedeutet diese Schwelle genau? (3.2.2.10 – „Die Bedeutung der Minimalschwelle“) Was bedeutet ein Zustand oberhalb und unterhalb der Schwelle und haben diese Überlegungen etwas mit dem Begriff von Krankheit zu tun? Ist Venkatapurums Schwelle minimaler Gesundheit zu ambitioniert oder zu ambitionslos? (3.2.2.11 - Unterstützt Venkatapurums neue Vorstellung von Gesundheit unendliches Streben nach mehr Gesundheit?) Es zeigt sich, dass unklar ist, welches Verständnis von „Well-Being“ Venkatapuram nutzt und inwieweit Gesundheit und „Well-Being“ für ihn zusammen hängen. Das Konzept der Würde wird als ungünstige Basis für ein Recht auf Gesundheit kritisiert (3.2.2.12 – „Das Konzept der (Menschen-)Würde“). Findet sich bei Venkatapuram ein Verständnis für geistige Gesundheit? (3.2.2.14 – „Geistige Gesundheit“) Welches Maß an Selbstbestimmung in Gesundheitsfragen erlaubt seine Definition?

Venkatapuram beschreibt drei Aspekte, unter welchen er sein Konzept selbst als noch nicht ausreichend ausgearbeitet versteht: In Bezug auf die Umsetzbarkeit (3.2.3.1 – „Feasibility“ - Umsetzbarkeit“), in Bezug auf Fragen des Zufalls, von Verantwortung und Verantwortlichkeiten (3.2.3.2 – „Luck, Responsibility and Accountability“, „Causation“) und in Bezug auf den Umgang von Gesundheits-“Aggregationen“ welche den Umgang mit der Gesundheit von Menschengruppen sowie Gesundheit als globalem Anspruch beinhaltet (3.2.3.3 – „Gesundheit von Gruppen“).

Ein weiterer Kritikpunkt behandelt die Frage, ob Venkatapuram Speziesist sei (3.2.2.13 – „Speziesismus“).

Im dritten und letzten Abschnitt der vorliegenden Dissertation wird Venkatapurams neuartige Gesundheitsdefinition auf Schlüssigkeit, Umsetzbarkeit und Relevanz überprüft. Dabei orientiert sich die Arbeit an folgenden zwei Bewertungsmaßstäbe: Zum
einen soll überprüft werden, inwieweit Venkatapuram seinen eigenen Ansprüchen an eine Gesundheitsdefinition Rechnung tragen kann (4.2.1 – „Venkatapurams Zielsetzungen“). Er ist der Ansicht, dass eine Gesundheitstheorie sowohl den Wert von Gesundheit begründen muss, als auch die Umsetzung dieses Werts von Gesundheit befördern muss, und zudem Gesundheit schlüssig beschreiben können muss.: „A ‘general theory’ of health and social justice needs to describe what health is, how it is created and distributed, and why it is valuable to human beings. It should be able to identify what claims and obligations individuals have in regard to their health and the implications for the rights and duties of other agents. And, it should hopefully help guide action at the policy level and in the face of difficult circumstances.” (Venkatapuram 2011, 28)

Neben diesem Rückgriff auf Health Justice selbst wird auch eine Bewertung seines neuen Gesundheitsverständnisses auf der Grundlage von sechs Qualitätsmerkmalen vorgenommen, die Per-Anders-Tengland, einer der Autoren der zeitgenössischen Debatte, anbringt (4.2.2 – „Tenglands Qualitätskriterien für Gesundheitsdefinitionen“). Es handelt sich dabei um das „Language Criterion“, das „Homogeneity Criterion“, das „Reliability and Measurability Criterion“, das „Goal Criterion“, das „Theory Criterion“ und das „Normative Adequacy or Utility Criterion“. (Tengland 2016, 9)

2. Rekonstruktion

2.1. Zusammenfassung des Gesundheitskonzepts in *Health Justice*


ein Mensch besitzt, desto besser ist er in der Lage, ihm zur Verfügung stehende Ressourcen zu nutzen, um etwa gesundheitsgefährdende Situationen in weniger gefährliche Situationen „umzuwandeln“. (Venkatapuram 2011, 144).

Die oben beschriebenen vier Einflussfaktoren reichen von submolekularen Einflüssen bis hin zu globalen Geschehnissen, wobei Venkatapuram dazu tendiert, die „kleinen“ Prozesse als dem Individuum innewohnende Vorgänge anzusehen und „größere“ nationale oder globale Vorkommnisse als äußere soziale oder physikalische Einflussfaktoren (Venkatapuram 2011, 155). Im günstigsten Falle entsteht durch diese Einflüsse Gesundheit, selbstverständlich können die Einflüsse der Gesundheit aber auch abträglich sein.


"The capability to be healthy is a person’s ability to achieve or exercise a cluster of basic capabilities and functionings, and each at a level that constitutes a life worthy of equal human dignity in the modern world.” (Venkatapuram 2011, 143)


Spricht man einem Individuum zu, berechtigte Ansprüche an die Gesellschaft zur Förderung seiner eigenen Gesundheit zu stellen, so nähert man sich gedanklich der Idee eines Menschenrechts auf Gesundheit an (Venkatapuram 2011, 3). Venkatapuram formuliert diesen Anspruch folgendermaßen: „[…] an entitlement to a capability, or more accurately, to the social bases of each of the causal components of a capability, should be understood as being a ‘cluster-right’.“(Venkatapuram 2011, 163). Nicht nur von einem Recht, sondern von einem „Cluster-Right“, spricht Venkatapuram, weil die verschiedenen Capabilities untereinander Einfluss nehmen, und jede dieser Capabilities von verschiedenen möglichen Akteure befördert und unterstützt werden kann (Venkatapuram 2011, 163). Gesundheit erscheint Venkatapuram als hochgeschätztes Gut, dessen besonderen Wert er sich unter anderem aus dessen doppelter Funktion erklärt.

2.2. Komponenten des Gesundheitskonzepts in Health Justice

2.2.1. Nordenfelt

Die Kerndefinition der Gesundheitstheorie Lennart Nordenfelts lautet folgendermaßen:

„A is completely healthy, if and only if A is in a bodily or mental state which is such that A has the second-order ability to realize all his or her vital goals given standard or reasonable circumstances. The set of A’s vital goals is the set of states of affairs which are necessary and together sufficient for A’s minimal happiness in the long run.” (Nordenfelt 2013, 280)

Ziele seien sogar unabhängig davon, ob ein Mensch sich ihrer bewusst sei: „And in the case of a person who is ignorant of most goods in life, her Vital Goals are not identical with the objects of her conscious wants. […] Among this person’s vital goals are therefore some of which she may not be aware.” (Nordenfelt 2013, 282)


Die Gesellschaft hat für Nordenfelt eine zweifache Bedeutung: Zum einen nimmt sie Einfluss auf die Standardumgebung eines jeden Individuums. Zum anderen entscheidet sie mit, welches Maß an Glück das Minimum an Glück darstellt. (Nordenfelt 1987, xvi)


Lennart Nordenfelts Theorie ist für Venkatapuram insofern interessant, als er aus ihr wesentliche Elemente für seine eigene Theorie übernimmt (vgl. 2.2.3 – „Konstruktionsvorgang der Meta-Capability der Gesundheit“). Venkatapuram schätzt Nordenfelts Theorie zum einen für die Idee der Fähigkeiten zweiter Ordnung, zweitens hält er die darin verarbeitete Erkenntnis, dass die soziale Umgebung des Menschen wesentlichen Einfluss auf seine Gesundheit nehmen für äußerst relevant. In der Diskussion zwischen Nordenfelt und Venkatapuram wird sich zeigen, dass Venkatapuram verschiedene Aspekte der Nordenfeltschen Theorie kritisiert. Obwohl Nordenfelt den gesellschaftlichen Einfluss auf die Gesundheit eines Menschen anerkenne, gelinge es ihm nicht seine Gesundheitsdefinition so zu formulieren, dass die

2.2.2. Capability Approach und Entitlement Analysis


Es ist anzumerken, dass der Capability Approach Teil des „practical strand of normative political philosophy“ ist und somit zum Ziel hat eine Leitschnur für echtes menschliches Handeln zu bieten (Robeyns [2011]). Dies führt laut Robeyns unter anderem dazu, dass mitunter selbst in der theoretischen Arbeit mit Vereinfachungen und Kompromissen gearbeitet werden (ibid.). Der Wunsch theoretische Arbeit zu leisten, die
für die Realität von Relevanz ist zeigt sich beispielsweise darin, dass Nussbaum sich auch mit Genderthematiken, Pflegeethik, Tier- und Umweltethik befasst (Nussbaum 2015). Ohne, dass in der vorliegenden Arbeit auf diese Überlegungen näher eingegangen werden kann, sollte nicht unerwähnt bleiben, dass sich der Capability Approach als Alternative zu vorangegangenen Gerechtigkeitstheorien positioniert; insbesondere als Alternative zum Utilitarismus und zum Rawlschen Gerechtigkeitsverständnis (Robeyns [2011]).


in der Welt – selbst für sich entscheiden, welche Capabilities er höher schätzt und welche
gerinder. Gleichzeitig formuliert Nussbaum jedoch gewisse Einschränkungen dieser
Wahlfreiheiten: Sie nimmt an, dass Kindern gewisse Arten von Functionings abverlangt
werden können, um zukünftige Entwicklungschancen zu erhalten oder zu befördern
(Nussbaum 2015, 34). Außerdem möchte sie es Menschen nicht freistellen „mit Achtung
und ohne Demütigung behandelt zu werden.“ (Nussbaum 2015, 34/5)

Diese Überzeugung hängt aus ihrer Sicht auch mit ihrem Verständnis der
menschlichen Würde zusammen: Diese menschliche Würde wohnt jedem Menschen
aufgrund seines Menschseins inne und um dieser Würde Genüge zu tun, ist ein Leben mit
einem gewissen Maß an Handlungsmöglichkeiten und Chancen unabdingbar.

Martha Nussbaum formuliert eine Liste an Basis-Capabilities, die um der Würde
willen erfüllt sein müssen. Hierbei spielt sicherlich auch die bereits angeklungene
Überlegung eine Rolle, dass nicht jede Einschränkung der eigenen Lebensqualität
akzeptiert werden sollte. Diese Liste stellt also ein Minimum als universal angenommener
Werte dar, im Rahmen einer Theorie, welche großen Wert auf die Entwicklung eigener
Lebenskonzeptionen legt. Die Liste, welche ein gelungenes Leben in Würde
widerspiegelt lautet folgendermaßen:

„1. Leben: Fähig zu sein, ein Menschenleben normaler Dauer zu leben; nicht verfrüht zu
sterben oder bevor das Leben so eingeschränkt ist, dass es nicht mehr lebenswert ist.

2. Körperliche Gesundheit: Sich einer guten Gesundheit, einschließlich der reproductiven
Gesundheit, erfreuen zu können; ausreichend ernährt zu sein und eine angemessene
Unterkunft zu besitzen.

3. Körperliche Unversehrtheit: Fähig zu sein, sich frei zu bewegen; vor gewalttätigen,
einschließlich sexuellen Übergriffen und häuslicher Gewalt geschützt zu sein; über
Gelegenheiten sexueller Befriedigung zu verfügen und frei in Fragen der Fortpflanzung
entscheiden zu können.

4. Sinne, Vorstellungskraft, Denken: In der Lage zu sein, die Sinne zu benutzen,
Vorstellungen zu entwickeln, zu denken und zu argumentieren – und all dies auf »wirklich
menschliche« Weise zu tun, d.h. geprägt und kultiviert durch eine hinreichende Bildung, die
Lese-, Schreibfähigkeiten und Grundkenntnisse der Mathematik und Wissenschaft
einschließt, sich darauf aber nicht beschränkt; Vorstellungskraft und Denken im Zusammenhang mit dem Erleben und Erzeugen von Werken der eigenen Wahl, u.a. religiöser, literarischer, musikalischer Art, nutzen zu können; befähigt zu sein, den eigenen Verstand auf eine Weise zu nutzen, die durch Garantien politischer und künstlerischer Meinungsfreiheit sowie der freien Religionsausübung geschützt ist; fähig zu sein, angenehme Erfahrungen zu machen und unnötigen Schmerz zu vermeiden.

5. **Gefühle**: Fähig zu sein, Bindungen zu Dingen und Personen außerhalb unserer selbst zu entwickeln; die zu lieben, von denen man geliebt wird und die sich um einen sorgen; bei deren Abwesenheit betrübt sein zu können; generell gesagt Liebe, Trauer, Sehnsucht, Dankbarkeit und berechtigten Zorn erfahren zu können; fähig zur Entwicklung eigener Gefühle zu sein, diese nicht durch Furcht und Sorgen verkümmern lassen zu müssen (diese Fähigkeit zu befördern heißt, Formen menschlichen Zusammenschlusses zu befördern, die für deren Entwicklung nachweislich entscheidend sind).

6. **Praktische Vernunft**: Fähig zu sein, eine Vorstellung vom Guten zu bilden und über die eigene Lebensplanung in kritischer Weise nachzudenken (dies beinhaltet den Schutz der Gewissensfreiheit und der Freiheit der Religionsausübung).

7. **Zugehörigkeit**: (A) Fähig zu sein, mit anderen und für andere zu leben, andere Menschen anzuerkennen und sich um sie zu kümmern, sich an vielfältigen Formen gesellschaftlicher Interaktion zu beteiligen; sich in die Lage eines anderen hineinversetzen zu können (diese Fähigkeit zu schützen heißt Institutionen zu schützen, die solche Formen der Zugehörigkeit schaffen und hegen, wie auch die Versammlungsfreiheit und die Freiheit der politischen Rede zu schützen.) (B) Über die gesellschaftlichen Grundlagen der Selbstachtung und der Nichtdemütigung zu verfügen; fähig zu sein, mit einer Würde behandelt zu werden, die der anderer gleich ist. Hierzu gehören Regelungen, die die Diskriminierung auf Grundlagen der Hautfarbe, des Geschlechts, der sexuellen Orientierung, der Ethnizität, der Kastenzugehörigkeit, der Religion und der nationalen Herkunft ausschließen.

8. **Andere Gattungen**: Fähig zu sein, in Rücksicht auf Tiere, Pflanzen und Natur und in Beziehung mit diesen zu leben.

9. **Spiel**: Lachen, spielen und sich Freizeitaktivitäten erfreuen zu können.
10. **Kontrolle über die eigene Umwelt:** (A) Politisch: Fähig zu sein, sich effektiv an den politischen Entscheidungsprozessen zu beteiligen, die das Leben bestimmen; das Recht zu politischer Teilnahme zu besitzen, den Schutz der freien Rede und der Versammlungsfreiheit zu genießen. (B) Materiell: Über Eigentum (sowohl an Land als auch an mobilen Gütern) verfügen zu können und Eigentumsrechte gleich anderen Menschen zu besitzen; das Recht, gleich anderen eine Beschäftigung zu suchen; unberechtigte Durchsuchungen und Beschlagnahme nicht fürchten zu müssen. Fähig zu sein, als Mensch zu arbeiten, die praktische Vernunft einzusetzen und in sinnvolle Beziehungen zu anderen Beschäftigten auf der Basis gegenseitiger Anerkennung zu treten.“ (Nussbaum 2015, 41–42)


Der Capability Approach hat ihrer Einschätzung nach noch nicht entschieden, welches Maß an individueller Freiheit er tatsächlich umzusetzen wünscht. Zwar ist die


Entitlement Analysis:


Venkatapuram interessiert sich außerdem für die Feststellung, dass Hunger ein Problem ist, das dann auftritt, wenn die sozial gesteuerten Austauschmechanismen am Markt eine gleichmäßige Verteilung von Nahrungsmitteln verhindern (Venkatapuram 2011, 102). Dieser Feststellung verdankt Venkatapuram seine Überzeugung, dass in unserer Welt allem voran die sozialen Einflussfaktoren sind, die über die Capabilities,
und damit auch über die Capability gesund zu sein, von Menschen entscheiden (Venkatapuram 2011, 106).


2.2.3. Konstruktionsvorgang der Meta-Capability der Gesundheit

Venkatapuram beschreibt die neuere Entwicklung auf dem Feld der Gesundheitsdefinitionen als eine Entwicklung, die von Christopher Boorses naturalistischer Gesundheitstheorie ausgeht und sich über Nordenfelt hin zu einer Vorstellung entwickelt, dieCapabilities mitbedenkt (Venkatapuram 2011, 31). Dieser letzte Schritt ist dann seine eigene neue Gesundheitsdefinition. Nachdem die verschiedenen Komponenten, aus denen sich das Gesundheitskonzept Venkatapurams entwickelt, bereits einzeln vorgestellt wurden, wird im Folgenden beschrieben, wie genau sie zusammengeführt werden und welche Konsequenzen dies hat. Bildlich gesprochen entwickelt Venkatapuram seine neue Gesundheit, als setze er in einem Modulbaukasten verschiedene Teile zusammen: Verschiedene Komponenten mit verschiedenen Funktionen werden zusammengeführt und ergeben am Ende eine Einheit:


Mit Hilfe von Sen und Drèzes „Entitlement Analysis“ verfeinert und strukturiert Venkatapuram die Beschreibung der äußeren Einflüsse auf das Individuum, indem er
physikalische und soziale Einflussfaktoren unterteilt. Außerdem spricht er neben der biologischen Ausstattung eines Individuums auch von dessen „agency“ oder anders ausgedrückt dessen „conversion skills“. (vgl. dazu 2.2.2 – „Capability Approach und Entitlement Analysis“)


Im Besonderen geht Venkatapuram auf die erste und die zweite der Basis-Capabilities ein: Die Capability eine angemessene Zeitspanne zu verleben (1) und die Capability bei guter Gesundheit zu sein (2). Diese beiden Capabilities sind, genauso wie die anderen 8 Basis-Capabilities, Teil der von Venkatapuram geschaffenen Meta-Gesundheits-Capability. Die Meta-Capability beinhaltet die Capability zum Verleben


Dass Nussbaum und Nordenfelt sich gut verbinden lassen, liegt laut Venkatapuram daran, dass sowohl Nussbaum als auch Nordenfelt sich mit Handlungsmöglichkeiten und nicht mit Funktionen befassten. Beiden gehe es um die Möglichkeit Dinge zu erreichen, aber nicht um das Erreichen an sich (Venkatapuram 2011, 64) Dieser Gedanke findet sich sowohl in der Fähigkeit zweiter Ordnung, als auch in der Idee des Capability (vgl. 2.2.1 - Nordenfelt sowie 2.2.2 – „Capability Approach und Entitlement Analysis“).

Bei Nordenfelt hält Venkatapuram vor allem den Einfluss der Umgebung auf die Handlungsfähigkeit des Menschen für besonders gelungen. Sowohl in der Idee der Handlungsfähigkeit zweiter Ordnung, als auch durch die Idee Gesundheit innerhalb einer Standardumgebung zu definieren, finde sich dieser Einfluss. Durch Nussbaums Capability bekomme als nächster Schritt die Diversität menschlicher Fähigkeiten und Bedürfnisse besondere Aufmerksamkeit. (Venkatapuram 2011, 66)

Venkatapuram geht dann auch davon aus, dass die Rolle der Umwelt in seiner neuen Theorie sehr viel besser beschrieben sei als bei Nordenfelt: Nordenfelt definiere anhand einer Standardumgebung, welche Zustände eines Menschen gesund seien und welche nicht. Indem Venkatapuram Nussbaums konkrete Liste an die Stelle der Vital Goals setze, müssten sich die äußeren Umstände anpassen, um den Gesundheitsanspruch zu erfüllen. (Venkatapuram 2011, 66)

Im Wesentlichen lässt sich die Veränderung von Nordenfelt zu Venkatapuram durch fünf Entwicklungsschritte beschreiben:

1. **Vital Goals werden durch Capabilities ersetzt**
2. **Fähigkeiten zweiter Ordnung werden durch Capabilities ersetzt**
3. **Reasonable Circumstances bzw. Standard Circumstances werden durch die physische und soziale Umgebung eines Menschen ersetzt**
4. **Minimal Happiness wird durch Lebensqualität bzw. „Well-Being“ ersetzt; aus dem Schwellenwert der Minimal Happiness wird ein Minimum an Lebensqualität**
5. **eine Meta-Capability wird eingeführt**

2.3. Normative Aspekte der Gesundheitstheorie in Health Justice

2.3.1. Capabilities als normatives Element


Vorneweg soll noch einmal Venkatapurams Verständnis von Capabilities aufgegriffen werden, da Gesundheit in Health Justice als Set von Basis-Capabilities verstanden wird: Die einzelnen Capabilities der Meta-Gesundheits-Capability sind beeinflusst von der genetischen oder biologischen Ausstattung des Menschen, von seiner Fähigkeit gewinnbringend mit den Begebenheiten seiner Umgebung umzugehen, von

2.3.2. **Würde und Capabilities**


Venkatapuram folgt in dieser Argumentation Martha Nussbaum, die Basis-Capabilities im Allgemeinen als grundlegende Eigenschaften oder Errungenschaften menschlichen Lebens beschreibt, welche neben ihrem instrumentellen auch einen intrinsischen Wert für den Menschen besitzen und gerade darum besonders wertvoll und schützenswert sind (Venkatapuram 2011, 113/147). Da Venkatapuram die Liste der Basis-Capabilities als Gesamtpaket in sein eigenes Gesundheitsmodell übernimmt, geht er davon aus, dass die Herleitung des Werts dieser Basis-Capabilities von Martha Nussbaum noch genauso gelten muss wie in deren eigener Theorie, auch wenn er die Gesamtheit dieser Basis-Capabilities „umbenennt“ und als Gesundheit bezeichnet. (Venkatapuram 2011, 146)

Wie leitet Nussbaum diesen Wert her? Sie tut dies, laut Venkatapuram, indem sie den Wert ihrer 10 Basis-Capabilities von der Würde des Menschen herleitet. Weil der Mensch eine Menschenwürde besitzt, hat er einen Anspruch auf einen Grundstock an Basis-Capabilities, die Würde schaffen und zugleich würdevolle Lebensumstände ermöglichen. Würde und Capabilities sind nach Venkatapurams und Nussbaums Verständnis gleichwertig. Sie konstituieren sich gegenseitig (Venkatapuram 2011,
Diese Würde, so beschreibt Venkatapuram, spricht Nussbaum den Menschen zu, weil sie „tierisch“ sind („animality“), auf Hilfe angewiesen, („needy“), auf Mitmenschen angewiesen, („sociable“), und weil sie zu Vernunft fähig („capable to reason“), sind (Venkatapuram 2011, 135). Es kann überlegt werden können, inwieweit mit derselben Überlegung auch Tiere eine Würde haben könnten, und ob auch sie einen Anspruch auf Capabilities haben. In einem Extremfall, indem einem Tier zusätzlich zu seinem Status als Tier, Gesellschaftsfähigkeit, Hilfsbedürftigkeit und Vernunftfähigkeit zugesprochen werden können, müsste sich aus Sicht der vorliegenden Arbeit konsequentenweise die Frage stellen, ob sie nicht sogar eine der Menschenwürde sehr ähnliche oder sogar gleichwertige Würde besitzen. Da Venkatapuram sich zu solchen Überlegungen nicht äußert, ist es sinnvoll einen Blick auf Martha Nussbaums Arbeit zu werfen: Diese äußert sich zu Fragen der Tierethik. Sie geht davon aus, dass auch Tiere eine Würde besitzen. Ihrer Meinung nach kann jeweils ein „gattungsspezifisches“ Capability-Set aufgestellt werden, welches dann um der Würde des jeweiligen Tieres willen zu achten ist. Welche Handlungsmöglichkeiten sich am Ende im jeweiligen Set befinden, inwieweit die Fähigkeit Schmerz zu empfinden, das Leid des Todes an sich oder auch ein Verständnis über die eigene Zukunft auf dieses Set Auswirkung haben, lässt sie jedoch offen. (Nussbaum 2015, 161)


2.3.3. Ansprüche auf Beförderung der Gesundheit, die in Health Justice formuliert werden

Wie oben beschrieben ist die „metric“ des Capability Approach im Allgemeinen und so auch der Theorie Venkatapurams die Capability. In Venkatapurams Fall lässt sich dies sogar noch genauer sagen: es handelt sich um die Meta-Gesundheits-Capability. Der besondere Wert dieser Gesundheit begründet sich laut Venkatapuram durch die Achtung der menschlichen Würde. Die Grundannahme, die sich aus dem vorangegangenen Abschnitt herleiten lässt, ist also die Annahme, dass ein Anspruch auf Gesundheit ein Anspruch auf eine definierte Menge von jeder der Basis-Capabilities aus Nussbaums Liste ist. Dieser Anspruch besteht für jeden Menschen weltweit. Inwieweit konkretisiert Venkatapurams Theorie diesen Anspruch?

Das exakte Maß, zu dem Gesundheit der Würde wegen gegeben sein muss, ist genauso wie der Inhalt der Liste der 10 Basis-Capabilities Health Justice (noch) nicht ermittelt. Venkatapuram fragt, wie Ansprüche ermittelt werden sollen. Um der Frage nach

Venkatapuram zieht eine Unterteilung von Ansprüchen auf Capabilities heran, in der er mögliche Ansprüche auf Gesundheit in solche negativer Art, positiver Art und einer dritten Kategorie unterteilt. Negative Ansprüche sind dieser Einteilung nach zu verstehen als Schutz vor Verletzungen der eigenen Gesundheit, positive Ansprüche versteht er als Anspruch auf Unterstützung der eigenen Gesundheits-Capability, und Ansprüche der dritten Kategorie zielen auf Wiedergutmachung erlittener Gesundheitsverletzungen, die vermeidbar gewesen wären (Venkatapuram 2011, 19).

Venkatapuram spricht von „Ansprüchen, Ermächtigungen, Privilegien und Immunitäten“, die von Einzelfall zu Einzelfall variieren und zu analysieren sind.

Außerdem leitet Venkatapuram aus seinen Überlegungen einen Anspruch auf Auflösung sozialer Ungleichheit ab: „Thus, in order to ensure that individuals live their full lifespans and avoid preventable disease-related impairments, there will be a need indefinitely to regulate or prevent certain social inequalities in order to prevent or mitigate resulting inequalities in health capability. […] The upshot of this is that Nussbaum’s theory is not a minimal theory at all; it fixes society to a great extent below and above any minimal thresholds […]“ (Venkatapuram 2011, 152) Auch wenn Venkatapuram nicht angibt, welches nun die speziellen sozialen Ungleichheiten sind, die eingedämmt werden müssen, wird er doch recht deutlich darin, dass soziale Ungleichheit ein Problem für die Gesundheit der Menschen darstellt, und dass dagegen unbegrenzt – „indefinitely“ – vorzugehen ist. Er spricht sich entschieden dagegen aus, dass Individuen einfach nur ein Satz materieller Ressourcen zur Verfügung gestellt wird, der sie über die immer noch nicht festgesetzte Minimalschwelle hebt, ohne dass weitere Maßnahmen geschehen.
Außerdem ist er der Meinung, dass auch in Gesellschaften oberhalb der Schwellenwerte Gerechtigkeit nach dem Modell des Capability Approach zu verstehen und zu schaffen sei, da sich die Gesellschaft sonst in ständiger Gefahr befinde aufgrund eines maroden Gerechtigkeitsverständnisses Bevölkerungsteile unter das Minimum rutschen zu lassen. (Venkatapuram 2011, 152)


2.3.4. **Verpflichtungen, die in Health Justice formuliert werden**

Wer ist verantwortlich dafür, dass die im vorangegangen Kapitel besprochenen Ansprüche eines Menschen auf Gesundheit erfüllt werden?

„These obligations map onto a diverse range of social actors depending on how each is situated in relation to the causes, persistence, consequences, distribution patterns and differential experience of impairments and mortality as well as the actor’s own abilities or powers.” (Venkatapuram 2011, 21, Kursivierung S.N.)

Venkatapurams Antwort verweist auf eine Vielzahl verschiedener Verantwortlicher, die je nach Beziehung zum Individuum, je nach Schuldhaftigkeit oder eigenen Handlungsmöglichkeiten diese Gesundheit unterstützen müssen. Es gibt, da ist sich

Venkatapuram macht also keine konkreten Verantwortlichen ausfindig. Er beschränkt sich darauf zu verweisen, dass der von ihm vertretene Anspruch auf Gesundheit, als Anspruch auf die „social base“ jeder einzelnen der Basis-Capabilities zu verstehen ist. Dieser Einfluss moduliere, so Venkatapuram, alle vier aufgezählten Einflussfaktoren auf die Gesundheit eines Menschen. (Venkatapuram 2011, 156) Er befasst sich in Health Justice mit Themen wie sozialem Stress und der Verbreitung von Infektionskrankheiten, die aus seiner Sicht die gesellschaftliche Grundlage von Gesundheit bzw. den gesellschaftlichen Einfluss auf die Gesundheit Einzelner deutlich werden lassen ohne direkt auf Verantwortliche zu verweisen.

2.3.5. „Social Determinants of Health“


2.3.6. Empirische Gesundheitsforschung

Wie im vorherigen Kapitel (normative Grundlage) angedeutet, hat epidemiologische Forschung für Venkatapurams Gesundheitskonzeption mehrere wichtige Funktionen:

Zum einen stützt sich sein Konzept bereits in seiner Konstruktion auf die epidemiologische Disziplin. Seine Gesundheitstheorie hat sich abhängig von statistisch entdeckten Zusammenhängen und Einflüssen entwickelt. Im Gegenteil antwortet Venkatapuram mit seiner Gesundheitskonzeption auf eine Wirklichkeit, die ihm nur zur Verfügung steht, weil sie durch die epidemiologische Arbeit anderer sichtbar gemacht wurde. Insbesondere Amartya Sen, einer der „Giganten“ auf deren Schultern sich Venkatapuram wähnt (Venkatapuram 2011, introduction), hat im Laufe seines Arbeitens


Nicht zuletzt ist für Venkatapurams die Implementierung seiner Meta-Gesundheits-Capability in der Praxis nicht vorstellbar ohne epidemiologische Forschung. Venkatapuram geht davon aus, dass eine exakte Analyse der realen Umstände in der echten Welt Verantwortlichkeiten und Kompetenzen offenbart, die es braucht, um Gesundheit zu schaffen (Venkatapuram 2011, 234/5). Wie sich aus dem
vorangegangenen Kapitel (2.3.3 – „Ansprüche auf Beförderung der Gesundheit, die in Health Justice formuliert werden“; 2.3.4 – „Verpflichtungen, die in Health Justice formuliert werden“) zeigt, macht Venkatapuram kaum konkrete Anweisungen wie Gesundheit umgesetzt werden muss und nur wenige konkrete Vorschläge, wie Gesundheit umgesetzt werden könnte.


Der Fokus auf Krankheitsentstehung ist Venkatapurams Ansicht aber nicht das größte Manko. Problematischer sei, dass diese Vorstellungen Krankheitsentstehungsmechanismen lediglich auf der Ebene des einzelnen Individuums betrachtete und größere Zusammenhänge außen vor lasse (Venkatapuram 2011, 76)

könne. Solche Erkenntnisse gewinne man aber nur durch eine Betrachtung auf Bevölkerungsebene und nicht durch eine reine Betrachtung einzelnen Individuen. Beide Ebenen seien am Ende wichtig für das Gesamtbild; Überlegungen zu der Frage wie sich die Gesundheit von Einzelnem und Gruppe genau zueinander verhalten, sind wichtiger Bestandteil des neuen Gesundheitskonzepts (vgl. 3.2.3.3 – „Gesundheit von Gruppen“). (Venkatapuram 2011, 33)


3. Die zeitgenössische Debatte um Venkatapurams neue Gesundheitsdefinition


3.1. Diskussionen über Gesundheit

3.1.1. Venkatapuram – Nordenfelt

„Nordenfelt makes vital goals relative to each community or context and significantly reflective of personal preferences. […] The theory of health advanced here [in Health Justice] replaces Nordenfelt’s (seemingly) empty set of preferences and society-relative vital goals […]” (Venkatapuram 2013, 271)

„Standard Circumstances“:


Der Überlegung, dass auch die Ausbildung persönlicher Vital Goals von der Umgebung des Menschen beeinflusst wird, erscheint Nordenfelt hingegen schlüssig. Er versucht dieses Problem zu lösen, indem er erklärt, dass Vital Goals nicht unbedingt
bewusst sein müssen. Sie könnten irgendwann im Laufe eines Menschenlebens bewusst werden; vielleicht auch nie. Er sagt dies mit Blick auf Babys, Kleinkinder und Demente. Zudem denkt er an Menschen in abgeschiedenen Gesellschaften, die aufgrund ihrer Geografie und schlechten Anbindung an den Rest der Welt ohne echten Zugang zu wünschenswerteren Lebenskonzeptionen verblieben. (Nordenfelt 2013, 282)


Vital Goals – unbestimmt und subjektiv?:


Nordenfelts Erwiderungen zu diesen Kritiken, beginnend mit der Bemängelung des Fehlens konkreter Schwellenwerte, sind die folgenden: Nordenfelt ist der Ansicht, dass es nicht Aufgabe einer philosophischen Basisanalyse ist, solche Schwellenwerte konkret festzulegen. Er erkundigt sich mit einer rhetorischen Frage inwieweit Venkatapuram in seiner eigenen Arbeit solche Schwellen festlege. (Nordenfelt 2013, 284)


3.1.2. **Boorse**


„1. Die Referenzklasse ist eine natürliche Klasse von Organismen mit einem einheitlichen Funktionsdesign, genauer: eine Altersgruppe innerhalb eines Geschlechts einer Spezies

2. Eine normale Funktion eines Teils oder Prozesses der Mitglieder der Referenzklasse ist ein durch diesen [Teil oder Prozess] geleisteter, statistisch typischer Beitrag zu deren individuellem Überleben und Reproduktion."

4. Eine Krankheit ist ein Typ eines inneren Zustandes, der die Gesundheit beeinträchtigt, das heißt, eine oder mehrere Funktionsfähigkeiten so vermindert, dass sie unterhalb der typischen Effizienz liegen.“

Die alternativen Formulierungen der Punkte 3 und 4 lauten:

„3. Eine Krankheit ist ein Typ eines inneren Zustandes, der entweder eine Beeinträchtigung der normalen Funktionsfähigkeit darstellt, das heißt eine Verminderung einer oder mehrerer Funktionsfähigkeiten, so dass sie unterhalb der typischen Effizienz liegen, oder eine Einschränkung der Funktionsfähigkeit, verursacht durch Umwelterreger.

4. Gesundheit ist die Abwesenheit von Krankheit.“ (Boorse 2012, 84/95/102)


Er formuliert in der Ausarbeitung seiner Theorie die zwei Zustände „disease“ und „illness“, die beide mit Krankheit zu übersetzen sind. Seine Definitionen nutzen dabei


Biologische Funktionen leisten nach Boorses Verständnis stets einen Beitrag zum Erreichen zweier Ziele: Im Falle der Betrachtung von Gesundheit sind diese Ziele der Fortbestand einer Spezies und das Überleben jedes ihrer einzelnen Mitglieder, weshalb die gesundheitsrelevanten Funktionen der BST auf individuelles Überleben und Reproduktion zielen. (Boorse 2012, 84–86)


Boorse nutzt in diesem Zusammenhang den Begriff „Speziesdesign“. Er beschreibt den Prototypen einer beliebigen Spezies, dessen genauer körperlicher Aufbau sich aus dem Mittelwert aller beobachteter Mitglieder einer Referenzgruppe ergibt. Dieser ideale Organismus ist der Durchschnittsorganismus einer Referenzgruppe und


Strukturelle Abweichungen von der Norm ohne Einschränkungen der Funktion des Überlebens oder der Reproduktion sind im Rahmen von Boorses Theorie keine Erkrankungen (Boorse 2012, 100). Ebenso wenig sind Funktionseinschränkungen der Reproduktion oder des Überlebens als krankhaft zu bezeichnen, die eine gesamte Referenzgruppe betreffen. Die benigne Prostatahyperplasie dient Boorse hier als Beispiel: Zwar stellt sie eine Funktionseinschränkung dar, jedoch findet sie sich ab einem gewissen Alter bei nahezu jedem Mann, sodass sie nach seiner Definition eine Alterserscheinung ohne Krankheitswert ist. Vielmehr ist sie Teil der statistischen Normalität der Referenzgruppe der alten Männer. (Boorse 2012, 103)

Anders sieht es aus bei Krankheiten, die universell durch Umwelteinflüsse hervorgerufen werden. Die COPD, eine chronische Schädigung der Lunge aufgrund jahrelanger Exposition mit Verbrennungsprodukten wie sie beispielsweise beim Rauchen aber auch beim Heizen mit Holz oder anderen organischen Materialien entstehen, ist aus Boorses Sicht eine Krankheit. Um solche Einflüsse nicht zu übersehen, entwickelte Boorse die zweite Fassung der Definition von „Krankheit“, welche durch Umwelterreger
bedingte Funktionseinschränkungen der relevanten Funktionen als krankhaft bezeichnet. (Boorse 2012, 102)

Für die spätere Diskussion zwischen Boorse und Venkatapuram ist es wichtig bereits an dieser Stelle verstärkt auf die Idee der Normalität in Boorses Theorie einzugehen. Es wird sich zudem als fruchtbar erweisen seine Überlegungen über Gestalt, Möglichkeit und Notwendigkeit einer positiven Gesundheit in seiner Theorie einmal aufzugreifen.

Ausrichtung eines Gesundheitswesens oder die Frage nach „Enhancement“ müssten argumentativ außerhalb einer Gesundheitsdefinition geklärt werden, was auch durchaus möglich sei. (Boorse 2012, 104–10) Es zeigt sich auch hier noch einmal, dass Boorse Gesundheit durch das Konzept der „disease“ definiert und den wertenden Begriff der „illness“ nicht in seine Gesundheitsdefinition integriert.

3.1.3. Venkatapuram – Boorse


Eine der Annahmen, die Venkatapuram in eine Gegenposition zu Boorse bringt, ist die folgende: “[…] human beings can and do change the baseline of health functionings through social action, the baseline and consequent thresholds of disease and health are not natural.“ (Venkatapuram 2011, 51) Venkatapuram schreibt, dass eine Definition wie
die BST den sozialen Einflüssen auf die menschliche Gesundheit nicht gerecht würde. Menschen beeinflussten laut Venkatapuram ihre Umgebungsbedingungen viel mehr als dies andere Tiere täten. Darum sieht Venkatapuram den Einfluss der Umwelt auf die menschliche Gesundheit als normatives Problem. Über dieses Problem sehe Boorse hingegen hinweg (Venkatapuram 2011, 51).

Boorse stimmt Venkatapuram darin zu, dass es sein kann, dass man durch Anwendung seiner Definition alleine in manchen Fällen nicht erkenne, ob die Umgebung einer Population den Gesundheitslevel derselben Population senke. Er stimmt ihm auch darin zu, dass die Verbesserung äußerer Umstände gegebenenfalls zur Verbesserung von Gesundheit führen könne und verweist auf sein, bereits im vorigen Kapitel behandeltes, limitiertes Verständnis positiver Gesundheit. Auch hält er solche Entwicklungen hin zu besseren Lebensbedingungen für wünschenswert. Allerdings schreibt er, dass die Verwendung der BST, „uns davon abhält eine solche Umweltverbesserung an sich als Krankheitselimination zu bezeichnen“. (Boorse 2014, 710) Ob die Umgebung des Menschen nun sozial moduliert ist oder nicht, habe aus seiner Sicht für die reine Beobachtung des Gesundheitsdurchschnittswerts wenig Bedeutung. Boorse merkt an, dass auch andere Tiere ihre Umgebung verändern, indem sie Nester bauen oder Spinnweben. Diese Art von Einflussnahme ist aus seiner Sicht also noch nicht einmal eine spezifisch menschliche Eigenschaft. „I do not agree that any of this introduces values into the concept of health,[…]“ schreibt Boorse. (Boorse 2014, 709)


Boorse gibt zu, dass er sich in den 70ern zu einer unangemessenen Aussage habe hinreißen lassen. Seine Stellungnahme im Second Rebuttal On Health lautet, dass es eben gerade nicht häufig sei, dass Mütter unter Geburt verstürben, und dass dies darum weder normal noch gesund sei. (Boorse 2014, 720 Anm. 39)


Während Boorse davon ausgeht, dass sein Konzept beschreibend und wertfrei ist, zweifelt Venkatapuram dies an, weil Gesundheit von Menschen beeinflusst wird. (Venkatapuram 2011, 51) Wie ernst er diesen Einfluss nimmt, zeigt sich beispielsweise an seiner Beschäftigung mit der gesellschaftlichen Beeinflussbarkeit von Gesundheit (vgl. 2.3.5 – „Social Determinants of Health“). Sowohl Boorse als auch Venkatapuram scheinen in dem sozialen Einfluss auf die menschliche Gesundheit eine normative Komponente zu erkennen. Boorse ist aber der Ansicht, dass damit nicht automatisch Gesundheit zu einem
wertgeladenen Konzept wird, sondern dass Gesundheit neutral und der Einfluss als Wertfrage verstanden werden kann. Er geht davon aus, dass Venkatapurams Zielsetzung Umwelt und die Gesellschaft so zu verändern, dass Menschen gesünder werden, außerhalb einer Gesundheitsdefinition erhoben werden kann, und dass seine eigene Definition von Gesundheit sich Venkatapuram dabei nicht entgegenstellt (Boorse 2014, 709).


Außerdem geht Venkatapuram ganz entgegen Boorse davon aus, dass die Meta-Gesundheits-Capability auch einen Wert an sich für Menschen darstellt, selbst ohne Gesundheit als rein instrumentellen Wert zu verstehen. Venkatapuram hält es ganz grundsätzlich weder für möglich noch für wünschenswert Gesundheit wertneutral zu beschreiben: „The theory I am advancing rejects the plausibility and pursuit of a value-free and scientific notion of health […]“ (Venkatapuram 2011, 42).
3.2. **Kritik an Health Justice**

3.2.1. *Wer partizipiert in der zeitgenössischen Diskussion?*

**Prof. Dr. Thomas Schramme**


**Prof. Michael J. Selgelid**

Prof. Michael J. Selgelid erwarb einen Bachelor in Biomedical Engineering an der Duke University und einen PhD in Philosophie an der University of California in San Diego. Derzeit ist Michael J. Selgelid Professor an der Monash University in Melbourne. Neben verschiedenen anderen Engagements ist er Direktor des „Collaborating Centre for Bioethics at Monash“ der WHO. Michael J. Selgelids Forschungsschwerpunkte liegen im Bereich angewandter Ethik sowie Public Health-Ethik. Insbesondere befasst er sich mit ethischen Fragestellungen zu Infektionskrankheiten und biotechnologischem Fortschritt. Er nennt auf seiner Website der Monash-University: „Infectious Disease, Genetics and Biotechnology Research Ethics, Reproductive Ethics, Biosecurity and Bioterrorism, Synthetic Biology Health Care in Developing Countries, Health Surveillance Ethics, Philosophy of Security, Translational Bioethics, Practical and Philosophical Bioethics“ (Monash University)
Per-Anders Tengland
Er ist Professor für Philosophie an der Malmö Universität. Außerdem unterrichtet er Jazztheorie an der Musikakademie Malmö der Lund-Universität (Musikhögskolan i Malmö - Lunds Universitet). Per-Anders Tengland beschäftigt sich insbesondere mit Medizinphilosophie, Theorien zu geistiger Gesundheit und Krankheit, Messbarkeit von Gesundheit, Forschungen zu Psychotherapie, Public-Health-Ethics, Arbeitsfähigkeit, Power und Ermächtigung, sowie Überschuldung. (Malmö Universität)

Christine Strähle
Christine Strähle ist Professorin an der Fakultät der Sozialwissenschaften an der Universität von Ottawa. 2007 stellte sie ihren PhD an der MC-Gill-University fertig. Sie befasst sich mit Fragen zu angewandter Ethik, politischer Philosophie, Sozialphilosophie. Dabei betrachtet sie insbesondere das Konzept der Verletzlichkeit. Vor allem interessiert sich Strähle für Fragen der Ethik und Migration, für globale Gerechtigkeit, sowie die Konzepte der Verletzlichkeit und der Autonomie im Kontext moralphilosophischer Fragestellungen. (University of Ottawa - Faculty of Social Sciences)

Henry S. Richardson
Moralphilosophie und Politischer Philosophie, Bioethik sowie der Geschichte der Politischen Philosophie und Moralphilosophie. Er befasst sich insbesondere mit Fragestellungen zu „Practical Reasoning“ und beschäftigte sich in seinen Forschungen auch mit Martha Nussbaums Arbeiten. (Henry S. Richardson)

Alena Buyx

Allgemeine Forschungsschwerpunkte sind „ethische Fragen der modernen Biomedizin: Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen, Solidarität in Medizin und Gesundheitswesen, Organspende und Transplantation, individualisierte/personalisierte Medizin, optimierende Medizin und Enhancement, Neuroethik; Forschungsethik: Big Data-Forschung und Forschungsbiobanken, Citizen Science; Public Health Ethik: ges. Ungleichheiten, medical brain drain, public goods in medicine (z.B. Antibiotikaresistenz); Medizintheorie und Krankheitsbegriff; Ethik des Klimawandels und erneuerbarer Energien“. (Gerechte Gesundheit)

Eszter Kollar
Nach einem Bachelor in Soziologie und einem Master in Politikwissenschaften, promovierte Eszter Kollar 2008 in Rom in politischer Philosophie zum Thema „Global Distributive Justice between Justification and Feasibility“. (Eszter Kollár)

Sie ist derzeit Assistant-Professsorin für Philosophie und Wirtschaftsethik in Leuven. Ein besonderes Forschungsinteresse liegt in Theorien zu Besitz und Eigentum, Gleichheit, Autonomie und normative Rechtfertigungsprozesse. (KU Leuven)
Sebastian Laukötter


(Heinrich Heine Universität Düsseldorf)

3.2.2. Probleme der Einführung einer Meta-Gesundheits-Capability – beschreibt Venkatapuram mit seiner Definition Gesundheit richtig?

„One lesson that might be learned from the debate pursued in this article is that we should not attempt to solve value conflicts by terminological moves.“ (Schramme 2016, 24)


3.2.2.1. Gesundheit ist in Health Justice zu breit definiert

Henry S. Richardson ist der Ansicht, dass „well-being“ und Gesundheit zwei verschiedene Dinge sind, welche von Venkatapuram fälschlicherweise als dasselbe betrachtet würden. Er beschreibt in einem Beispiel wie die Befähigungen aus Nussbaums Liste eingeschränkt werden, weil ein guter Freund einen anderen beklaut und ein beschämendes Geheimnis desselben ausplaudert. Dies führt, so Richardson, aber nicht automatisch dazu, dass der beklaute Bloßgestellte weniger gesund sei. Es sei außerdem nicht der Fall, dass die Gesundheit von Menschen sich automatisch mit der politischen Lage des Landes, in welchem sie lebten, mit ihren Bildungsmöglichkeiten oder der Stabilität des Arbeitsmarktes verändere. (Richardson 2016, 4) Richardson dreht Venkatapurams Gesundheitskonzept einmal um 180 Grad und schlägt vor, dass Gesundheit neben anderen Einflüssen wie Wohlstand, Freundschaft und Bildung eine der Hauptvoraussetzungen für die 10 Basis-Capabilities, also für ein gelungenes Leben in Würde, sein solle. Gesundheit wäre dieser Vorstellung nach eine von vier Hauptvoraussetzungen, und zwar beziehe sie sich seiner Ansicht nach am ehesten auf unwillkürliche körperliche Vorgänge. (Richardson 2016, 5)

Selgelid kritisiert, dass Venkatapuram nicht erkläre, warum so viele Aspekte, die lediglich mit einem Leben in Würde zu tun hätten, Teil von Gesundheit sein sollten. (Selgelid 2016, 30)

Per Anders Tengland versteht Venkatapuram in Bezug auf das Verhältnis von Umwelt und individueller Gesundheit so, dass Venkatapuram die Umwelt als Teil von Gesundheit in seine neue Gesundheit hineinintegriere: „This section will cover another serious concern namely, the fact that Venkatapuram might be interpreted as including the environment in the concept of health itself.“ (Tengland 2016, 15) Tengland beschreibt, dass Gesundheit etwas dem Menschen Inneneinigendes sei, und die Umwelt lediglich die „Plattform“ darstelle, auf der sich Gesundheitsvorgänge abspielten. Er warnt ebenfalls davor, soziale Umstände als Gesundheitsprobleme zu beschreiben. Tengland arbeitet neben fünf anderen Kriterien mit einem Qualitätskriterium für Gesundheitsdefinitionen, welches er „Zielkriterium“ nennt (vgl. 4.2.2 – „Tenglands Qualitätskriterien für Gesundheitsdefinitionen“), und welches besagt, dass mit einem Gesundheitsbegriff auch diejenigen Handlungen als gesundheitsrelevant beschrieben werden sollten, welche aktuell bereits als Handlung an der Gesundheit von Menschen betrachtet würden. An
Venkatapurams Theorie kritisiert er, dass es im Allgemeinen eben gerade nicht der Fall sei, dass Tätigkeiten wie die Lösung von Umweltproblemen in den Aufgabenbereich des Gesundheitswesens falle. (Tengland 2016, 15/16)

„Well-Being“ ist laut Richardson nicht gleichzusetzen mit Gesundheit. Die Ausarbeitung, dass in Health Justice genau dies getan wird, findet sich in Kapitel 3.2.2.4 – „Das Verhältnis von „Well-Being“ und Gesundheit“. Tenglands Kritik, dass Umweltprobleme nicht Aufgabe des Gesundheitswesens seien, zeigt, dass Venkatapurams Gesundheitskonzept als zu allumfassend wahrgenommen wird, teilt Selgelid. Er spricht des Weiteren das Konzept der Würde an, welches an späterer Stelle ebenfalls noch einmal genauer betrachtet werden wird (vgl. 3.2.2.12 – „Das Konzept der (Menschen-)Würde“)


Venkatapuram antwortet in seinem Antwortartikel auf diese Kritik (Venkatapuram 2016, 53), die sich auf die Allumfänglichkeit seines neuen Gesundheitskonzepts bezieht: Selgelid und Schramme vermissen, dass Venkatapuram in Health Justice nicht klar macht, warum Gesundheit Nussbaums Basis-Capabilities sein soll. Venkatapuram antwortet ihnen, dass er von Nussbaum eine gute ethische Begründung übernommen habe, die den gesamten Inhalt seiner Meta-Gesundheits-Capability, also die Liste der
Wenn Venkatapuram also nicht nachweisen kann, dass die Liste der Basis-Capabilities Gesundheit ist, dann ist die moralische Begründung für den Wert dieser Liste nicht als Begründung für den Wert von Gesundheit zu akzeptieren. Venkatapuram schreibt: „Once I amended his [Nordenfelts] theory of health from the ability to achieve vital goais to achieve basic capabilities, I assumed the job was done.” (Venkatapuram 2016, 53) Er beschreibt des Weiteren, dass wenn man mit dem Inhalt der Liste der Basis-Capabilities nicht einverstanden sei, diese Liste durch eine beliebige geeignetere andere Liste ersetzt werden könne. (ibid.)

3.2.2.2. Gesundheit und Einflüsse auf Gesundheit – die Meta-Gesundheits-Capability und Venkatapurams Denkfehler

Während den meisten Kritikern auffällt, dass Gesundheit, verstanden nach Venkatapuram, plötzlich sehr viele Aspekte menschlichen Lebens umfasst, die der landläufigen Auffassung nach nicht darunter fallen würden, interpretieren nur Schramme und Selgelid diese Breite als Folge eine Verwechslung von Einflüssen auf Gesundheit und Aspekten von Gesundheit.


Thomas Schramme stellt einige Überlegungen zum gängigen Gesundheitsverständnis im Public-Health-Sektor an (Schramme 2016, 21/22): Er kommt zu dem Schluss, dass die Liste mit Basis-Capabilities, welche Venkatapuram nutzt, mit vielen der sozialen


3.2.2.3. Gesundheit und ihr Verhältnis zu anderen Werten

Schramme findet, dass Venkatapurams Theorie den Leser zu einem Tunnelblick zwingt: Es ist nicht möglich andere Werte ins Spiel zu bringen, da alle Werte, die ein gutes Leben ermöglichen bereits in der Metabefähigung der Gesundheit enthalten sind (Schramme 2016, 22). Selgelid ist derselben Ansicht (Selgelid 2016, 32) und merkt an, dass es
möglicherweise äußerst kostenintensiv werde, Gesundheit immer weiter und weiter zu steigern (Selgelid 2016, 33). Dieser Gedanke findet sich auch bei Schramme: “Obviously, to socially organize the provision of capabilities is costly, not only in monetary terms.” (Schramme 2016, 24).


3.2.2.4. Das Verhältnis von „Well-Being“ und Gesundheit

Mehrere der Kritiken beschäftigen sich mit dem Verständnis von „Well-Being“, welches Venkatapurams Gesundheitstheorie zugrunde liegt. Da die Kritiken sehr unterschiedliche


begegnen, fragt dieses Kapitel, welche Informationen sich in Health Justice selbst zu „Well-Being“ finden:


Thomas Schramme ordnet in einem Beitrag mit dem Titel Subjective and Objective Accounts of Well-Being and Quality of Life im Handbook of the philosophy of medicine von 2017 (Schramme 2017, 163) Martha Nussbaums Liste mit Basis-Capabilities den „Objective List“-Theorien zu. Wie oben beschrieben konzipiert Venkatapuram seine
Vorstellung von Gesundheit unter Nutzung dieser Liste als „Well-Being“. Er selbst schreibt: „Health as a core set of capabilities represents a minimal conception of human well-being.“ (Venkatapuram 2013, 279) Ordnet man Venkatapuram in das Feld der „Well-Being“-Theorien ein, so ist er ein Vertreter der „Objective List“-Theorien.

Seine Abgrenzung von „Welfare“-Theorien und utilitaristischen Ansätzen ist darauf zurückzuführen, dass er keine Präferenzbefriedigung anstrebt und sich darum von den „Desire“-Theories abgrenzt.

In der Betrachtung geistigen Wohlbefindens kommt ein hedonistisches Verständnis von „Well-Being“ zum Einsatz; allerdings nur als Teilspeck von Capabilities. Das wiederum passt zu der These Crisps, der besagt, dass die Listen der „Objective List“-Theorien oft sowohl hedonistisches Wohlbefinden als auch Präferenzbefriedigung enthalten.


Die Überlegung, dass Venkatapuram eine „welfare-notion of health“ vertrete (Schramme 2016, 22), lässt sich verstehen, wenn man sich noch einmal vor Augen führt, dass Gesundheit in Health Justice gleichgesetzt wird mit einem „Well-Being“, an vielen anderen Stelle in dieser Arbeit auch als „Lebensqualität“ bezeichnet.

3.2.2.5. Venkatapuram und das Alltagsverständnis von Gesundheit


Was Richardson positiv formuliert, indem er Venkatapuram als „conceptual reformer“ bezeichnet (Richardson 2016, 1), klingt bei Michael J. Selgelid eher negativ, wenn er Venkatapurams Definition von Gesundheit für „hochgradig revisionistisch“ kritisiert (Selgelid 2016, 30). Er nennt ebenfalls zwei Qualitätsmerkmale für die Definition von Begriffen: die Übereinstimmung mit gängigen Konventionen sowie die Konsistenz der Definition. Es gebe, so Selgelid, keine ultimativ richtigen oder falschen Begriffsbestimmungen. Gerade darum aber seien dies die Qualitätsmerkmale, an die sich zu halten sei. Venkatapurams Gesundheitsdefinition passt Selgelids Meinung nach nicht mit dem gängigen Verständnis dessen, was Gesundheit ist, zusammen (Selgelid 2016, 30).

Beispielhaft ist im Folgenden ein Beitrag zur zeitgenössischen Debatte von Christine Strähle angeführt (Straehle 2016), welche am Ende ihrer Ausführungen über Brustkrebspatientinnen beschreibt, dass Krebskranke möglicherweise Dinge wertschätzten und wünschten, die nicht direkt darauf ausgelegt seien ihre Gesundheits- „Agency“ zu stärken. Strähle nennt als zusätzlich möglicherweise wünschenswert für das Wohlergehen dieser Patientinnen den Inhalt der Basisbefähigungen Nussbaums und die Capability die eigene Umgebung zu kontrollieren. Strähle mutmaßt, dass einem

3.2.2.6. Gesundheit - ein körperverhaftetes Phänomen? Gesundheit als biologische Funktionalität?


Henry S. Richardson ist der Meinung, dass die Gesundheitsdefinition in Health Justice zu wenig Wert auf die Körpermäßigkeit des Menschen und auf die körperlichen Aspekte von Gesundheit lege. Er ist der Ansicht, dass alle Basisfähigkeiten nur auf einer funktionierenden körperlichen Grundlage gedeihen könnten. Er schlägt vor Gesundheit als „the non-voluntary, bodily aspect of the meta-capability for the central human capability“ zu definieren (Richardson 2016, 5). Ein unwillkürliches körperliches Element ist seiner Ansicht nach eine notwendige, wenn auch nicht hinreichende, Bedingung für die Bezeichnung eines Zustandes als gesund oder krank. (Richardson 2016, 5–7)
Aus Henry S. Richardsons Beitrag geht außerdem hervor, dass er die Konzeption von Gesundheit als Meta-Befähigung nicht für eine gelungene und einsichtige Konzeption hält. Er versteht Gesundheit neben Freundschaft, Bildung und Einkommen eher als Basisvoraussetzung mit Einfluss auf die 10 Basisbefähigungen, und keineswegs als Metabefähigung, welche alle diese Basisbefähigungen in sich beinhaltet. (Richardson 2016, 3) In der Frage, ob Gesundheit eher als Befähigung oder eher als Funktion gefasst werden sollte, positioniert er sich auf Seiten der Befürworter von Gesundheit als Funktion: Gesundheit wäre seiner Ansicht nach am besten verstanden als die „unwillkürliche [oder vegetative] körperliche Voraussetzung für die Umsetzung der Basisbefähigungen“ (Richardson 2016, 5). Eine solche unwillkürliche Funktionalität unterläge kaum einer Entscheidungsfreiheit mehr, denn vegetative Prozesse könnten nur sehr schwer beeinflusst werden. Richardson ist nicht der Ansicht, dass Gesundheit eine Capability, also nur eine Handlungsmöglichkeit, sein könnte, was sich in seinem Fall folgerichtig daraus ergibt, dass er Gesundheit als hauptsächlich körperliche Funktionalität versteht, und sich auf Venkatapurams neues ganz anderes Modell eigentlich auch nicht gedanklich einlässt.


Neben der Annahme, dass ein besonderer Aspekt von Gesundheit in ihrer Körperlichkeit besteht, zeigen einige der Kritiker eine Tendenz hin zu einem Verständnis von Gesundheit als Funktionalität; ähnlich der Booseschen Vorstellung. Diese verschiedenen Kritiken nehmen Gesundheit als etwas wahr, was sich eher als Funktionsfähigkeit äußert und weniger als die prinzipielle Möglichkeit gewisse Funktionalitäten auszuführen. Die Kritiken dieses Kapitels und der anderen Kapitel, die sich mit der Frage nach der Tauglichkeit des Venkatapuramschen Gesundheitsverständnisses auseinandersetzen, sprechen dafür, dass Gesundheit im Sinne Venkatapurams nicht alle Aspekte des Phänomens Gesundheit in angemessener Weise abdeckt. Die hier angeführten Kritikpunkte sind die Fortsetzung der Feststellung, dass seine Überlegungen nur teilweise und unzureichend den Kern dessen, was Gesundheit eigentlich ist, treffen. Die Überlegungen dieses Kapitels zeigen, dass Menschen Gesundheit nicht nur nicht als eine Befähigung zum guten Leben, sondern, vielleicht gar nicht als Capability, sondern eher als Functioning verstehen. Es scheint sogar so, dass diese Funktionalität stark biologisch oder körperlich gedacht wird.

3.2.2.7. Gesundheit – Capability oder Functioning?

Gesundheit ist in Health eine Meta-Capability, die viele verschiedene Capabilities umfasst. Wie in 2.2.2 – „Capability Approach und Entitlement Analysis“ besprochen, liegt der Unterschied zwischen einer Capability und einem Functioning darin, dass die Capability „tatsächlich möglich“ („effectively possible“) ist, wohingegen das
Functioning als Realisation der Capability ein „being or doing“ ist; ein Zustand oder eine Tätigkeit (Robeyns [2011]). Die Frage, ob Capabilities oder Functionings das Ziel von Gerechtigkeit sein sollten, ist eine der ungeklärten Fragen des Capability Approach und mit der Frage verknüpft, über welche Entscheidungsfreiheiten ein Mensch tatsächlich verfügen sollte, und ob es dabei Grenzen, beispielsweise in Fällen von Selbstschädigung, gibt. (ibid.)

Für Venkatapurams Theorie stellt sich die Frage etwas spezifischer, als die Frage ob *Gesundheit* besser als Capability oder als Functioning konzipiert werden sollte. Eine mögliche Antwort bietet sich über die Frage nach der Praktikabilität seines Ansatzes: Capabilities sind in der Realität schwieriger zu ermitteln als Functionings, die ja einen beobachtbaren Zustand oder eine beobachtbare Handlung darstellen (Schramme 2016, 22). Die Frage „Capability oder Functioning“ kann aber auch unabhängig von der Frage der Umsetzbarkeit gestellt werden. Ist Gesundheit *an sich* eher Capability oder Functioning, unabhängig davon wie sie am Ende gemessen wird?


Tengland führt des Weiteren aus, dass verschiedene von Nussbaums Basisbefähigungen zwar Aspekte von Gesundheit seien, jedoch keine Capabilities: Denken, Fühlen, Vorstellungskraft, das Empfinden von Emotionen (Tengland 2016, 14). Auch andere Basis-Capabilities wie „die Freiheit sich zu bewegen, körperliche Unversehrtheit, das Besitzen einer Basis für Selbstwert, und die Fähigkeit Emotionen zu empfinden“ seien Zustände, zu denen ein Mensch „immediate acess“ haben müsse, wenn

Michael J. Selgelid geht ebenfalls auf die Frage nach Functionings im Kontext einer Gesundheits-Capability ein: Er spricht davon, dass Gesundheit durch „good (biological) functioning of an organism“ wie bei Christopher Boorse hervorragend beschrieben sei (Selgelid 2016, 30). Diese Überlegung findet sich ausgearbeitet im Kapitel 3.2.2.6 „Gesundheit - ein körperverhaftetes Phänomen? Gesundheit als biologische Funktionalität?“. Während er selbst das Konzept des Functioning als biologisches Funktionieren eines Organismus missversteht, belegt Selgelid dennoch anhand von Textausschnitten, dass sowohl Sen als auch Nussbaum wie auch Venkatapuram die Tendenz haben, in Sachen Gesundheit eine Umsetzung in ein Functioning zu bevorzugen (ibid.). 

Venkatapuram verweist an anderer Stelle auf Nussbaum, welche der Meinung ist, dass für Kinder in jedem Fall und für Erwachsene, „wenn deren Würde auf dem Spiel steht“, die Bereitstellung von Functionings das gesellschaftliche Ziel sein sollte (Venkatapuram 2011, 135). Nussbaum selbst äußert sich außerdem mit Blick auf die

3.2.2.8. Basis-Capabilities, Functionings und ihre Einflüsse - wie verhalten sie sich zueinander?

dieses Gesamtkonstrukt zu durchdringen und aufzuschlüsseln. Venkatapuram versucht vermutlich mit dem Kapitel über das Cluster-Right Gesundheit nur zu zeigen, dass die Vorstellung einer Befähigung und ihrer Möglichkeit der Umsetzung in ein Functioning eine starke Vereinfachung darstellt (Venkatapuram 2011, 162–64). Was Selgelid zu seiner Kritik bewegt, ist nicht primär die Überlegung, dass die unterschiedlichen Befähigungen sich gegenseitig beeinflussen, sondern dass selbst Befähigungen von Functionings beeinflusst werden (Selgelid 2016, 31). In seinem Antwortartikel versucht Venkatapuram durch Bezugnahme auf zwei weitere Autoren (Venkatapuram 2016, 53 Anm.9) noch einmal zu bestärken, dass es in der Realität durchaus so sei, dass sich Befähigungen gegenseitig bestärken, was er auch mit einem Verweis auf die „interdependency“ von Functionings und Capabilities der Nussbaumschen Liste bereits hervorgehoben hat. (Venkatapuram 2011, 162)

Auf das tiefergehende Problem, das Selgelid anspricht, geht Venkatapuram mit seiner Antwort aber nicht ein. Es wird nicht deutlich, ob lediglich Funktionen einer Befähigung X eine andere Befähigung Y bestärken, oder ob auch die Funktion der Befähigung X die Befähigung X selbst stärkt. Auch letzteres ist vorstellbar. Es scheint beispielsweise einfacher gelungene zwischenmenschliche Beziehungen zu führen und zu finden, wenn man sich bereits in einem zuträglichen sozialen Rahmen befindet, der für neue Beziehungen angenehm und einladend wirkt, oder einem die Möglichkeit gibt freundliche angenehme Menschen kennen zu lernen. Auch für die Basisbefähigung bei guter Gesundheit zu sein, ist es nachvollziehbar anzunehmen, dass das Vorhandensein von körperlichen Einschränkungen wie der Verlust eines Beins durch Bewegungsmangel zu weiteren Einschränkungen wie Fettleibigkeit und Herz-Kreislauferkrankungen führen wird.

Zusammenfassend kann man also sagen, dass Selgelid die Frage stellt, worin sich Funktionen von Befähigungen (Functionings und Capabilities) überhaupt unterscheiden (Selgelid 2016, 31). Diese Frage bleibt ungeklärt. Sie wird im Gegenteil noch durch eine weiterführende Frage verschärft: Inwieweit unterscheiden sich Capabilities und Functionings nicht nur gegeneinander, sondern zusätzlich von ihren vier durch Venkatapuram gesetzten Einflussfaktoren, insbesondere der „agency“ bzw. den „conversion skills“? Sind realisierte Capabilities möglicherweise „conversion skills“? Venkatapuram schreibt über die „conversion factors“, dass er diese zwar nicht näher

Selgelid kritisiert zudem, dass Venkatapuram ein Recht auf Gesundheit als „a right to the capability to achieve the capability to achieve certain capabilities and functionings“ konstruiere (Selgelid 2016, 31). Eine solche Aneinanderreihung die zu „Capabilities von Capabilities“ führt, bezeichnet er als fetischistisch. Nimmt man die in der vorliegenden Dissertation herausgearbeitete Definition von Venkatapurams neuer Gesundheit erklärt sich Selgelids Gedanke:

„The capability to be healthy is a person’s ability to achieve or exercise a cluster of basic capabilities and functionings […]“ (Venkatapuram 2011, 143)

Selgelid ersetzt in dieser Definition „a person’s ability“ durch „a person’s capability“. Dies ist nicht ganz korrekt. Möchte man bei dieser Veränderung bleiben, so ist die möglich, wenn man versteht, dass die Formulierung „ability to achieve or exercise“ als Ganzes das Konzept der Capability der Handlungsmöglichkeit darstellt. Korrekt müsste Selgelid von einem „right to the capability to a cluster of basic capabilities and functionings“ schreiben. Diese Formulierung ist schon deutlich weniger verschachtelt. Dennoch muss berechtigt gefragt werden, worin sich die Capability mehrerer Capabilities am Ende auszeichnet. Übersetzt ins Deutsche spräche man von einer Möglichkeit sich Fähigkeiten und Möglichkeiten zur Erarbeitung von Fähigkeiten zu erarbeiten. Es lässt sich in Frage stellen, ob es einen echten Mehrwert darstellt von der Möglichkeit sich die Möglichkeit zur Erarbeitung von Fähigkeiten zu erarbeiten zu sprechen. Die vorliegende Dissertation versteht darum die Meta-Gesundheits-Capability als eine Art Sammelbegriff.
für die 10 Basis-Capabilities. Sie geht also mit der Meta-Gesundheits-Capability so um, als wäre sie gleichbedeutend mit den 10 Basis-Capabilities und nicht eine Capability auf einer den 10 Basis-Capabilities übergeordneten Stufe.

Streng genommen ist dies aber nicht ganz korrekt und Selgelids berechtigte Kritik stellt die Unschärfe des Konzepts der Meta-Capability noch stärker heraus.

3.2.2.9. Kann es mehrere „Gesundheiten“ geben?


3.2.2.10. Die Bedeutung der Minimalschwelle

Wie bereits in (3.2.2.2 – „Gesundheit und Einflüsse auf Gesundheit – die Meta-Gesundheits-Capability und Venkatapurams Denkfehler“) herausgearbeitet, bemängeln Selgelid und Schramme, dass das Konzept der Krankheit für Venkatapurams Gesundheitsdefinition keine Rolle spiele. Venkatapuram antwortet darauf, dass Krankheit sehr gut als die Abwesenheit der zweiten Basisbefähigung - der Befähigung bei guter Gesundheit zu sein und ein angemessen langes Leben zu führen - angenommen werden könne (Venkatapuram 2016, 53). Die Problematik der aus dieser Tatsache folgenden doppelten Verwendung des Wortes „Gesundheit“, nämlich als Gesamtheit einer ausreichenden Menge an Basisbefähigungen einerseits und gleichzeitig als der Basisbefähigung bei guter Gesundheit zu sein, wurde bereits erläutert (vgl. 3.2.2.9 – „Kann es mehrere „Gesundheiten“ geben?“). Wenn nun das Gegenteil der „kleinen“ traditionell verstandenen Gesundheit eine klassische Vorstellung von Krankheit ist, müsste es ein solches Gegenkonzept oder Komplementärkonzept nicht auch für die „große“ Gesundheit in Health Justice geben?


Schramme versteht Venkatapurams Gesundheit ganz im Gegenteil zu Selgelid als graduelles Konzept (Schramme 2016, 20). Für ihn folgt aus der Setzung eines Schwellenwerts nicht zwangsläufig eine Zweiteilung in gesund und krank. Bezieht man

unbeantwortete Frage nach dem gerechten Umgang mit Basisbefähigungen oberhalb der Minimalschwelle zu beantworten helfen.


3.2.2.11. Unterstützt Venkatapurams neue Vorstellung von Gesundheit unendliches Streben nach mehr Gesundheit?

beispielsweise im Versicherungswesen auftritt, wenn Menschen aufgrund ihrer gesundheitlichen Voraussetzungen zu Versicherungen zugelassen werden oder auch nicht (Roberts und Leonard 2019).


Was ist mit quantitativer und qualitativer Unbeschränktheit gemeint? Mit einer qualitativen Unbeschränktheit spricht Schramme vermutlich die unbegrenzte Erweiterungsfähigkeit der Liste der Basis-Capabilities an. Venkatapurams Konzept legt keine Obergrenze für das Maß an Gesundheit fest, welches optimalerweise anzustreben wäre (2.3.4 – „Verpflichtungen, die in Health Justice formuliert werden“). Mehr Gesundheit ist prinzipiell erst einmal erstrebenswert (Venkatapuram 2011, 71/72). Darin zeigt sich die quantitative Unbeschränktheit des Venkatapuramschen Konzepts.

Entscheidungsfindungsprozessen für alle ermittelt werden. Interessanterweise schlägt Schramme mit seinem Vorschlag eine subjektive Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands und damit der eigenen Lebensqualität vor.

Venkatapuram ist entgegen Schramme davon überzeugt, einen relativ geringen Minimalanspruch auf Gesundheit formuliert zu haben (Venkatapuram 2016, 54). In manchen Gesellschaften läge die Gesundheit großer Teile der Bevölkerung unter der von ihm angenommenen Minimalschwelle. Dies widerspreche aber nicht der Tatsache, dass sein Ansatz ein Gesundheitsminimum formuliere, sondern zeige, wie schlecht es in diesen Regionen bestellt sei. (ibid.)

Es sind aber auch Gesellschaften denkbar, die über ein sehr gut aufgestelltes Gesundheitswesen und/oder über Biotechnologien verfügen, in denen sich alle Mitglieder mindestens einer der Würde angemessenen Gesundheitsbefähigung erfreuen. Da Venkatapuram stets versucht einen globalen Blick zu einzunehmen und die gesamte Weltgemeinschaft zu betrachten, ist zu vermuten, dass seine Theorie verlangt, dass die Gesundheit der gesamten Bevölkerung über ein Minimum angehoben werden muss, bevor in reichen Ländern weitere Gesundheitssteigerung stattfindet. So argumentiert er, dass Länder mit hohem Gesundheitsstandard keineswegs abgesenkt werden dürften, nur um den Standard global anzugleichen (Venkatapuram 2011, 227). Außerdem verlangt er, dass auch Gesellschaften, deren Mitglieder alle über mehr als das Gesundheitsminimum verfügen, sozial gerecht agieren und die Basisbefähigungen nach Maßstäben sozialer Gerechtigkeit verteilen. Dies begründet er damit, dass Gesellschaften mit großer sozialer Ungleichheit verstärkt riskieren einige Mitglieder unter das Gesundheitsminimum rutschen zu lassen (ibid.).

Sobald ein globales Minimum an Meta-Gesundheitsbefähigung erreicht ist, ist es jedenfalls nicht mehr möglich mit Venkatapurams Definition strikt gegen eine Verbesserung der Gesundheitsbefähigung von Menschen zu argumentieren. Es sollte auf eine gerechte Verteilung neu hinzukommender Gesundheit geachtet werden, eine weitere Verbesserung ist nach Venkatapurams Theorie aber grundsätzlich wünschenswert.

Am Ende dieses Kapitels ist festzuhalten, dass Venkatapuram nicht konkret macht, welches Maß an Gesundheit der menschlichen Würde angemessen ist, und welches nicht. Nach oben setzt er tatsächlich keine fixe Grenze. Gleichwohl lassen es einige seiner

3.2.2.12. Das Konzept der (Menschen-)Würde

In der zeitgenössischen Diskussion über Health Justice kommen zwei wesentliche Aspekte zur Sprache: Zum einen wird das Konzept an sich kritisiert. Aus verschiedenen Mängeln, die in diesem Konzept gesehen werden, leiten die Kritiker ab, dass ein solches mangelhaftes Konzept aufgrund seiner Mangelhaftigkeit nicht an zentraler Stelle einer Theorie stehen sollte. Der zweite Kritikpunkt ist die Frage, inwieweit die Menschenwürde eine gute Basis für Begründungen eines globalen Menschenrechts auf Gesundheit sein kann. Beide Aspekte stellen beispielsweise auch im Cambridge Handbook of Human Dignity zentrale Diskussionspunkte dar.

Diskussion um das Konzept der Menschenwürde:

religiösen Status. Würde, als etwas das aus dem Menschsein folgt und Würde, die jedem menschlichen Individuum selbst anhaftet. (Düwell 2014, 25–27)

Das *Cambridge Handbook of Human Dignity* beschreibt Würde als Konzept, das sich in verschiedenen kulturellen und historischen Kontexten in unterschiedlicher Ausformulierung finden lässt.


Kollar et al. kritisieren die Würde als „thick moral concept“, welches zu sehr mit implizitem, historisch gewachsenem Bedeutungsgehalt aufgeladen sei. Solche Konzepte seien normalerweise nicht gut geeignet, um globale Übereinstimmung zu einem Thema zu erzielen. (Kollar, Laukötter und Buyx 2016, 45)


Sowohl Kollar et al. als auch Baldus sehen die Menschenwürde als historisch gewachsenes mit sehr viel Wert aufgeladenes Konzept. Während Kollar et al aber davon ausgehen, dass diese Wertgeladenheit eine Einigung schwierig macht, geht Baldus davon aus, dass die Wertgeladenheit in Kombination mit der Unspezifität des Begriffs die ideale Grundlage bildet sich im Namen dieses Konzepts zu einigen.

**Diskussion des Konzepts als Grundlage für ein Menschenrecht auf Gesundheit:**

Auch wenn Würde und Recht miteinander verknüpft sind – in Deutschland ist die Würde des Menschen das tragende Element des ersten Paragraphen des Grundgesetzes – so wird diese Verknüpfung von Kollar et al. im Falle von *Health Justice* nicht aneraten. Die

Die vorliegende Dissertation befasst sich mit Venkatapurams Verständnis von Gesundheit und wird diesen Überlegungen nicht weiter nachgehen können.

Venkatapuram selbst weiß um die Schwierigkeiten des Konzepts „Würde“. Er ist dennoch der Meinung, dass das Konzept der Würde für sein Vorhaben das beste verfügbare Konzept sei (Venkatapuram 2016, 55). In der Tat begegnet er in Health Justice einer Kritik wie der Selgelids und schreibt: „[…] a conception of a capability to be healthy […] does not deny the moral worth of lives with less than sufficient capabilities; it does not say that such lives are not worth living, or that they are not human. […] individuals with insufficient capabilities are being denied their equal human dignity[…]“ (Venkatapuram 2011, 144). Diese Formulierung erinnert an die Unterscheidung von „status-“ und „achievement-dignity“.

Würde ist kein einfaches Konzept. Wie gezeigt kann es sehr viel Unterschiedliches bedeuten und vielerlei verschiedene, möglicherweise gegensätzliche Handlungen rechtfertigen. Diese Unschärfe ist ein großes Problem. Möglicherweise bleibt Venkatapuram aber nicht ohne Grund vage. Wie Baldus zeigen konnte, hat die Offenheit eines zugleich sehr positiven aufgeladenen Begriffes zu einer Expansion und allgemeinen Anerkennung desselben geführt, wie dies wohl kaum möglich gewesen wäre, wäre er klar definiert gewesen.

Weitere Aspekte sprechen dafür, dass Venkatapuram mit der Verwendung des Konzepts durchaus ein Ziel verfolgt. Er möchte die Würde des Menschen als Basis für ein Recht auf Gesundheit nutzen. Der Begriff der „Würde“ ist ein Begriff, der im


3.2.2.13. Speziesismus


Speziesismus wird von Joan Dunayer in ihrem gleichnamigen Buch „Speciesism“ definiert als „a failure, in attitude or practice to accord any nonhuman being equal consideration and respect“. (Dunayer 2004) Lori Gruen beschreibt in The Stanford Encyclopedia of Philosophy Speziesismus als die Ansicht, dass nur Menschen und keine
anderen Lebewesen unter moralischen Gesichtspunkten berücksichtigt werden (Gruen [2003]).


3.2.14. Geistige Gesundheit

Der folgende Absatz fragt, ob Venkatapurams neue Gesundheitskonzeption eine Vorstellung von geistiger Gesundheit – im Gegensatz zu körperlicher Gesundheit – beinhaltet und worin sich diese widerspiegelt:

“The CHCs reflect both physical functionings and psychological functionings […]“

(Venkatapuram 2011, 162)
Es scheint, als nehme Venkatapuram durchaus eine Unterscheidung in geistige und körperliche Gesundheit vor. Im Rahmen seiner Abgrenzung von „welfare theories“ und von „resource theories“ beschreibt er, dass seine Theorie sowohl das Wohlergehen eines Menschen als auch die dafür benötigten Ressourcen in der Frage nach sozialer Gerechtigkeit bedenke. Er spricht von geistiger Gesundheit in diesem Kontext als Ressource für und als Ziel von Gesundheit. „[…] and the mental state of a person is both a source of information and also a locus of well-being for that person” (Venkatapuram 2011, 161). Diese Doppelfunktion derjenigen Capabilities, die sich am ehesten auf das beziehen, was allgemein als geistige Gesundheit bezeichnet wird, ist eine typische Eigenschaft von Capabilities im Allgemeinen. Jede Capability ist zugleich Mittel und Zweck zu einem guten Leben. So ist geistige Gesundheit für Venkatapuram ein Aspekt guten Lebens, aber auch ein Hilfsmittel auf dem Weg dorthin. Diese doppelte Bedeutung von Capabilities als Mittel und Zweck ist ein typisches Element des Capability Approach (Robeyns [2011])

Auch die Unterteilung der zwei internen Einflüsse auf die Meta-Gesundheits-Capability in biologische Ausstattung und Agency spricht dafür, dass Venkatapuram geistige und körperliche Gesundheit getrennt denkt, wenn auch miteinander in Beziehung und Wechselwirkung stehend. Diese Wechselwirkungen zeigen sich beispielsweise in den „psychosocial pathways“.

Venkatapuram benennt zudem einige Basis-Capabilities, die er als Ausdruck geistiger Gesundheit wahrnimmt: Er nennt die Capability Sinne, Vorstellungskraft und Denken zu nutzen, sowie die Capability Emotionen zu empfinden, die Capability soziale Beziehungen zu pflegen und die Capability der Vernunft. (Venkatapuram 2011, 162)

Lässt sich in Health Justice neben den oben beschriebenen Angaben zu geistiger Gesundheit auch ein Verständnis geistiger Krankheit in Health Justice herleiten? Da Venkatapuram sich zu Krankheit kaum und zu geistiger Krankheit überhaupt nicht äußert, können hier nur Vermutungen angebracht werden.


3.2.3. „Limitations“ – Grenzen

3.2.3.1. „Feasibility“ - Umsetzbarkeit


Auf der Suche nach Gründen kommt man immer wieder zu einem Problem: Es herrscht in *Health Justice* ein Mangel an konkreten Aussagen: So ist zum Beispiel nicht klar, wie Gesundheit von Menschen nach Venkatapurams Modell in der Realität gemessen werden kann. Dieses Problem beginnt mit der Frage, welche Basis-Capabilities die Meta-Gesundheits-Capability in welchem Maße beinhaltet. Diese Frage klärt Venkatapuram in *Health Justice* nicht. Er verweist stattdessen auf einen späteren Zeitpunkt und stellt demokratische Institutionen sowie Entscheidungsfindungsprozesse vor, ohne sich jedoch für ein bestimmtes Prozedere stark zu machen (vgl. 2.3.3 – „Ansprüche auf Beförderung der Gesundheit, die in *Health Justice* formuliert werden“). Es ist – vereinfacht gesagt – noch nicht einmal geklärt, was genau Gesundheit ist. Der ungeklärten Frage nach der genauen Gestalt der Ansprüche auf Gesundheit folgt die Frage nach den Verantwortlichen für Gesundheit (vgl. 2.3.4 – „Verpflichtungen, die in *Health Justice* formuliert werden“). Diese Frage wird von Venkatapuram ebenfalls nicht beantwortet. Er sieht die Gesundheit des Einzelnen in ständigem Wechselspiel verschiedenster Institutionen und Individuen (Venkatapuram 2011, 162). Er verweist auch auf Sens Feststellung, dass Helfen-Können immer eine, wenn möglicherweise auch sehr kleine, Verantwortlichkeit zu echter Hilfeleistung beinhaltet (Venkatapuram 2011, 21). Vor allem aber verweist Venkatapuram auf die Beeinflussung der Gesundheit Einzelner durch „social determinants“ (vgl. 2.3.5 – „Social Determinants of Health“) und auf die besondere Hoffnung, die er in empirische Forschungsleistungen legt, welche genau Zusammenhänge und damit Verantwortlichkeiten für Gesundheit ermitteln sollen (vgl. 2.3.6 – „Empirische Gesundheitsforschung“).
Die Idee ist also zusammengefasst: Indem Demokratien und demokratische Institutionen definieren, was Gesundheit beinhaltet und zu welchem Maß sie umgesetzt werden sollte (Venkatapuram 2011, 128/146), wird Gesundheit zu einem konkreteren und in der Folge beobachtbaren Objekt. Durch Erforschung der Beeinflussungsfaktoren dieser dann konkretisierten Gesundheitsvorstellung - insbesondere mit Blick auf die gesellschaftliche Beeinflussung – wird es erst möglich sein Verantwortlichkeiten ausfindig zu machen (Venkatapuram 2011, 234/5). Der Weg dorthin wurde von Venkatapuram schemenhaft vorgezeichnet, was eine große Unsicherheit in Bezug auf die Umsetzbarkeit seiner Theorie zurücklässt.


Sicher ist für Venkatapuram, dass jegliches Bemühen zuvorderst darauf ausgelegt sein muss, das Gesundheitsminimum eines Menschen zu erfüllen. Ist dies nicht möglich, so spricht Venkatapuram in der Anlehnung an Nussbaum von „tragic cases“ (Venkatapuram 2011, 119). Diese Fälle, so zitiert er Nussbaum, könnten nicht richtig entschieden werden, und verwiesen darauf, dass die allgemeinen Zustände verbessert werden müssen. (vgl. 2.2.2 – „Capability Approach und Entitlement Analysis“)


Eine weitere Frage in diesem Kontext ist die in Kapitel 3.2.2.7 - „Gesundheit – Capability oder Functioning?“ angedeutete Überlegung, dass es sehr viel leichter sein müsste Functionings zur Umsetzung und Überprüfung der Umsetzbarkeit der Gesundheits-Capability zu Rate zu ziehen als Capabilities. Diese Frage stellt sich unabhängig davon, ob Gesundheit an sich eher eine Capability oder ein Functioning ist. Functionings als Seinszustände von Menschen und als Tätigkeiten sind beobachtbar.
Capabilities als Handlungsmöglichkeiten sind, so wird vermutet, sehr viel schwerer zu beobachten.

Die Unschärfe in der Unterscheidung zwischen Capability, zugehörigem Functioning und zugehöriger Agency (vgl. 3.2.2.8 – „Basis-Capabilities, Functionings und ihre Einflüsse - wie verhalten sie sich zueinander?“) mögen diese Überlegungen zusätzlich erschweren.

Thomas Schramme tritt in diese Diskussion mit der Position, dass die beste Möglichkeit Gesundheit zu erfassen körperliche Parameter seien (Schramme 2016, 22). Er beschreibt, dass die Forschung des Public-Health-Sektors, die derzeit gemacht wird, und die auch Venkatapuram als Inspiration für seine Arbeit dient, als Endpunkte Kriterien nutzt und nutzte, die körperliche Funktionen darstellen. Es würden auch Näherungswerte körperlicher Gesundheit wie Krankheitstage oder die Zahl der Arztbesuche eines Patientenkollektivs genutzt; Schramme nennt sie „proxies“. Die Basis der Public Health-Forschung seien aber körperliche Parameter (Schramme 2016, 22). Es gäbe also keinen Grund völlig neuartige Endpunkte zu definieren, da mit den bisherigen ja offensichtlich gut gearbeitet werden konnte (ibid.).

Nicht zuletzt könnte auch die Konzeption des Rechts auf Gesundheit als humanitäres Recht (vgl. 3.2.2.12 – „Das Konzept der (Menschen-)Würde“) eine konkrete Umsetzung erschweren.

3.2.3.2. „Luck, Responsibility and Accountability“, „Causation“


Was Selgelid vermutlich fragen möchte, ist, ob es Situationen gibt, in denen einfach niemand für einen besonders positiven oder besonders negativen Gesundheitszustands verantwortlich gemacht werden kann? Es scheint Selgelid, dass Venkatapuram davon


Kollar, Laukötter und Buyx sind der Meinung, dass Health Justice neben dem Fehlen eines Verständnisses von Ungerechtigkeit ein Verständnis dafür fehlt, wie Ansprüche zu formulieren sind. Wären diese beiden Kategorien genauer definiert, dann
wäre Venkatapurams Ansatz aus Sicht dieser drei Autoren möglicherweise bereits eine vollständige Gerechtigkeitstheorie und nicht mehr nur eine „open ended or incomplete theory of justice“. (Kollar, Laukötter und Buyx 2016, 43). Sie sprechen die oben herausgearbeitete Unterscheidung zwischen aktiv verursachter und aktiv zugelassener Gesundheitsschädigung entgegen durch Umstände bedingter Gesundheitsschädigung an. Venkatapuram unterscheidet nicht zwischen ungerechter Gesundheitsschädigung und durch Pech entstandener Gesundheitsschädigung. (ibid.)

Autonomie und Selbstbestimmung in Fragen der Gesundheit

Da Venkatapuram schreibt: „But, as someone interested in health, I am particularly interested in the embodiment of capabilities.” (Venkatapuram 2011, 130), zielen die Überlegungen dieses Abschnitts darauf ab zu ermitteln, welches Maß an Selbstbestimmung Venkatapuram einem Menschen in Bezug auf dessen eigene Gesundheit tatsächlich einräumt. Verschiedene Beobachtungen führen zu der Annahme, dass Venkatapuram eher ein Vertreter des „Well-Being-Paternalismus“ (Robeys [2011]) ist.

Zuerst einmal ist Venkatapurams Liste von Basisbefähigungen eine Liste, die Menschen nicht selbstständig für sich erarbeiten. Schramme bezeichnet sie als objektiv (Schramme 2017, 160). Nussbaum beschreibt die Liste als eine Reihe von als wünschenswert angenommenen Aspekten menschlichen Lebens, entschieden auf der Grundlage der Natur des Menschen. (vgl. 2.3.2 - „Würde und Capabilities“) Auch wenn die Entscheidung jeder einzelnen Capability für die Aufnahme in die Liste ein Werturteil ist,

Welche Gewichtung diese Capabilities haben, ist die Entscheidung demokratischer Instanzen. Auch hier werden gesundheitsrelevante Entscheidungen nicht von Individuen getroffen. Der Einzelne darf nicht entscheiden, was mit der Bezeichnung „gesund“ betitelt wird.


Nussbaum argumentiert, dass Fälle, in denen die Würde eines Menschen verlorenggehe, dieser Mensch zur Umsetzung eines Mindestmaß an Gesundheit gezwungen werden müsste (Nussbaum 2015, 34–35). Auf einen Suizid träfe dies in jedem Fall zu; genauso wie auf einen Mord, da in beiden Fällen auf jeden Fall zu viele der Basis-Capabilities verloren gehen.


**Causation:**

„Causation“, Kausalität oder Verursachungen, sind nach Venkatapurams Auffassung durch empirische Forschungen aufzuklären. Sie sollen den für die Gesundheitsförderung eines Menschen Verantwortlichen ausfindig machen. Schramme „erläutert“ einen Teil der Schwierigkeiten von Venkatapurams Gesundheitstheorie mit Kausalitäten. Ausgehend von der Annahme, dass Gesundheit für Venkatapuram gleichbedeutend mit den Basis-Capabilities auf Nussbaums Liste ist, argumentiert Schramme, dass es daraus folgend keinen Grund mehr gäbe nachzuforschen, welche sozialen Einflüsse auf Gesundheit wirken, weil dies ohnehin bereits definiert wäre: „Yet, if being healthy is conceptually tied to a level of certain social conditions, namely having Nussbaum’s capabilities, then there is no need for
empirical research on social determinants of health, because the social bases of being healthy are necessarily the conditions set in the list of capabilities.“ (Schramme 2016, 23)


3.2.3.3. Gesundheit von Gruppen

Individualgesundheit (Venkatapuram 2011, 207). In der Praxis sei es also ganz klar, so Venkatapuram, dass Gesundheitsphänomene gewinnbringend auf Bevölkerungsebene betrachtet werden könnten, und dass die Krankheitsursachen einer sozialen Gruppe anders anzugehen seien, als die Mechanismen, die einzelne Individuen krank machten (Venkatapuram 2011, 214).


Bei Venkatapuram liest man, dass es unklar sei, mit dem Anspruch welcher Einzelperson sich eine solche Maßnahme begründen ließe, weil bei Maßnahmen zur Steigerung der Bevölkerungsgesundheit selten klar sei, wer nun genau, und in welchem Maße profitieren wird (Venkatapuram 2011, 205). Es sei dabei sogar egal, dass Mitglieder eine Gruppierung verlassen oder zu ihr hinzustoßen können, ohne, dass dies an der Maßnahme und ihrer Effektivität etwas ändert. „[…]the primary beneficiary is actually the group.“, schreibt Venkatapuram dazu. (Venkatapuram 2011, 210) Es ist aus Venkatapurams Sicht also schlicht nicht möglich, eine solche Maßnahme mit der Gesundheit eines oder mehrerer spezifischer Individuen zu begründen. Konsequenterweise, so Venkatapuram, müsste man in solchen Fällen der betrachteten Gruppe einen ethischen Status zuerkennen, beispielsweise indem man eine Gruppierung als „super-person“ versteht und ihr einen eigenen Anspruch auf eine Meta-Capability

einer Bevölkerung tatsächlich profitieren sollten, und dass darüber hinaus ihr Gesundheitsgewinn fair verteilt sein solle. (Venkatapuram 2011, 206)


Versteht man wie Venkatapuram den Capability Approach derart eng, dass diese Vorschläge als faule Kompromisse erscheinen, so zeigen sich echte Nachteile seiner Theorie gegenüber utilitaristischen Ansätzen, welche mit einer Gesamtbilanz arbeiten. Das ist insbesondere verwunderlich, da der Capability Approach und Venkatapuram
4. Schluss

4.1. Rekapitulation

4.1.1. Neue Aspekte der Theorie

Im Kapitel 2.2.3 – „Konstruktionsvorgang der Meta-Capability der Gesundheit“ wurden folgende Veränderungen von der Gesundheitstheorie Nordenfelts hin zu der neuen Gesundheitsvorstellung Sridhar Venkatapurams herausgearbeitet:

1. Vital Goals werden durch Capabilities ersetzt
2. Fähigkeiten zweiter Ordnung werden durch Capabilities ersetzt
3. Reasonable Circumstances bzw. Standard-Circumstances werden durch die physische und soziale Umgebung eines Menschen ersetzt
4. Minimal Happiness wird durch Lebensqualität bzw. „Well-Being“ ersetzt; aus dem Schwellenwert der Minimal Happiness wird ein Minimum an Lebensqualität
5. eine Meta-Capability wird eingeführt


### 4.1.2. Kritiken der zeitgenössischen Debatte


Venkatapuram ist der Ansicht, dass Menschen Gesundheit sehr wohl als Möglichkeit verstehen, gewisse Dinge im Leben zu tun und zu erreichen (Venkatapuram 2016, 52). Diese Möglichkeiten könnten durch gesellschaftliche Vorgänge beschränkt und befördert werden. Darum verwende er Capabilities. Es geht ihm dabei nicht um rein körperliche Möglichkeiten. (Venkatapuram 2016, 54) Im Laufe seiner Antwort zeigt sich, dass er – obgleich er sich auf Nussbaums moralische Rechtfertigung der Liste von Basis-
Capabilities (vgl. 2.2.2 – „Capability Approach und Entitlement Analysis“) bezieht – nicht näher erklärt, warum diese Basis-Capabilities nicht nur Basis-Capabilities sind, sondern der Inhalt von Gesundheit sein sollen. (Venkatapuram 2016, 53)

Dieser wichtige konzeptionelle Schritt in der Schaffung eines neuen Gesundheitsverständnisses ist seinen Kritikern jedoch nicht einleuchtend. Erkennt man die Annahme, dass Gesundheit und die 10 Basis-Capabilities dasselbe sind, nicht an, so kann man Venkatapurams Gesundheitskonzeption nicht anerkennen. Zwar ist es laut Venkatapuram möglich auch andere Listen oder Inhalte an Stelle der Nussbaumschen Basis-Capabilities zu setzen (Venkatapuram 2016, 53), jedoch bleibt nicht aus, dass auch diese erst als Beschreibung von Gesundheit anerkannt werden müssten.


Schramme beschreibt, dass die Liste der Basis-Capabilities viele Einflüsse auf Gesundheit abdecke, die derzeit auch von der Gesundheitsforschung beobachtet würden. Er weist jedoch darauf hin, dass die empirische Forschung diese Einflüsse mit Hilfe eines naturalistischen Gesundheitsverständnisses erforscht und gefunden habe. Er argumentiert, wie auch schon Christopher Boorse, dass ein naturalistisches Gesundheitsverständnis sehr gut dazu geeignet sein kann, soziale und gesellschaftliche Beeinflussung von Gesundheit zu beobachten und einer anschließenden Bewertung zugänglich zu machen. (Schramme 2016, 22)

Venkatapuram selbst sieht dies anders und möchte mit seiner Theorie versuchen für die empirische Forschung den gesellschaftlichen Einfluss auf Gesundheit stärker hervorzuheben. (Venkatapuram 2016, 54)


besser definiert, denn als reine Möglichkeit zu einer Tätigkeit oder zu einem Zustand (Tengland 2016, 13/14; Selgelid 2016, 30).

Auch wenn Venkatapurams allen Indizien folgend sehr viel Wert darauflegt, dass Menschen gesund sind und nicht nur gesund sein können, entschließt er sich Gesundheit als Capability zu konzipieren. Begibt man sich tiefer in die Terminologie des Capability Approach so wird deutlich, dass Venkatapuram nicht geklärt hat, inwieweit sich Capabilities, Functionings und „Conversion Skills“ tatsächlich voneinander unterscheiden (Selgelid 2016, 31). Diese Kritik wiederholt den Gedanken, dass Venkatapuram Gesundheit und ihre Einflüsse nicht trennt, führt ihn aber weiter und stellt ihn als ein ganz grundlegendes die Capabilities-Terminologie allgemein betreffendes Problem dar. (vgl. dazu 3.2.2.8 – „Basis-Capabilities, Functionings und ihre Einflüsse - wie verhalten sie sich zueinander?“)


Venkatapuram konzipiert eine Schwelle zwischen der Würde angemessenen und der Würde nicht mehr angemessenen Gesundheitszuständen (Venkatapuram 2011, 144). Es ist allerdings unklar, ob Venkatapuram Gesundheitswerte unterhalb der Minimalschwelle explizit als krank bezeichnet oder nicht (vgl. dazu 3.2.2.10 – „Die Bedeutung der Minimalschwelle“).


Venkatapuram beschäftigt sich ebenfalls kaum mit geistiger Gesundheit. Er benennt aber einen Bereich geistiger Capabilities (die Capabilities Sinne, Vorstellungskraft und Denken zu nutzen, Emotionen zu empfinden, soziale Beziehungen zu pflegen und die Capability der Vernunft (Venkatapuram 2011, 162)) und trennt zwischen körperlichen Voraussetzungen und agency-skills, die beide die Gesundheit eines Menschen mitbestimmen (Venkatapuram 2011, 106). Wie auch Krankheit allgemein wird geistige Krankheit vermutlich Einschränkungen der zweiten Basis-Capability sein. Solange nicht
klar ist, dass es Krankheit auch als Abwesenheit der Meta-Gesundheits-Capability gibt, kann nicht von geistiger Krankheit gesprochen werden, wenn einige der oben als mit geistiger Tätigkeit verknüpften Capabilities eingeschränkt sind.


Venkatapuram stützt mögliche Ansprüche auf Beförderung von Gesundheit in Anlehnung an Martha Nussbaum auf das Konzept der Menschenwürde (vgl. dazu 2.3.3 – „Ansprüche auf Beförderung der Gesundheit, die in Health Justice formuliert werden“). Verschiedentlich wird dieses Konzept sowie die Verwendung dieses Konzepts als normativer Grundpfeiler seiner Theorie bemängelt. Dabei zielen einige Kritiken auf die Offenheit und Unbestimmtheit des Begriffs der Würde (Selgelid 2016, 27; Kollar, Laukötter und Buyx 2016, 54). Es wird zudem angemerkt, dass ein Recht auf Gesundheit, das sich mit der Würde des Menschen begründet, lediglich einen humanitären Anspruch darstellt, nicht aber ein juristisches Recht auf Gesundheit begründen kann (Kollar, Laukötter und Buyx 2016). Im Zuge der Debatte um die Menschenwürde kann auch die Kritik, Venkatapuram sei Speziesist (Selgelid 2016, 32), aufgegriffen werden, welche die vorliegende Arbeit nicht definitiv entkräften kann.

Ausformulierung dessen, was Venkatapuram umsetzen möchte, nämlich seiner Vorstellung von Gesundheit. Weder Minimalwerte noch der genaue Inhalt der Liste der Basis-Capabilities sind geklärt. Es gibt kein festgelegtes Verfahren, wie diese Lücken entschieden werden sollen. Ohne genaue Ansprüche lassen sich keine konkreten Verpflichtungen ableiten. Venkatapuram klärt nicht, ob gesundheitsrelevante Functionings umgesetzt werden sollen oder die zugehörigen Capabilities (vgl. 3.2.2.7 – “Gesundheit – Capability oder Functioning?”). Auch für den Umgang mit begrenzten Ressourcen gibt es kaum Hilfestellungen. Situationen, die die Verteilung von Gesundheits-Capabilities unterhalb der Minimalschwelle erfordern, werden als Situationen bezeichnet, die eigentlich nicht entstehen dürften ohne weitere Handlungsanweisungen zu geben. Genausowenig gibt es Anweisungen für schwierige Entscheidungsfindungen oberhalb der Minimalschwelle. Lediglich das Achten auf soziale Gerechtigkeit wird gefordert (Venkatapuram 2011, 152). Venkatapuram gibt außerdem an, dass das Bestehen der Möglichkeit zu helfen eine minimale Verpflichtung zum Helfen beinhalte (Venkatapuram 2011, 21).

Für die Umsetzung konkreter Rechtsansprüche scheint laut Kritikern die Begründung eines Rechts auf Gesundheit durch die Menschenwürde schlechter geeignet als eine Begründung durch die Konkretisierung der gesellschaftlichen Einflussnahme auf Gesundheit. (Kollar, Laukötter und Buyx 2016)

Es kann vermutet werden, dass es für Venkatapuram keine Situationen gibt, in denen Zufälle über die Gesundheit von Menschen entscheiden. Es scheint lediglich Krankheiten zu geben, die noch nicht ausreichend beforscht wurden und Zusammenhänge zwischen Krankheit und sozialem Einfluss, die ebenfalls noch nicht ausreichend aufgedeckt wurden. (Venkatapuram 2011, 150/151)

Venkatapuram setzt einerseits große Hoffnungen in die empirische Gesundheitsforschung und ihre Fähigkeit kausale Zusammenhänge von Gesundheit, Capabilities und Gesellschaft offenzulegen (Venkatapuram 2011, 159–60). Gleichzeitig beschreibt er Konstrukte wie das Cluster-Right (Venkatapuram 2011, 162–64) und konstruiert undurchschaubare Wechselverhältnisse zwischen Capabilities, Functionings und Einflüssen auf dieselben, oder auch zwischen der Menschenwürde und den Basis-Capabilities. Diese Geflechte scheinen darauf hinzudeuten, dass Kausalität zwar existiert,
jedoch nicht durchdrungen werden kann. (vgl. dazu 3.2.3.2 – „Luck, Responsibility and Accountability“, “Causation”)

Es ist aus Venkatapurams Sicht nicht geklärt, wie mit einem Capabilities-Ansatz gesundheitsrelevante Vorgänge innerhalb von Gruppen betrachtet werden können (vgl. dazu 3.2.3.3 – „Gesundheit von Gruppen“). Das Bemühen um Gesundheit darf Venkatapurams Meinung nach nur als das Bemühen um die Gesundheit einzelner konkreter Individuen begründet werden. Die Gesundheit einer Gruppe müsste über den moralischen Status dieser Gruppe rechtfertigt werden, die aber eigentlich keinen eigenen moralischen Status hat.


Auch die Umsetzung eines global gültigen Rechts auf Gesundheit birgt noch einige Ungereimtheiten: So wird Gerechtigkeit in der Regel als Gerechtigkeit in einem nationalen Rahmen gedacht. Wie mit einem Menschenrecht auf Gesundheit umgegangen werden muss, das als speziesweites Konzept entworfen wurde, ist zu klären (Venkatapuram 2011, 215ff).

4.1.3. Positive Stimmen der zeitgenössischen Debatte

Venkatapurams Theorie ist eine ambitionierte, reichhaltige und inspirierende Theorie, die die weitverbreitete Intuition aufgreift, dass Gesundheitseinschränkungen und -Ungleichheiten auch global gesehen ein moralisches Problem darstellen (Buyx, Kollar und Laukötter 2016, 41). Buyx et al. gehen davon aus, dass Venkatapurams Theorie aufgrund der Herausarbeitung des sozialen Einflusses auf Gesundheit eine gute Basis für eine vollständige Theorie der Gerechtigkeit bietet und auch moralische Probleme lösen kann. Allerdings muss der Anspruch zuvor ausgearbeitet werden. (Buyx, Kollar und Laukötter 2016, 48)

Schramme sieht als besonderen Verdienst von Health Justice, dass die Bedingtheit von Gesundheit durch soziale Faktoren so stark hervorgehoben wird. Die Folgerung, dass Gesundheitsgerechtigkeit nicht nur Sache von Arztpraxen und Krankenhäusern ist, erscheint ihm einleuchtend und wichtig. (Schramme 2016, 19)

Es ist gut Gesundheitstheorien als holistische Theorien zu konzipieren; solches tut Venkatapuram (Tengland 2016, 18)

„Sweeping, ambitious and original“ ist Venkatapurams Gerechtigkeitstheorie aus Richardson's Sicht. Er erwähnt lobend, dass Venkatapuram die sozialen und physikalischen Einflüsse auf Gesundheit heraushebe. Er findet die moralische Basis für den besonderen Wert von Gesundheit überzeugend und ist der Ansicht, dass Venkatapuram eine robuste Theorie für ein Recht auf Gesundheit geschaffen hat. Venkatapuram ist Richardsons Ansicht nach ein „conceptual reformer“. (Richardson 2016, 1)
4.2. Beurteilung


Es wird analysiert, ob Venkatapurams neues Konzept Mängel, die er in Nordenfelts Gesundheitsverständnis annimmt, in seinem eigenen Konzept beseitigt hat.

Es soll bewertet werden, ob es Venkatapuram gelungen ist Gesundheit für den Capability Approach zugänglich zu machen und zu zeigen, dass Gesundheit gewinnbringend als Capability verstanden werden kann. Im Rahmen dieser Betrachtung soll auch noch einmal ein Blick auf die besprochenen grundlegenden Probleme des Capability Approach geworfen werden mit der Frage, ob Venkatapuram einige davon beseitigt hat.

4.2.1. Venkatapurams Zielsetzungen


„A ‘general theory’ of health and social justice needs to describe what health is, how it is created and distributed, and why it is valuable to human beings. It should be able to identify what claims and obligations individuals have in regard to their health and the implications to the rights and duties of other agents. And it should hopefully help guide action at the policy level and in the face of difficult circumstances.“ (Venkatapuram 2011, 28)
Wie aus diesem Zitat erkennbar wird, spricht Venkatapuram davon, dass eine Gesundheits- (und Gerechtigkeits-) Theorie möglichst schlüssig beschreiben sollte, was Gesundheit ist. Es sollte klar werden, wie Gesundheit entsteht, verteilt wird, und warum Gesundheit von Wert ist. Ansprüche und Verpflichtungen sollten ausfindig gemacht werden können und die Definition sollte eine Grundlage für die Formulierung von Rechtsansprüchen sein. Eine Gesundheits- (und Gerechtigkeits-) Theorie sollte die Politik anleiten und moralisch schwierige Entscheidungsfindungen unterstützen können.


Sowohl Buyx et al. als auch Selgelid und Richardson sind der Ansicht, dass Venkatapuram die Relevanz von Gesundheit für den Menschen und für soziale Gerechtigkeit erkannt und hervorgehoben habe. Selgelid und Richardson sind sogar der Ansicht, dass Venkatapuram einen wertvollen und neuartigen Beitrag zur Definition eines Menschenrechts auf Gesundheit geleistet habe. Während Richardson Venkatapurams Überlegungen in dieser Hinsicht als robust bezeichnet, sind Buyx et al. der Ansicht, Venkatapuram habe lediglich eine gute Basis für eine Theorie der gerechten Gesundheit gelegt, müsse diese aber noch ausarbeiten. Dasselbe sagen sie zu seiner Konzeption eines Menschenrechts auf Gesundheit.

Über die Frage, ob die Grundlage für ein Menschenrecht auf Gesundheit gelungen gelegt ist, sind sich die Autoren zwar uneinig, Venkatapuram scheint mit seiner neuen Definition von Gesundheit aber auf jeden Fall Aspekte anzusprechen, die allgemein als relevant erachtet werden und in Beziehung zu Gesundheit stehen. Die vorliegende Dissertation hat dabei jedoch herausgearbeitet, dass diese Aspekte, insbesondere die
sozialen Einflüsse auf Gesundheit, zwar als in der Realität bestehende relevante Einflüsse betrachtet werden, allerdings werden sie nicht als Teil von Gesundheit selbst betrachtet.


4.2.2. Tenglands Qualitätskriterien für Gesundheitsdefinitionen


The Language Criterion:
Das erste Kriterium Tenglands ist „The Language Criterion“. Es besagt, dass eine Definition von Gesundheit sich „vernünftig nahe“ an das Alltagsverständnis und an das
professionelle Verständnis von Gesundheit halten sollte. Zudem soll der „wertende Charakter des Konzepts“ mitbedacht werden. (Tengland 2016, 9)


Gleichwohl merken verschiedene Kritiker positiv an, dass die Darstellung insbesondere der sozialen Einflüsse auf Gesundheit sowie die Darstellung von Gesundheit als globalem Phänomen ein wertvoller Beitrag zur Debatte sei. Diese Aspekte scheinen also sehr wohl einem bestehenden und für relevant erachteten Verständnis von Gesundheit zu entsprechen und werden im Rahmen der zeitgenössischen Debatte honoriert.

an sich. Der Wert von Gesundheit ist in Health Justice an die Würde des Menschen geknüpft und speist sich auch aus dieser.

The Homogeneity Criterion

Das „Homogeneity Criterion“ besagt, dass Gesundheit durch so wenige Schlüsselbegriffe wie möglich bestimmt sein soll. (Tengland 2016, 9)

Gesundheit ist für Venkatapuram die Summe der 10 Basis-Capabilities (Venkatapuram 2011, 143). Auf den ersten Blick ist Gesundheit also erst einmal nur eine (Meta-)Capability. Venkatapuram definiert ein Mindestmaß an Gesundheit, dessen genaues Ausmaß er von Erfordernissen der menschlichen Würde abhängig macht (ibid.). Meta-Capability und Würde sind in diesem Zusammenhang als Schlüsselbegriffe zu werten. Allerdings ist die Vorstellung einer Meta-Capability noch zu unbestimmt, um alleine mit dieser zu arbeiten, und so müssen eigentlich die Basis-Capabilities sowie das Konzept der zugehörigen Functionings ebenfalls als Schlüsselbegriffe gewertet werden. Capability, Basis-Capability, Functioning und die Menschenwürde zur Definition eines Minimalanspruchs sind die Schlüsselbegriffe, die sich auch in der von der vorliegenden Arbeit als Definition verstandenen Beschreibung von Gesundheit finden:

„The capability to be healthy is a person’s ability to achieve or exercise a cluster of basic capabilities and functionings, and each at a level that constitutes a life worthy of equal human dignity in the modern world.” (Venkatapuram 2011, 143)

Schlüsselbegriffe in Lennart Nordenfelts Gesundheitstheorie sind die Begriffe der Fähigkeit zweiter Ordnung, der Begriff der Vital Goals, welche geknüpft sind an das Konzept der „minimal happiness“, sowie die Vorstellung einer Standardumgebung. Das Minimum langfristigen Glücks wird bestimmt durch eine Mischung persönlicher Präferenzen und Einstellungen und einem objektiven Anteil. Diese Schlüsselbegriffe Nordenfelts finden sich in folgender Definition:

„A is completely healthy, if and only if A is in a bodily or mental state which is such that A has the second-order ability to realize all his or her vital goals given standard or
reasonable circumstances. The set of A’s vital goals is the set of states of affaires which are necessary and together sufficient for A’s minimal happiness in the long run.” (Nordenfelt 2013, 280)


The Reliability and Measurability Criteria
Die „Reliability and Measurability Criteria“ besagen, dass die definierenden Charakteristika von Gesundheit beobachtbar und messbar sein sollen. (Tengland 2016, 9)

Diese Kriterien haben viel mit einer möglichen Umsetzbarkeit in der Praxis zu tun, welche Venkatapuram selbst als noch zu bewältigenden Herausforderungen empfindet (Venkatapuram 2011, 236). Die vorliegende Arbeit hat herausgearbeitet, dass dieses Problem zu einem nicht unerheblichen Anteil damit zusammenhängt, dass viele Aspekte der neuen Gesundheitskonzeption nicht konkretisiert sind (vgl. dazu 3.2.3.1 – „Feasibility“ - Umsetzbarkeit“). So ist weder der Inhalt der Basis-Capabilities festgelegt, noch der Schwellenwert des Gesundheitsminimums oder die Prozeduren, die zu Festlegungen darüber führen sollen. Capabilities als reine Handlungsmöglichkeiten sind zudem schwer zu messen, so dass Venkatapuram ohnehin überlegt, ob empirische Forschung mit Functionings arbeiten müsste statt mit Capabilities oder gar der Meta-Gesundheits-Capability. Des Weiteren ist nicht geklärt wie sich Capabilities, Functionings und Einflüsse auf diese in der Realität genau unterscheiden lassen. (vgl. 3.2.2.7 und 3.2.2.8)

The Goal Criterion
„The Goal Criterion“ formuliert: Diejenigen Praktiken, die bislang als gesundheitsrelevantes Tun verstanden werden, sollten auch von der neuen Definition als solches anerkannt werden. (Tengland 2016, 9)
Venkatapurams neue Theorie der Gesundheit bestätigt Tätigkeiten, die bislang unter Gesundheitsförderung verstanden werden als solche. Es ist keineswegs der Fall, dass klassische Tätigkeiten der Gesundheitsversorgung plötzlich nicht mehr als gesundheitsrelevantes Tun verstanden werden. Allerdings werden aufgrund der Gleichsetzung des Entwurfs eines guten Lebens mit Gesundheit viele weitere andere Tätigkeiten und Tätigkeitsfelder hinzukommen, so beispielsweise auch der Umweltschutz, politische Aktivitäten und Bildungsbemühungen.

**The Theory Criterion**

Im „Theory Criterion“ wird ein präzises und kohärentes Konzept gefordert. Es soll klar ersichtlich sein, welche Phänomene unter die Bezeichnung Gesundheit fallen und welche nicht. (Tengland 2016, 9)

Die vier im Rahmen der Überlegungen zum „Homogeneity Criterion“ ermittelten Schlüsselbegriffe Capability, Functioning, Basis-Capability und Würde sind als Begrifflichkeiten nicht sehr präzise: Die Meta-Gesundheits-Capability, Basis-Capabilities und Functionings werden nicht klar gegeneinander und gegen ihre Einflüsse abgegrenzt (vgl.3.2.2.8 – „Basis-Capabilities, Functionings und ihre Einflüsse - wie verhalten sie sich zueinander?“), Würde ist ein an sich nicht präzisiertes Konzept. Soweit aus *Health Justice* erkennbar, stehen die verschiedenen Konzepte wechselwirkend miteinander in Beziehung. Diese etwas unklare Verwobenheit macht die Grenzen zwischen dem einen und dem anderen jedoch unscharf. Es gilt dies nicht nur für das Verhältnis zwischen Capabilities und Functionings (Venkatapuram 2011, 162ff), sondern auch für das Verhältnis von Würde und Capabilities, die ebenfalls als in einer unklaren gegenseitigen Aufeinanderbezogenheit beschrieben werden (Venkatapuram 2011, 147). Auch die Minimalschwelle von Gesundheit ist nicht präzise formuliert: Venkatapuram beschreibt, dass eine Person, für die alle 10 Basis-Capabilities zu einem gewissen Maße erfüllt sind ein „fully human life“ führe (Venkatapuram 2011, 144). Dieses „fully human life“, so führt er aus, schaffe *ausreichend („sufficient“*) Möglichkeiten, um *vernünftige („reasonable“*) und verschiedenartige Konzeptionen eines guten Lebens umsetzen zu können (ibid.). Diese Angemessenheit misst sich anhand des Konzepts der Menschenwürde, welches aber selbst nicht präzise genug ist, um „ausreichend“,

The Normative Adequacy or Utility Criterion

Das letzte Kriterium einer guten Gesundheitsdefinition nach Tengland ist „The Normative Adequacy or Utility Criterion“. Demnach soll eine Gesundheitsdefinition helfen normative Fragen zu klären. (Tengland 2016, 9)


Zusammenfassung:


4.2.3. Venkatapuram und Nordenfelt

Venkatapurams neue Gesundheitstheorie leitet sich von Lennart Nordenfelts Theorie ab. Health Justice ist unter anderem ein Versuch Nordenfelts Theorie zu verbessern. Dieser Abschnitt rekapituliert noch einmal die Kritikpunkte Venkatapurams an Nordenfelt und dessen Antwort (vgl. 3.1.1., „Venkatapuram – Nordenfelt“) und versucht zu ermitteln, ob es Venkatapuram in seiner eigenen Theorie gelungen ist, die von ihm angesprochenen Mängel zu beheben oder abzuschwächen:

Venkatapuram kritisiert die Idee einer Standardumgebung und kritisiert die Formulierung einer vernünftigen Umgebung innerhalb derer sich Menschen befinden. Wichtig ist Venkatapuram dabei, dass es keine Standardumgebung gebe, weil selbst die physikalische Umgebung neben der soziokulturellen Umgebung von Menschenhand manipuliert wird. Auch vernünftig („reasonable“) ist eine Bewertung der Umgebungsbedingungen, die menschengemacht ist. Die Verwendung von Termini wie „vernünftig“, „angemessen“ oder „standardmäßig“ führen aus Venkatapurams Sicht,
ohne dies offenzulegen, positive Beurteilungen als objektiv ein, obwohl diese subjektiv und von Menschen beeinflusst sind. (Venkatapuram 2011, 62)


Allerdings verwendet auch Venkatapuram den Terminus „reasonable“. Er tut dies im Kontext der Setzung der Minimalschwelle von Gesundheit. Diese müsse der Würde des Menschen „angemessen“ sein (Venkatapuram 2011, 144). Auch diese Angemessenheit wird von Menschen definiert werden müssen. Wer sollte diese Aufgabe auch sonst übernehmen?

Venkatapuram stört also am Terminus der „Standardumgebung“ vor allem die Überlegung, dass eine Standardumgebung die Gesundheitsvorstellung von Menschen präge. Diese Prägung kann er selbst aber ebenfalls nicht ausschalten. Zwar, so schreibt er, soll seine Liste an Basis-Capabilities dazu zwingen die Realität an die Erfordernisse dieser Liste anzupassen – und nicht umgekehrt die Ansprüche der Liste nach den Möglichkeiten der Realität zu bestimmen – jedoch bleibt es dabei, dass Menschen, die sich in bestimmten Kontexten befinden, die genauen Inhalte und Gewichtungen der Liste erst ausformulieren müssen (Venkatapuram 2011, 128/146). Sie werden dies tun im Rahmen dessen, was ihnen in ihrem gelebten Kontext vorstellbar ist.

Die Vital Goals sind nach Venkatapurams kritischer Feststellung „leer“ oder unbestimmt, und die Entscheidung für eine bestimmte Auswahl von Vital Goals ist subjektiven Präferenzen überlassen (Venkatapuram 2011, 60ff). Venkatapurams Liste an Basis-Capabilities ist konkreter als die Vital Goals; allein die Tatsache, dass verschiedene Capabilities benannt und ihrem Inhalt nach beschrieben werden, macht dies ersichtlich. Es gilt jedoch zu bedenken, dass auch die Vital Goals keine profanen Ziele beinhalten

Venkatapuram kritisiert, dass Nordenfelt die Grenze zwischen gesund und krank nicht konkret festlegt (Venkatapuram 2013, 271). Dazu ist zu sagen, dass auch Venkatapuram die Minimalschwelle von Gesundheit nicht konkret festlegt (vgl. dazu 2.3.4 – „Verpflichtungen, die in Health Justice formuliert werden“). Wie im vorigen Abschnitt besprochen ist Nordenfelt ohnehin der Meinung, dass derart konkrete Anweisungen gar nicht Aufgabe der Theoriebildung sei.

4.2.4. Venkatapuram als Vertreter des Capability Approach


Auch die Rolle der Eigenverantwortung und das Maß, wieviel individuelle Freiheit umgesetzt werden soll, sind nicht ganz geklärt (3.2.3.2 – „Luck, Responsibility and Accountability“, “Causation“). Theoretisch ist diese individuelle Freiheit in Health Justice groß, da Gesundheit als Meta-Capability von jedem Menschen in dem Maße und der Weise umgesetzt werden darf, wie der Einzelne dies wünscht. Zugleich ist der Mensch auch in seiner Entscheidungsfindung und Freiheit dermaßen in seine (soziale) Umgebung verstrickt, dass von Eigenverantwortlichkeit in Bezug auf Gesundheit eigentlich kaum gesprochen werden kann. Wenn selbst die Einflüsse auf die Großeltern einen Menschen
prägen und diese Prägung gesundheits- und gerechtigkeitsrelevant ist, bleibt wenig Raum für Eigenverantwortung.


Es wird in Health Justice auch nicht begründet, inwieweit Capabilities als Metrik besser geeignet wären als andere Verteilungsobjekte. Venkatapuram ist der Ansicht, dass eine Capability Ressource und Wohlergehen beinhaltet (Venkatapuram 2011, 161), während ressourcenorientierte Ansätze das eine bedenken und „Well-Being“-Ansätze das andere (Venkatapuram 2011, 168). Der besondere Wert der Capability läge also zumindest teilweise in ihrer Doppelfunktion als Mittel und Zweck.

Functionings oder Capabilities? Dies ist eine Debatte, in der sich Venkatapuram für Capabilities entschieden hat, auch wenn Kritiker annehmen, dass Functionings Gesundheit besser beschreiben und auch wenn Venkatapuram selbst überlegt, ob in der Umsetzung seines Ansatzes Functionings nicht geeigneter wären. Besonders schwerwiegend wird dieses Problem, wenn man bedenkt, dass nicht unbedingt ersichtlich ist, was Capabilities und Functioning ganz genau unterscheidet.

Venkatapuram erklärt, dass sich der Wert der Capability aus der Würde des Menschen speist (Venkatapuram 2011, 143). Sein Verständnis davon, woher dieser Wert kommt, hat also einen absoluten Anteil, so wie die ersten 10 Basis-Capabilities seiner Ansicht nach nicht mehr umgestoßen werden können (Venkatapuram 2011, 65), wird aber in der genauen Ausprägung demokratisch abgestimmt (Venkatapuram 2011, 128/146). Er positioniert sich damit in der Mitte zwischen Vertretern, die annehmen, dass der Wert von Capabilities sich aus einer Wahrheit über diesen Wert ergibt, und solchen, die Werte von Capabilities als relativ und diskutierbar halten (Robeyns [2011]). Seine Vorstellung von einer Capability als Mittel und Zweck (Venkatapuram 2011, 161/162) ist ebenfalls eine Positionierung in einer Mittelposition.

4.3. Fazit der Verfasserin


Aus dieser besonderen Konstellation erklärt sich, dass es Venkatapuram durchaus gelingt, die besondere *Relevanz* seines Gesundheitsverständnisses für Menschen darzulegen. Gesundheit, formuliert wie in *Health Justice*, ist von besonderem Wert (vgl. dazu 3.2.2.3Gesundheit und ihr Verhältnis zu anderen Werten“).

Als Folge eines zu breiten und zu umfassenden Gesundheits-“Werts“ mangelt es allerdings an *Schlüssigkeit und Kohärenz* der Konzeption. Zum einen ist Venkatapurams neue Gesundheitsvorstellung nicht kohärent zu einem bestehenden Alltagsverständnis und zum Umgang mit diesem Begriff im Gesundheitswesen.(vgl. dazu 3.2.2.5 – „Venkatapuram und das Alltagsverständnis von Gesundheit“) Bemerkenswert dabei ist, dass die reine Beschreibung der sozialen Einflüsse auf Gesundheit, die als nicht konzeptuell mit Gesundheit verbunden kritisiert werden, eigentlich sehr positiv räsoniert wird (vgl. dazu 4.1.3 – „Positive Stimmen der zeitgenössischen Debatte“). Die Beschreibung insbesondere gesellschaftlicher Einflüsse auf Gesundheit wurde von Venkatapuram also anscheinend richtig erkannt und treffend beschrieben und ist als solche eigentlich sehr schlüssig. Lediglich die Verwendung dieser Einflüsse als Teil von
Gesundheit wird heftig kritisiert (vgl. 3.2.2.2 - „Gesundheit und Einflüsse auf Gesundheit – die Meta-Gesundheits-Capability und Venkatapurams Denkfehler“).


Daneben legt Venkatapuram eigentlich Wert auf eine politische Wirksamkeit seiner Ideen und auf die Gestaltung eines globalen Menschenrechts auf Gesundheit (ibid.). Diese Überlegungen betreffen den Gerechtigkeitsaspekt von Health Justice und werden darum im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht weiter ausgeführt. Angemerkt werden sollte, dass sich die Autoren der zeitgenössischen Kritik uneinig darüber sind, ob Venkatapurams Beiträge zu einer Formulierung eines Menschenrechts auf Gesundheit eher gelungen oder eher nicht gelungen sind (vgl. dazu 3.2.2.12 – „Das Konzept der (Menschen-)Würde“). Verschiedene Wertungen werden dabei vorgenommen. Die vorliegende Arbeit ist nicht in der Lage diese Bewertungen einzuordnen.


5. Literatur


144


6. Erklärung zum Eigenanteil der Dissertationsschrift

Die Arbeit wurde im Institut für Ethik und Geschichte der Medizin unter Betreuung von Professor Hans-Jörg Ehni durchgeführt.
Ich versichere, die vorliegende Arbeit selbständig verfasst zu haben und keine weiteren als die von mir angegebenen Quellen verwendet zu haben.

Tübingen, den
[Unterschrift]
7. Danksagung