

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

<b>1. Einleitung</b> .....	5
<b>2. Rekonstruktion</b> .....	14
2.1. Zusammenfassung des Gesundheitskonzepts in <i>Health Justice</i> .....	14
2.2. Komponenten des Gesundheitskonzepts in <i>Health Justice</i> .....	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 <i>Health Justice</i> .....	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
<b>3. Die zeitgenössische Debatte um Venkatapurams neue Gesundheitsdefinition</b> .....	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 <i>Health Justice</i> .....	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.	Speziesismus.....	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
<b>4.</b>	<b>Schluss</b> .....	<b>117</b>
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
<b>5.</b>	<b>Literatur</b> .....	<b>144</b>
<b>6.</b>	<b>Erklärung zum Eigenanteil der Dissertationsschrift</b> .....	<b>148</b>
<b>7.</b>	<b>Danksagung</b> .....	<b>149</b>

## 1. Einleitung

Die vorliegende Dissertation befasst sich mit einer neu entwickelten Gesundheitstheorie, welche Sridhar Venkatapuram im Jahr 2011 in Form eines Buchs mit dem Titel *Health Justice* veröffentlichte (Venkatapuram 2011). Die vorliegende Dissertation beschäftigt sich mit *Health Justice* in Form einer kritischen Würdigung, welche neben einer analytischen Rekonstruktion des Werks einen Überblick über die zeitgenössische Rezeption desselben gibt. Wie der Titel des Werks bereits andeutet, beschäftigt sich der Autor zum einen mit der Frage was Gesundheit ist, zum anderen befasst er sich mit der Frage nach Gerechtigkeit im Kontext von Gesundheit. (Venkatapuram 2011, 30/31) Der Schwerpunkt der analytisch-philosophischen Arbeit seines Buches liegt dabei auf der Neudefinition des Begriffs „Gesundheit“ (ibid.). Die Überlegung, ob und inwieweit Gerechtigkeitsfragen über die Frage nach der Verteilung von Gesundheit geklärt oder behandelt werden können, schwingt an vielen Stellen mit. Venkatapuram selbst betrachtet eine mögliche gesundheitsorientierte Ausrichtung der Gerechtigkeitsdebatte durch sein Werk als angedacht, als zu einem kleinen Stück bearbeitet (Venkatapuram 2011, 36), jedoch keineswegs als abgeschlossen.

*Health Justice* lässt sich einerseits in den Kontext vorangegangener Gesundheitstheorien einordnen. Gleichzeitig muss das Werk aber auch verstanden werden als Teil der Diskussion um den sogenannten „Capability Approach“, da Venkatapuram seine Definition unter anderem als Weiterentwicklung desselben versteht (Venkatapuram 2011, 24). Mit seiner starken Tendenz zu Gerechtigkeitsfragen ist Venkatapurams Position außerdem Teil der Frage nach dem Wesen von Gerechtigkeit, auf die im Rahmen der vorliegenden Dissertation jedoch nur begrenzt eingegangen wird.

In der vorliegenden Dissertation soll vor allem die Definition von *Gesundheit* betrachtet und auf Stimmigkeit, Relevanz und Umsetzbarkeit geprüft werden. Im ersten Teil der Arbeit wird darum Venkatapurams Gesundheitsverständnis analytisch rekonstruiert. Im zweiten Teil der Arbeit werden die kritischen Stimmen zu diesem neuen Verständnis von Gesundheit dargestellt. Abschließend nimmt die vorliegende Dissertation mithilfe positiver und negativer Rückmeldungen der zeitgenössischen Debatte eine Bewertung der neuen Gesundheitstheorie Venkatapurams vor.

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)

Wie aus dem Zitat ersichtlich wird, konstruiert Venkatapuram Gesundheit als Gesamtheit einer Liste von „basic capabilities“, den Basis-Capabilities. Diese Liste beinhaltet menschliche Handlungskompetenzen in möglichst vielen Bereichen des Lebens und formuliert eine „Minimalversion“ des guten Lebens („a minimal conception of a fully human life“) (Venkatapuram 2011, 143) (vgl. dazu auch 3.2.2.4 – „Das Verhältnis von „Well-Being“ und Gesundheit“). Es wird dabei angenommen, dass ein Mensch ein gutes Leben verlebt, sobald alle Basis-Capabilities dieser Liste in ausreichendem – der Würde angemessenem – Maße vorhanden sind (Venkatapuram 2011, 144). Venkatapuram nennt die Gesamtheit dieser Basis-Capabilities „Meta-Gesundheits-Capability“ (Venkatapuram 2011, 143).

Die einzelnen Aspekte von Gesundheit sind als Capabilities konstruiert. Das bedeutet, dass sie im Verborgenen schlummern können, ohne dass sie jemals abgerufen werden. Als leicht einleuchtendes und stark vereinfachtes Beispiel für die Beschaffenheit einer Capability kann die „Capability zu politischer Teilhabe“ (Nussbaum 2015, 42) angeführt werden: So ist es in einem Land mit demokratisch funktionierenden Institutionen den meisten Menschen möglich, politisch zu partizipieren. Ob und in welchem Maße sie sich einbringen wollen, bleibt aber jedem selbst überlassen. Der Schritt von der Möglichkeit der Partizipation hin zum Tun des politischen Handelns ist der Übergang von der *Capability* zu politischer Teilhabe hin zur *Ausführung* politischer Teilhabe (Robeyns [2011]). Diese Differenz ist ein wichtiger Aspekt der neuen Gesundheitstheorie. Durch den Bezug zum Konzept der Menschenwürde leitet Venkatapuram einen Anspruch auf Unterstützung der Meta-Gesundheits-Capability, oder vereinfacht ausgedrückt der Gesundheit von Menschen her (Venkatapuram 2011, 147/148). Dieser Anspruch soll weltweit für jeden Menschen bestehen; Venkatapurams neue Gesundheitsdefinition soll eine spezieumfassende Konzeption sein (ibid.).

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

Zustand des (menschlichen) Körpers (Reiss und Ankeny 2016). Sie enthalten folglich, anders als deskriptive Konzepte, eine Handlungsaufforderung hin zu diesem Wünschenswerten. *Health Justice* formuliert Gesundheit positiv als ein Set von Befähigungen, die ein Mensch ausführen können *sollte* (Venkatapuram 2011, 147).

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.

Nicht zuletzt ist Venkatapuram ein Vertreter des Capability Approach, denn er konzipiert Gesundheit als Capability (Venkatapuram 2011, 143ff). Seiner Ansicht nach war bis zur Entstehung seines Buchs nicht geklärt, welche Rolle der Begriff der Gesundheit für den Capability Approach genau spielt. Auch wenn Sen, Nussbaum und andere Verfechter von Capabilities Gesundheit als einen relevanten Wert anerkannt hätten, sei nicht geklärt gewesen, auf welche Art Gesundheit zu verstehen sei. Anstoß für Venkatapurams Überlegungen war seine Feststellung, dass weder Sen noch Nussbaum sich in ihren Konzepten eingehend mit Gesundheit befasst haben (Venkatapuram 2011, 148–50). Sen beispielsweise habe sich häufig dazu geäußert, dass Gesundheit wichtig sei, jedoch nie näher erläutert „what health is, why it is valuable, what entitlements and obligations are related to it, how to address conflicts in entitlements, or how to reason about hard choices“ (Venkatapuram 2011, 159). So soll *Health Justice* zeigen, dass es

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).

In einem ersten Schritt rekonstruiert die vorliegende Dissertationsschrift die Gesundheitstheorie Venkatapurams. Dabei wird nach einer überblicksartigen Zusammenfassung (2.1 – „Zusammenfassung des Gesundheitskonzepts in *Health Justice*“) der grundlegenden Theorie auf die einzelnen Komponenten eingegangen, welche für ihre Entstehung ausschlaggebend waren. Es handelt sich dabei um die Gesundheitstheorie Lennart Nordenfelts (2.2.1 – „Nordenfelt“), welche Venkatapuram als Ausgangspunkt nimmt, um seine eigene Theorie zu entwickeln. Venkatapuram befasst sich mit dieser Theorie, weil er an ihr schätzt, dass sie Umgebungsbedingungen des Menschen in ihrem Einfluss auf dessen Gesundheit bedenkt (Venkatapuram 2011, 62). Außerdem erkennt er bei Nordenfelt eine für ihn wichtige Idee: die Idee der Fähigkeiten zweiter Ordnung (Venkatapuram 2011, 59). Diese Vorstellung, dass allein schon die Möglichkeit sich Fähigkeiten zu erarbeiten, einen besonderen Wert darstellt, findet sich auch in der Vorstellung der sogenannten Capabilities (Robeyns [2011]).

Da Venkatapuram sich als Vertreter des Capability Approach, insbesondere des Capability Approachs Martha Nussbaums, versteht (Venkatapuram 2011, 113), folgt ein Überblick über diese Theorie. Venkatapuram arbeitet insbesondere mit Martha Nussbaums Verständnis von Capabilities, ihrer Liste von Basis-Capabilities und ihrem Verständnis von Menschenwürde. Außerdem betrachtet er Sen und Drèzes sogenannte

„Entitlement Analysis“, welche sich mit der Frage beschäftigen, aus welchen Gründen Hunger entsteht (Venkatapuram 2011, 101–7). Venkatapuram leitet aus diesen Beobachtungen sein besonderes Augenmerk auf die soziale Beeinflussbarkeit menschlicher Gesundheit im Speziellen und menschlicher Capabilities im Allgemeinen ab. Es folgt die Darstellung der Zusammenführung der oben beschriebenen Elemente und Einflüsse (2.2.3 – „Konstruktionsvorgang der Meta-Capability der Gesundheit“). Das Ergebnis dieser Fusion ist die neue Gesundheitstheorie Venkatapurams.

*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.

Der zweite Abschnitt der vorliegenden Dissertationsschrift greift in einem ersten Schritt zwei schriftlich geführte Diskussionen aus Kritik Venkatapurams und darauf ausgelegter Stellungnahme zwischen Venkatapuram und Nordenfelt (3.1.1 – „Venkatapuram – Nordenfelt“) sowie zwischen Venkatapuram und Boorse (3.1.3 – „Venkatapuram – Boorse“) auf. Die Diskussion mit Nordenfelt wurde relativ ausführlich in Form zweier Paper als Kritik und Stellungnahme veröffentlicht (Venkatapuram 2013; Nordenfelt 2013). Im Anschluss an die Diskussion zwischen Nordenfelt und Venkatapuram wird Boorses naturalistische Gesundheitstheorie betrachtet, welche Venkatapuram kritisiert. Er kritisiert Boorses Theorie dafür, dass sie Gesundheit mit dem Funktionieren

biologischer Prozesse gleichsetzt (Venkatapuram 2011, 49). Er teilt nicht Boorses Ansicht, dass Reproduktion und Überleben die einzigen Zielsetzungen von Gesundheit sein sollten (Venkatapuram 2011, 55/56). Ihm fehlt in Boorses Theorie das Anerkennen des menschlichen Einflusses auf die Gesundheit selbst sowie auf die Umgebungsbedingungen des Menschen, welche selbst wiederum Gesundheit beeinflussen (Venkatapuram 2011, 51). Boorse reagierte auf Venkatapurams Kritik an seinem Ansatz, indem er zu dieser in seinem „Second Rebuttal on Health“ (Boorse 2014) Stellung nahm.

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 körperverhaftetes 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, Capabilities, 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 Venkatapurams neuer Definition gebe (3.2.2.9 – „Kann es mehrere „Gesundheiten“ geben?“).

Neben den Kritiken an Venkatapurams 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 Venkatapurams Schwelle minimaler Gesundheit zu ambitioniert oder zu ambitionslos? (3.2.2.11 - Unterstützt Venkatapurams 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 können 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)

Außerdem wird abgewogen, inwieweit *Health Justice* Probleme, die Venkatapuram in Nordenfelts Theorie anspricht (4.2.3 – „Venkatapuram und Nordenfelt“) sowie allgemeine Probleme des Capability Approach (4.2.4 – „Venkatapuram als Vertreter des Capability Approach“) beseitigen konnte.

## 2. Rekonstruktion

### 2.1. Zusammenfassung des Gesundheitskonzepts in *Health Justice*

Venkatapuram geht vereinfachend davon aus, dass eine Gesundheitsdefinition im Wesentlichen zwei Dinge leisten muss: Zum einen muss sie eine schlüssige Beschreibung ihres Objektes liefern, zum anderen muss sie erklären können warum dieses Objekt, die Gesundheit, so wichtig ist, und wie man dieser Wichtigkeit Respekt zu zollen hat. Venkatapuram spricht hier von der deskriptiven, sowie der normativen „capacity“ seiner Theorie. (Venkatapuram 2011, 28) Darauf eingehend wird die folgende Darstellung mit den beschreibenden Komponenten seines Konzepts beginnen, um anschließend in die Darstellung der normativen Aspekte der in *Health Justice* dargelegten Gesundheitstheorie überzugehen.

Gesundheit ist in *Health Justice* ein positiv formuliertes, kein negativ formuliertes Konzept (Venkatapuram 2011, 233). Das bedeutet, dass Gesundheit weder als das Gegenteil von Krankheit noch als deren Abwesenheit zu verstehen ist, sondern als ein Zustand mit eigenen darüber hinausgehenden Eigenschaften (Venkatapuram 2011, 41). Jeder Mensch ist zu verschiedenen Zeitpunkten seines Lebens verschieden gesund und ein jeder wird irgendwann einmal, spätestens im Sterben, gesundheitlich stark eingeschränkt sein (Venkatapuram 2011, 2).

Ob Gesundheit in Venkatapurams Verständnis zu einem bestimmten Zeitpunkt mehr oder nicht so sehr eingeschränkt ist, hängt von verschiedenen Einflussfaktoren ab. Venkatapuram zählt vier Kategorien von Einflüssen auf, von welchen zwei von extern auf den Menschen einwirken und zwei dem Individuum innewohnen: Er nennt äußere physische Einflüsse, ebenfalls von außen wirkende soziale Einflüsse, die persönlichen biologischen Anlagen des Individuums und daraus resultierende Bedürfnisse, sowie eine Art von Fähigkeit, die er mit „agency“ betitelt. (Venkatapuram 2011, 106/145) Diese Art von Tätig-Sein, anhand derer das Individuum in seiner Welt wirksam werden kann, auch aber nicht nur mit Einfluss auf seine eigene Gesundheit, beinhaltet als wichtigste Ausformung ein gewisses „Umwandlungsgeschick“, Venkatapuram schreibt wörtlich „conversion skills“ (Venkatapuram 2011, 144). Je mehr dieses Umwandlungsgeschickes

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.

Wichtig für Venkatapurams Gesundheitskonzept ist zudem die Überlegung, dass auch jeder andere Einflussfaktor selbst noch einmal von sozialen Einflüssen moduliert wird. Venkatapuram spricht von einer „sozialen Grundlage eines jeden Einflussfaktors auf die Gesamt-Gesundheits-Capability“. (Venkatapuram 2011, 144/145) Venkatapuram interessiert besonders der soziale Einfluss, weil er aus ihm einen normativen Anspruch ableiten kann, wie weiter unten besprochen werden wird. Über die längste Zeit der Menschheitsgeschichte sind seiner Ansicht nach die Haupteinflüsse auf die menschliche Gesundheit physikalischer Art gewesen, im Laufe der Zeit aber hätten die sozialen Determinanten immer mehr an Gewicht gewonnen (Venkatapuram 2011, 11), sodass heutzutage der größte Einflussfaktor auf die Gesundheit des Menschen der menschliche ist (Venkatapuram 2011, 106). Das Modell der vier Einflussfaktoren ist laut Venkatapuram nicht einfach nur ein „helpful heuristic model“, ein „hilfreiches heuristisches Modell“, sondern eine Darstellung der Wirklichkeit, die sich auf biologische und epidemiologische Fakten stützt (Venkatapuram 2011, 4) und somit nicht nur näherungsweise unsere Welt und die menschliche Gesundheit beschreibt, sondern sie in ihrer gesamten Komplexität darstellen möchte.

Die in *Health Justice* vorgestellte Gesundheits*theorie* beinhaltet auch eine Gesundheitsdefinition. Wie bereits beschrieben versteht Venkatapuram Gesundheit als mehr als die bloße Abwesenheit von Krankheit und auch nicht als ein Gegenteil von Krankheit. Gesundheit ist für Venkatapuram ein positives Konzept (Venkatapuram 2011, 233). Sie ist die Capability zu einer Auswahl von 10 grundlegenden und wichtigen Basis-Capabilities, über welche ein Mensch heutzutage in unserer Welt verfügen sollte:

„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)

Gesundheit ist in erster Linie eine Capability, die „Capability to be healthy“, auf Deutsch die „Capability gesund zu sein“ (Venkatapuram 2011, 143). Im Rahmen der vorliegenden Dissertation wird in Bezug auf diese Gesundheit oder „Capability to be healthy“ als *Meta-Gesundheits-Capability* referiert. Dies hat damit zu tun, dass Venkatapuram auch eine der Basis-Capabilities als „Gesundheit“ bezeichnet, auf welche im Rahmen der vorliegenden Dissertation als „Basis-Capability gesund zu sein“ Bezug genommen wird. Solange in der vorliegenden Dissertation nicht explizit darauf hingewiesen wird, dass es gerade um diese „Basis-Capability gesund zu sein“ geht, handelt es sich beim Nachdenken über Gesundheit in Venkatapurams Theorie um die *Meta-Gesundheits-Capability*, welche die oben angeführte Definition als „capability to be healthy“ anführt. Über die „Basis-Capability gesund zu sein“ ist bei weitem nicht so häufig zu schreiben, wie über die *Meta-Gesundheits-Capability*, da letztere einen viel größeren Stellenwert in Venkatapurams Werk einnimmt.

Was aus Venkatapurams Definition ersichtlich wird, ist, dass er nicht direkt auf das Ergebnis von Gesundheit, also einen gesunden Menschen, sondern auf die Möglichkeit des einzelnen Menschen dieses Ergebnis erzielen zu können, abzielt. Dies gilt auch nur für den Fall, dass er oder sie dies (gesund sein) möchte. Venkatapuram formuliert Gesundheit nicht als Funktionsfähigkeit, sondern als deren Vorstufe, als *Capability*. Spezifisch ist der Gesunde in der Lage eine Auswahl von 10 Basis-Capabilities auszuführen oder sich zumindest diese Basis-Capabilities zu erarbeiten (Venkatapuram 2011, 143). Die Liste der 10 grundlegenden Capabilities stammt von Martha Nussbaum. Die Aufzählung beinhaltet Capabilities für unterschiedlichen Lebensbereichen. Unter anderem sind die *Capability* zu politischer Teilhabe, die *Capability* zu emotionaler Anteilnahme an der Welt und am Leben, die *Capability* zu Vernunft und Nachdenken, eine solche zum Gebrauch der eigenen Sinne und Vorstellungskraft, eine *Capability* zu körperlicher Integrität, eine *Capability* zu Gesundheit und die *Capability* zum Leben selbst zu nennen. Es ist, so Venkatapuram, nicht möglich Capabilities von der Liste zu streichen. (Venkatapuram 2011, 65).

Dass körperliche Integrität und die Capability zu leben ein Teil von Gesundheit sind, leuchtet intuitiv ein. Dass die Capability gesund zu sein, als Teil von Gesundheit konzipiert ist, wirkt hingegen erst einmal redundant und muss näher erläutert werden. Venkatapuram argumentiert, dass Nussbaum Gesundheit eher klassisch versteht als „körperliche Unversehrtheit“ und in dieser Form in ihre Liste aufgenommen hat. (Venkatapuram 2011, 66) Erst nach Erscheinen seines Buchs argumentiert Venkatapuram, dass etwas wie das naturalistische Gesundheitsverständnis Boorses mit dieser zweiten Basis-Capability gemeint sei (Venkatapuram 2016, 53) (vgl. 3.2.2.9 – „Kann es mehrere „Gesundheiten“ geben?“). Venkatapurams Gesundheitsbegriff soll diese Vorstellung beinhalten, aber noch deutlich mehr umfassen, wodurch es seiner Meinung nach möglich wird Nussbaums Gesundheits-Capability unter den Schirm der von ihm entwickelten „Gesamtgesundheit“ zu platzieren. Diese Gesamt-Gesundheits-Capability, die über Nussbaums 10 Basis-Capabilities schwebt, und die diese alle in sich beinhaltet, nennt Venkatapuram Meta-Gesundheits-Capability. Die Meta-Gesundheits-Capability ist die Capability zu verschiedenen anderen Capabilities (Venkatapuram 2011, 143). Alles in allem wird in *Health Justice* also eine sehr breite Vorstellung von Gesundheit vertreten, die bedeutend mehr umfasst als viele der klassischeren Konzepte. Aus der Definition wird außerdem deutlich, dass die Basis-Capabilities Nussbaums zu einem gewissen, der menschlichen Würde angemessenen Maße, erfüllt sein müssen. Venkatapuram hofft auf diese Weise ein Konzept zu entwickeln, das ein „fully human life“ beschreibt, und nicht nur ein „barely human life“ oder ein unerreichbares „ideal human life“. (Venkatapuram 2011, 144) Die vier Kategorien von Einflussfaktoren, die im ersten Abschnitt dieses Kapitels besprochen wurden, beeinflussen jede der 10 Basis-Capabilities und die Meta-Gesundheits-Capability als Ganzes. Macht man sich klar, dass Menschen unterschiedliche körperliche und geistige Ausstattungen besitzen, in unterschiedlichen Umgebungen und unter verschiedenen Menschen leben, so wird deutlich, dass jedes Individuum über ein ganz persönliches Capabilities-Set verfügen muss (Venkatapuram 2011, 155). Dies gilt nicht nur in Bezug auf die Frage, welche Capabilities überhaupt in diesem Set enthalten sind, sondern auch auf die Frage wie viel der einzelnen jeweils vorhanden ist, sprich wie gut jede Capability für sich genommen ausgebildet ist. Die verschiedenen Anteile und ihre Zusammensetzungen verändern sich ständig im Laufe eines Menschenlebens (Venkatapuram 2011, 155).

Neben der Betrachtung von Gesundheit auf individueller Ebene finden sich in *Health Justice* noch Überlegungen zur Gesundheit von Gruppen und der Anspruch, dass das in *Health Justice* vertretene Konzept auf jeden Menschen der Welt anwendbar ist. Zur Gruppenthematik lässt sich hier bereits anmerken, dass aus Venkatapurams Sicht innerhalb einer Gruppierung und auch zwischen Menschengruppen gesundheitsrelevante Prozesse stattfinden, sodass die Gesundheit einer Gruppe mehr darstellt als die Summe der Gesundheit ihrer einzelnen Mitglieder (Venkatapuram 2011, 35). Venkatapuram denkt hierbei z.B. an die Verbreitung von Infektionskrankheiten (Venkatapuram 2011, 160).

Der Anspruch, dass sein Konzept für Menschen an jedem Ort der Welt grundsätzlich gleichermaßen gültig ist, ist durch seine Art normativer Rechtfertigung bedingt, die von der menschlichen Würde jedes Einzelnen ausgeht. Die Meta-„Capability to be healthy“ ist nicht nur eine Beschreibung eines bestimmten Zustands menschlicher Existenz, nämlich des Zustands des Gesund-Seins, sie trägt in sich bereits den Anspruch darauf, dass dem Einzelnen die Möglichkeit tatsächlich gesund zu sein auch zur Verfügung gestellt wird (Venkatapuram 2011, 137). Dieser Anspruch wiederum lässt sich aus der Würde des Menschen herleiten (vgl. Würde und Capabilities). Da die Menschenwürde jedem Menschen, an jedem Ort der Welt und zu jeder Zeit gleichermaßen innewohnt, besitzt jeder Mensch den damit verknüpften Anspruch auf eine echte Chance gesund zu sein. So wird Venkatapurams Konzept zu einer „species-wide conception“ (Venkatapuram 2011, 143).

Spricht man einem Individuum zu, berechnete 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.

Gesundheit ist einerseits von instrumentellem Wert, um beispielsweise ein aktives Leben führen zu können. Andererseits ist Gesundheit bereits ein Wert an sich, sie ist intrinsisch schätzenswert. (Venkatapuram 2011, 6–7). Weil sie solch ein hohes Gut ist, und weil sie stark sozial beeinflusst wird, ist Gesundheit ein wichtiger Aspekt sozialer Gerechtigkeit (Venkatapuram 2011, 4). Gesundheitsgerechtigkeit stellt somit zumindest eine Teilmenge sozialer Gerechtigkeit dar (Venkatapuram 2011, 14). Ungerechtigkeiten in Bezug auf Gesundheit sind für Venkatapuram Ungerechtigkeiten, die unter allen anderen gesellschaftlich vorhandenen Ungerechtigkeiten den größten und unmittelbarsten Anspruch auf Beseitigung mit sich bringen (Venkatapuram 2011, 24).

## **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 affaires which are necessary and together sufficient for A’s minimal happiness in the long run.”  
(Nordenfelt 2013, 280)

In der Einleitung seines 1987 erschienen Werks *On the nature of health – an action theoretic approach* erläutert Nordenfelt diese Definition näher. Die Erklärung der Definition beginnt mit den sogenannten „Vital Goals“: Der Mensch strebt nach sogenannten „Vital Goals“, welche Nordenfelt als sehr wichtige Zielen im Leben eines Menschen konstruiert. Die Erfüllung dieser Vital Goals wiederum bedeutet Glück. Die Vital Goals haben sowohl einen objektiven als auch einen subjektiven Anteil: Zum einen haben sie mit gewissen fundamentalen Bedürfnissen des Menschen im Allgemeinen zu tun. Gleichzeitig steckt sich jedes Individuum seine Vital Goals selbst. (Nordenfelt 1987, xv) Später fügt Nordenfelt hinzu, dass es einen Anteil Vital Goals geben müsse, die in verschiedenen Gesellschaften und zu verschiedenen Zeiten für jeden gleichblieben. Diese

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)

Nordenfelt versucht die „Vital Goals“ zudem von profanen Bestrebungen abzugrenzen, indem er als ihr Ziel einen langfristigen Glücksgewinn setzt: Die Erfüllung von Vital Goals bedeutet „happiness on the long run“ (Nordenfelt 2013, 280) Auf diese Weise will Nordenfelt sicherstellen, dass kurzfristige Bedürfnisbefriedigung nicht als „Vital Goals“ gesetzt werden können. Wichtig ist für Nordenfelt außerdem, dass er Gesundheit mit „*minimal happiness*“ in Beziehung setzt (Nordenfelt 1987, xv), dass aber aus seiner Theorie heraus unklar bleiben muss, wo dieses Minimum an Glück anzusetzen ist (Nordenfelt 1987, xvi). Diese Entscheidung, so Nordenfelt, bleibe immer eine Entscheidungsfrage und könne nicht einfach durch empirische Nachforschungen herausgefunden werden. (ibid.)

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)

Die Idee der Fähigkeit zweiter Ordnung lässt sich am besten anhand eines Beispiels beschreiben: Ein Mensch, der jetzt gerade nicht Fahrrad fahren kann, aber wenn er wollte sich ein Fahrrad leihen und das Fahrradfahren lernen könnte, verfügt über die Fähigkeit zweiter Ordnung Fahrrad zu fahren. Gesundheit ist bei Nordenfelt nun die Fähigkeit zweiter Ordnung sein persönliches Set an Vital Goals zu erreichen. Es lässt sich anders formulieren: Gesundheit ist in Nordenfelts Theorie die Fähigkeit sich die notwendigen Fähigkeiten zum Erreichen der eigenen „Vital Goals“ zu erarbeiten. Nordenfelt nennt diesen Gedanken „second-order-ability“. (Nordenfelt 1987, xv/xvi)

Für Überlegungen zu Venkatapurams Definition später in der vorliegenden Dissertation sind einige Aspekte der Nordenfeltschen Gesundheitstheorie zusätzlich von Relevanz: Zuerst ist dabei das Konzept der Krankheit zu nennen. Nordenfelt widmet einen ganzen Abschnitt seiner Monografie (Nordenfelt 1987) Fragen zu Krankheitsentitäten sowie Zuständen, die Gesundheit verringern. „Maladies“ beeinträchtigen laut Nordenfelt typischerweise die Gesundheit von Menschen. Allerdings müsse das nicht zwangsläufig der Fall sein (Nordenfelt 1987, xvi). „Im Rahmen [meiner

Theorie] ist Gesundheit mit dem Vorhandensein von Krankheit vereinbar, obwohl der Begriff der Krankheit logisch mit dem einer Beeinträchtigung der Gesundheit [...] verknüpft ist.“ schreibt Nordenfelt (Nordenfelt 2012, 233)

Diese Überlegung führt zu einem zweiten Aspekt: dem Verhältnis von Gesundheit und Glück. In Nordenfelts Theorie sind Glück und Gesundheit nach seiner eigenen Aussage verknüpft (Nordenfelt 1987, xv). Die Vital Goals eines Menschen sind so zu wählen, dass durch ihr Erreichen ein Minimum an langfristigem Glück gewährleistet ist. Volle Gesundheit besteht dann, wenn diese Vital Goals erreichbar sind. Nordenfelt ist der Ansicht, dass Gesundheit allein weder ausreichend noch notwendig dafür ist, dass Menschen glücklich sind (Nordenfelt 1987, xv). Es sind aus seiner Sicht sowohl Situationen denkbar, in denen Menschen ihre Vital Goals erreichen können, aber dabei nicht glücklich sind, als auch Situationen, in denen Menschen körperlich stark beeinträchtigt sind aber so gut gepflegt werden, dass sie doch wieder glücklich sind. (Nordenfelt 1987, xv)

Nordenfelt beschreibt seine Theorie als „holistische Theorie“. Als holistisch, im Gegensatz zu „analytisch“, versteht er sich, weil er zur Definition von Gesundheit überwiegend auf soziale und humanitäre Konzepte zurückgreift. Er beschreibt, dass seine Theorie den Gesundheitszustand eines Menschen aufgrund einer ganzheitlichen Betrachtung der Umstände und des Zustands dieses Menschen bewerte. Damit grenzt er sich gegenüber analytischen Konzepten ab, die sich seiner Meinung nach in ihrem Urteil auf Körperteile und organische Funktionen stütze (Nordenfelt 1987, xiii).

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

Bewertung eines Menschen als gesund oder krank von diesem gesellschaftlichen Einfluss losgelöst vorgenommen werden könnte. Des Weiteren gebe Nordenfelt zu wenig Auskunft über den Inhalt seiner Vital Goals. Somit gebe er nicht genug Auskunft über den Inhalt dessen, was es bedeute gesund zu sein. Drittens ist die Entscheidung darüber, welche Vital Goals bzw. grundlegenden Ziele ein Mensch verfolgen möchte, in Nordenfelts Theorie aus Venkatapurams Sicht viel zu subjektiv.

### **2.2.2. *Capability Approach und Entitlement Analysis***

Molina Romero in seiner Monografie *Die politische Philosophie von Amartya Sen - Soziale Gerechtigkeit und globale Entwicklung auf Grundlage des "Capability Approach"* (Molina Romero 2016) sowie Ingrid Robeyns in der *Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Robeyns [2011]) geben einen Überblick über den sogenannten Capability Approach:

„Der „Capability Approach“ ist ein jüngerer philosophischer Ansatz, welcher allen voran von Amartya Sen seit Anfang der 80er, später auch von Martha Nussbaum entwickelt wurde. Amartya Sen ist Harvard-Professor für Ökonomie und Verteilungsgerechtigkeit, Nussbaum hingegen ist Philosophin und befasst sich mit Fragen der Ethik. Der Capability Approach befasst sich mit dem Inhalt eines „guten Lebens“ sowie mit der Frage nach sozialer Gerechtigkeit. Er stellt ausgehend von der Idee der Verteilungsgerechtigkeit die Frage, welche Güter zu verteilen sind. Die Antwort auf die Frage nach diesen Gütern lautet bei Sen wie bei Nussbaum „Capabilities“. Verschiedene Autoren haben den Capability Approach im Hinblick auf ihren eigenen Fachbereich weiterentwickelt oder angewandt. (Molina Romero 2016, 16–21)

Sridhar Venkatapuram ist nun einer dieser Vertreter zweiter Generation. Er ist neben Jennifer Prah Ruger (Ruger 2009) der derzeit einzige mit einer Schwerpunktsetzung auf Gesundheit.

Der Capability Approach arbeitet mit einer Reihe von Begrifflichkeiten, die auch Venkatapuram nutzt, die jedoch einer besonderen Erläuterung bedürfen: Allen voran zu nennen sind die „Capabilities“, die den Kern dieses Ansatzes ausmachen. Capabilities werden verschieden übersetzt als „Handlungsmöglichkeiten“, „Fähigkeiten“ oder „Befähigungen“, wobei letztere Übersetzung sowohl von der Verfasserin, als auch in der Fachdebatte als die treffendere angenommen wird (Molina Romero 2016, 17). Eine

Capability ist die Möglichkeit, Fähigkeit oder Befähigung gewisse als wertvoll erachtete Funktionsleistungen auszuführen. Diese Funktionen oder „Functionings“ beschreiben die Umsetzung einer Capability in eine reale Handlung oder einen realen Seinszustand. Das Potenzial der Capability wird im Functioning verwirklicht. Robeyns unterteilt „Functionings“ in „Beings and Doings“ und nennt als Beispiele für diese beiden Kategorien Zustände wie „being adequately nourished, being undernourished, being housed in a pleasant warm but not excessively hot house, [...] travelling, caring for a child, voting in an election [...]“ (Robeyns [2011]) Es handelt sich bei einer Capability um eine prinzipielle Möglichkeit etwas zu tun, bei der Functioning um die Realisation dieser Möglichkeit (ibid.). Die vorliegende Dissertation wird sich auf den englischen Begriff der „Capability“ beschränken, da dieser in der Fachdebatte angewandt und verstanden wird. Es gibt nach wie vor Debatten darüber, inwieweit Capability und Functioning gedanklich wirklich zu trennen sind (Robeyns [2011]); der englische Originalbegriff muss hierbei nicht entscheiden in welche Richtung er diese dem Begriff innewohnende Mehrdeutigkeit auflöst. Die Idee der Capability beinhaltet auch die Überlegung, dass Menschen selbst entscheiden müssen, welche Capabilities für wertvoll halten und umsetzen wollen. Es geht nicht darum, Menschen „zu ihrem Glück zu zwingen“ (Robeyns [2011]).

Sen und Nussbaum entwickeln den Capability Approach im Laufe der Zeit unterschiedlich weiter, wobei Sen stark mit einem Freiheitsbegriff arbeitet, dem der „substantiellen Freiheit“, welcher seinerseits bereits wieder weiterentwickelt wird (Dierksmeier 2016). Nussbaum versucht die Idee der Capabilities mit Inhalt zu füllen und zu konkretisieren, indem sie eine – wenn auch nicht abgeschlossene und somit erweiterungsfähige – Liste jener 10-Basis-Capabilities aufstellt, die Menschen ihrer Ansicht nach zu einem guten Leben benötigen (Nussbaum 2015). Laut Molina Romero behält Nussbaum im Gegensatz zu Sen eine „eher anthropologisch konnotierte Lesart des Capability Approach bei“ (Molina Romero 2016, 18).

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]).

Sridhar Venkatapuram bezieht sich in der Konzeption seiner Gesundheitstheorie vor allem auf Martha Nussbaum, sodass an dieser Stelle ein Abriss ihrer Theorie gegeben wird. Zwei Elemente übernimmt Venkatapuram: Er verwendet Nussbaums Liste an Basis-Capabilities für seine eigene Theorie, und er stützt sich auf Nussbaums Herleitung des besonderen Werts dieser Liste. Es ist jedoch zu bedenken, dass Venkatapuram auch an verschiedenen Stellen mit Amartya Sen argumentiert; er versteht sich als in der Tradition beider, wenn auch verstärkt Nussbaums.

Martha Nussbaum beschreibt in *Fähigkeiten schaffen* (Nussbaum 2015) die grundlegenden Vorstellungen ihres Capability Approach in folgender Weise: Der Capabilities Approach ist aus Nussbaums Sicht eine Möglichkeit über Lebensqualität sowie über soziale Gerechtigkeit nachzudenken (Nussbaum 2015, 27). Im Mittelpunkt der Überlegungen über Capabilities steht aus ihrer Sicht die Möglichkeit eines Menschen zu agieren und sich zu entwickeln. Dieses Vermögen soll sich im Konstrukt der „Capability“ wiederfinden. Eine solche Capability setzt sich für Nussbaum aus angeborenen und angelernten Parametern zusammen sowie aus Einflüssen von außen; sprich aus Möglichkeiten, die von der Gesellschaft geschaffen oder verwehrt werden. Sie geht jedoch davon aus, dass diese Unterteilung eher theoretischer Natur ist, und dass es in der Praxis eigentlich nicht möglich ist diese verschiedenen Anteile einer Capability zu trennen (Nussbaum 2015, 31).

Nussbaum geht des Weiteren davon aus, dass soziale Gerechtigkeit nicht anhand eines einzelnen Gesamtparameters wie dem Gesamtwohlergehen einer Gesellschaft erfasst werden kann, sondern dass verschiedene Capabilities, man könnte auch sagen ein Set von Capabilities, für einen Menschen Lebensqualität wiedergeben. Es ist ihr dabei wichtig, dass „jede Person als Zweck“ (Nussbaum 2015, 27) selbst zu bedenken ist. Der Mensch ist aus ihrer Sicht selbstbestimmt und kann – aufgrund der Pluralität von Werten

in der Welt – selbst für sich entscheiden, welche Capabilities er höher schätzt und welche geringer. 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 reproduktiven 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)

Diese Aufzählung stellt nach Nussbaum keine vollständige Aufstellung dar, da dies dem liberalen Gedanken des Capability Approach widersprechen würde. Es ist vielmehr so, dass die Liste dazu gedacht ist von Gesellschaften erweitert und konkretisiert zu werden (Nussbaum 2015, 44). Nussbaum vermutet, dass sich diese Konkretisierungen in Verfassungen und grundlegenden Gesetzen von Staaten wiederfinden werden (Nussbaum 2015, 47). Teil dieser Liste ist in Nussbaums Theorie eine Schwelle: Diese Schwelle definiert ein „hinreichendes gesellschaftliches Minimum“ an Lebensqualität, das eine Gesellschaft ihren Mitgliedern ermöglichen sollte (Nussbaum 2015, 48). Anhand ihrer Liste lässt sich zeigen, dass es Situationen geben kann, in denen Menschen zwei oder mehr Basis-Capabilities gegeneinander abwägen müssen. Nussbaum nutzt das Beispiel eines armen Bauernkindes, dessen Familie es zur Kinderarbeit zwingen muss, um zu überleben anstatt es zur Schule zu schicken. Eine solche Abwägung zwischen grundlegenden Capabilities bezeichnet Nussbaum als „tragische Wahlentscheidung“. Ihrer Aussage nach sind sie ein Ansporn sich um Verbesserung der gegebenen Zustände zu kümmern. (Nussbaum 2015, 45/6)

Dem Capability Approach werden verschiedene Lücken und Mängel nachgesagt. Die meisten dieser Probleme werden sich auch in der Theorie Venkatapurams wiederfinden. Ingrid Robeyns in ihrem Überblick zum Capability Approach in der *Stanford Encyclopedia of Philosophy* gibt über die Grenzen des Capability Approach einen Überblick:

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

Idee einer Capability, dass sie Möglichkeiten zum Handeln, nicht Handeln an sich, befördert, dennoch gibt es immer wieder Überlegungen dazu, ob nicht ein gewisses Maß an Paternalismus wünschenswert wäre. Nussbaum mit ihrer Liste und der Überlegung Kindern gewisse Funktionen aufzuzwingen, bewegt sich in diese Richtung. Es ist unklar, wer in Fällen konkurrierender Capabilities darüber entscheidet, welche Capability zum Zug kommt und welche nicht. Auch die Frage nach der Messbarkeit von Capabilities ist bislang ungeklärt und führt dazu, dass auch nicht geklärt ist, ob in der praktischen Anwendung verstärkt auf die Betrachtung von Functionings übergegangen werden sollte. Nicht nur in Fällen konkurrierender Capabilities ist unklar, wer zu wessen Gunsten für oder gegen eine Capability entscheidet, es ist ganz allgemein nicht geklärt welche Capabilities besonders wertvoll sind. Es gibt Ansätze, die jede Art von Capability für wertvoll erachten und solche, die zwischen wünschenswerten und weniger wünschenswerteren, wichtigeren und unwichtigeren Capabilities differenzieren. Es ist des Weiteren auch nicht geklärt, wie dies zu ermitteln wäre. Beispielsweise ist unklar, ob Daten und statistische Analysen Eingang in eine solche Entscheidung finden. Es ist unklar, ob der Wert einer Capability sich aus einer Art Wahrheit über diesen Wert speisen soll, oder ob es vielmehr darum geht solche Werte in (demokratischer) Diskussion festzulegen. Selbst in Fällen, wie Nussbaums Liste, in welchen geklärt ist, welche Capabilities von Wert sind, bleibt unklar, ob und in welchem Maße diese gegeneinander abgewogen werden. Dabei ist außerdem nicht geklärt, ob Capabilities und Functionings ein Wert in sich sind, oder ob sie eher ein Instrument sind, um Glück oder andere Ziele zu ermöglichen. (Robeyns [2011])

Molina Romero stellt ergänzend fest: „Das Fehlen jeglicher Diskussion über die Reichweite von Verantwortung in der Capability-Literatur ist [...] bemerkenswert“ (Molina Romero 2016, 21). Er sieht die Gefahr eines Wohlfahrtspaternalismus und bemängelt, dass kollektive Verantwortung, individuelle Verantwortung und Selbstbestimmung bislang nicht angemessen besprochen wurden. Der Capability Approach positioniert sich seiner Ansicht nach als „partial theory of justice“, ist für eine vollständige Theorie von Gerechtigkeit jedoch unterbestimmt. Es wurde bislang nicht gezeigt wurde inwieweit Capabilities als Metrik besser geeignet wären als andere Verteilungsobjekte. Praktische Handlungsanweisungen und Vorschläge zur

Operationalisierbarkeit in der Praxis erkennt Molina Romero nicht. Es ist aus seiner Sicht unklar, wie der CA global wirksam werden kann. (Molina Romero 2016, 20/21)

### Entitlement Analysis:

Venkatapuram will seine Gesundheitstheorie nicht nur theoretisch begründen, sondern zudem nachweisen, dass seine Theorie reale Begebenheiten in wirkungsvoller Weise bedenkt und wiedergibt (Venkatapuram 2011, 31/32). Er versucht dabei auf Forschungsergebnisse zurückzugreifen, die zeigen sollen, dass die Gesundheit eines Menschen in hohem Maße von sozialen Begebenheiten beeinflusst wird. Kapitel 2 seiner Monografie *Health Justice* (Venkatapuram 2011, 73–109) stellt zu diesem Zweck verschiedene empirische Studien dar, die genau auf diese Zusammenhänge verweisen. Beispielhaft bespricht die vorliegende Dissertation die sogenannte „Entitlement Analysis“, da diese Venkatapuram nicht nur - aber auch - als Beispiel für eine gelungene empirische Forschungsarbeit dient. Die „Entitlement Analysis“ von Amartya Sen und Drèze standen am Beginn der Entwicklung des Capability Approach (Venkatapuram 2011, 32). Außerdem übernimmt Venkatapuram aus dieser Theorie die vier Einflussfaktoren „äußere physische Einflüsse, äußere soziale Einflüsse, individuelle biologischen Anlagen eines Menschen und agency“ auf die Meta-Gesundheits-Capability.

Venkatapuram beschreibt diese Forschungsarbeit folgendermaßen: Das sogenannte „Entitlement“-Set versteht er als Erklärungsmodell, welches Sen und Drèze entwickelten, nachdem sie in mittlerweile berühmt gewordenen empirischen Studien (Sen, Amartya 1981; Drèze und Sen, Amartya Kumar 1989) die Verteilung und das Auftreten von chronischem Hunger sowie akuter Hungerkatastrophen beschrieben hatten (Venkatapuram 2011, 102–5). Hunger sei in dieser Analyse gleichbedeutend mit Nahrungsmangel, also einem Mangel an Nahrung für den einzelnen Menschen. Bahnbrechend an Sen/Drèzes Ergebnissen ist Venkatapurams Ansicht nach die Feststellung, dass für eine Gesellschaft als Ganzes, Hunger kein Problem *absoluten* Mangels darstellt, sondern eigentlich nur ein Nahrungs*verteilungs*problem ist. Angeregt durch diese Feststellung, so Venkatapuram, überlegen Sen/Drèze auf welchen Wegen und nach welchen Modi Nahrung innerhalb einer Bevölkerung verteilt wird. (Venkatapuram 2011, 101/102). Sie gehen dabei davon aus, dass die meisten Menschen ihren

Nahrungsmittelbedarf ganz oder zumindest teilweise am Markt decken. Versteht man den „Markt“ als eine Institution, in der Waren über die Universalvariable „Geld“ in andere Waren getauscht werden können, so stelle man laut der Autoren fest, dass ein Individuum in seinem Nahrungsmittelerwerb durch folgende drei Faktoren begrenzt ist: Das zur Auswahl stehende Angebot, eigene finanzielle/materielle Mittel bzw. die eigene Arbeitskraft, sowie die Wechselkurse, zu denen das eine in das andere umgewandelt werden kann. Das „Entitlement-Set“ sei so gesehen nichts anderes als eine Aufzählung aller zu einem bestimmten Zeitpunkt erwerbbarer Nahrungsbündel eines Individuums. Diese Bündel können dann ganz unterschiedlich zusammengestellt sein: Es gibt beispielsweise ein mögliches Bündel, das nur Kartoffeln enthält, während ein anderes weniger Kartoffeln und dafür zusätzlich Reis und Gemüse enthält. (Venkatapuram 2011, 102). Die Autoren bedächten außerdem, dass Menschen unterschiedlich große Güterbündel, in diesem Fall Nahrungsmittelbündel, erwerben müssen um ihren unterschiedlich großen Bedarf zu decken (Venkatapuram 2011, 103).

Venkatapuram selbst beschreibt den Capability Approach als weiterentwickelte „Entitlement“-Analyse. Er bezeichnet die verfügbaren Güter am Markt als Pendant zu den physikalischen Voraussetzungen für eine mögliche Capability sich ausreichend zu ernähren. Wechselkurse und Austauschmechanismen am Markt sind seiner Ansicht nach im weitesten Sinne soziale Einflüsse auf diese Capability. Die persönliche Ausstattung mit Arbeitskraft und finanziellen wie materiellen Werten, die ins Marktgeschehen eingebracht werden können, meint Venkatapuram im Capability Approach in Form von biologischer Ausstattung und „agency“ wiederzuerkennen. (Venkatapuram 2011, 105). Er schließt, dass diese Einflüsse auf jede Capability wirken und leitet daraus für seine Theorie ab, dass sie auch auf die Capability gesund zu sein, Einfluss nehmen. Die vier Einflussfaktoren auf die menschliche Gesundheit (vgl. 2.1 – „Zusammenfassung des Gesundheitskonzepts in *Health Justice*“), die Venkatapuram in seiner Theorie nutzt, erklären sich aus dieser Herleitung.

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).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Venkatapuram aus den Analysen Sen/Drèzes zur Entstehung von Hunger die verschiedenen Kategorien von Einflussfaktoren auf das Individuum und seine Gesundheit ableitet. Er erkennt, dass äußere physikalische, äußere soziale Faktoren, sowie die persönliche körperliche und mentale Ausstattung eines Menschen nicht nur dessen Marktchancen bestimmen, sondern auch die Möglichkeiten seine Gesundheit zu erhalten bzw. wiederherzustellen. Außerdem erkennt er anhand solcher und ähnlicher Forschung, welche Relevanz der gesellschaftliche Einfluss auf die menschliche Gesundheit hat.

### ***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 Boores naturalistischer Gesundheitstheorie ausgeht und sich über Nordenfelt hin zu einer Vorstellung entwickelt, die Capabilities 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:

Von Nordenfelt übernimmt Venkatapuram das Gerüst seiner Konzeption (ibid.). Nordenfelts Definition ist eine Definition von Gesundheit, die die Gesundheitsfähigkeit eines Individuums von internen und externen Parametern abhängig macht. Gesundheit ist in Nordenfelts Definition die Fähigkeit sich Fähigkeiten zu erarbeiten, mit deren Hilfe ein Mensch seine Vital Goals erreicht. Diese Vital Goals sind relevante Ziele im Leben eines Menschen, deren Erfüllung ein Minimum an Glück oder Zufriedenheit bedeutet. (vgl. dazu 2.2.1 – „Nordenfelt“)

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“)

Ein weiterer Baustein der neuen Definition sind Nussbaums Basis-Capabilities (vgl. dazu ebenfalls 2.2.2 – „Capability Approach und Entitlement Analysis“). Venkatapuram übernimmt neben dem Inhalt der Liste der 10 Basis-Capabilities auch die normative Herleitung des Werts dieser Aufzählung. Die Auflistung der 10 Basis-Capabilities fügt Venkatapuram in den vermeintlichen Hohlraum der Vital Goals. Er macht damit eine Liste der Bestandteile des guten Lebens zum Herzstück seiner Gesundheitsdefinition und hofft durch diesen Schritt die „empty Vital Goals“ zu konkretisieren. Zusätzlich hofft er durch die neue Theorie unabhängiger von lokalen Begebenheiten und persönlichen Präferenzen zu werden als Nordenfelts Theorie dies sei (Venkatapuram 2011, 63).

Einige Aspekte dieser neuen Meta-Gesundheits-Capability sind näher zu beleuchten. So auch Nussbaums Liste an Basis-Capabilities: Es geht Venkatapuram bei der Verwendung derselben nicht darum, inwieweit Nussbaums Aufzählung ausgearbeitet und ausgefeilt ist, sondern darum, überhaupt eine Aufstellung von Capabilities zu haben, die die Lebensqualität und das Wohlergehen eines Menschen widerspiegeln. Er geht davon aus, dass dieselbe Funktion auch durch Listen anderen Inhalts von anderen Autoren erfüllt werden könnte. (Venkatapuram 2011, 66). Es ist zu vermuten, dass Venkatapuram deshalb in *Health Justice* nur eine sehr knappe Zusammenfassung der Liste anführt und deren Inhalt dabei nicht genauer betrachtet (Venkatapuram 2011, 65). Strukturiert und in Gänze befasst er sich mit ihr an keiner einzigen Stelle, sodass sie am ehesten als eine Art Platzhalter für die Inhalte eines gelungenen Lebens dient. Laut Venkatapuram stellt diese Aufzählung auch keine abgeschlossene Aufstellung dar (Venkatapuram 2011, 65)

Im Besonderen geht Venkatapuram auf die erste und die zweite der Basis-Capabilities ein: Die Capability eine angemessene Zeitspanne zu erleben (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

einer normale Lebensspanne als Teilmenge (Venkatapuram 2011, 70). Etwas weniger intuitiv mutet die Idee an, dass die Meta-Gesundheits-Capability die Basis-Capability „gesund zu sein“ beinhaltet. Dies scheint erst einmal redundant. Gesundheit wäre somit Teil ihrer selbst - und gleichzeitig ihre eigene Überkategorie. Venkatapuram versucht diesen Widerspruch aufzulösen, indem er die Basis-Capability Nummer 2, „having good health“ (Venkatapuram 2011, 65), als die Capability definiert, „Erkrankungen und Verletzungen zu vermeiden“ (Venkatapuram 2011, 66), später im Buch nennt er sie die Capability „Funktionseinbußen zu vermeiden“ (Venkatapuram 2011, 168).

Zu der Vermutung, dass Venkatapurams Vorgehen Nussbaums Liste als Gesundheit zu konzipieren, auch in Martha Nussbaums Sinne ist, kommt er, weil Nussbaum sich dahingehend geäußert habe, dass sie eine Gesundheitsdefinition der WHO über reproduktive Gesundheit für vergleichbar hält mit ihrer Liste von Basis-Capabilities (Venkatapuram 2011, 66). Für Venkatapuram sind die genauen Details des Grundstocks an Basis-Capabilities gar nicht so wichtig. Nussbaums Liste ist dennoch für ihn von Interesse, weil sie seine Idee von Gesundheit trotzdem ja ausformuliert und konkretisiert. Außerdem kann er von Nussbaum den ethischen Rechtfertigungsprozess für seine Gesamtdefinition übernehmen

Venkatapuram sieht verschiedene Vorteile und neue Aspekte durch die Zusammenführung der theoretischen Arbeiten Nussbaums und Nordenfelts (Venkatapuram 2011, 70): So etwa erhalte Nordenfelts Konzeption von Gesundheit eine normative Begründung und werde Teil der Capabilities-Bewegung. Der Capability Approach werde auf diese Weise Teil der medizinethischen Debatte. Gesundheit werde durch Venkatapurams Theorie sehr viel besser definiert als lediglich als Abwesenheit von Krankheit. Venkatapuram ist zudem der Meinung, dass durch seine Meta-Gesundheits-Capability das Problem, dass nicht geklärt sei, wie sich die erste und die zweite Basis-Capability zueinander verhielten, gelöst sei. Die “Capability of living a long lifespan” und die “Capability to be healthy” seien nun in der Meta-Gesundheits-Capability vereinigt; sie seien „interdependent“. (Venkatapuram 2011, 70) Außerdem findet Venkatapuram, dass in seiner Theorie das Verhältnis von Gesundheit, Capabilities und Würde beleuchtet werde. Sie seien, so seine Erkenntnis, „interrelated“. (Venkatapuram 2011, 64)

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 befassen. 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)

Anhand eines Beispiels eines Mädchens namens Lilly, das gerne Hochleistungssportlerin werden möchte, aber nicht die körperlichen Voraussetzungen dafür besitzt, beschreibt Venkatapuram, dass seine neue Theorie – insbesondere aufgrund von Nussbaums Liste – gegen das Erstreben von „total well-being“, er meint hier unverhältnismäßig großes Streben nach Gesundheit, abgesichert sei. Lilly müsse mit Nordenfelts Theorie als krank eingestuft werden, da sie unglücklich sei, weil sie ihr überambitioniertes Ziel Hochleistungssportlerin zu werden, nicht erreichen könne. Definiere man ihren Gesundheitszustand aber anhand der vorgegebenen Liste der Basis-Capabilities, so stelle man fest, dass sie gesund sei; wenn auch enttäuscht und unglücklich. (Venkatapuram 2011, 67) Venkatapuram sieht diese Idee eines Minimalstandards sowohl bei Nordenfelt als auch bei Nussbaum angelegt, ist aber der Meinung, dass Nussbaums Konzept eines guten Lebens besser gegen einen Ausbruch Richtung totalen Wohlergehens abgesichert ist, als Nordenfelts Konzept dies ist. (Venkatapuram 2011, 70)

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

Was folgt aus diesen Veränderungen aus Sicht der vorliegenden Arbeit? Im Gegensatz zu Nordenfelts nicht näher bestimmten Vital Goals ist eine Aufzählung von 10 bestimmter Basis-Capabilities konkreter und differenzierter. (1) Auch wenn Gesundheit dadurch besser ausbuchstabiert wird, geht möglicherweise etwas verloren. Nussbaums Liste ist zwar im Detail keineswegs bestimmt, diejenigen Basis-Capabilities, die bislang auf ihr zu finden sind, werden jedoch als eine objektive Größe verstanden. Venkatapuram geht sogar davon aus, dass Elemente nicht von ihr entfernt werden dürfen. Gesundheit wird ein objektiverer Wert, was Venkatapuram als Vorteil versteht. (1) Die Idee, dass Gesundheit als Auswahl an Chancen und Möglichkeiten verstanden werden kann, bleibt erhalten. Der Unterschied zwischen einer Tätigkeit zweiter Ordnung und einer Basis-Capability liegt darin, dass eine Capability in sich bereits definiert, dass auch externe Einflüsse auf sie wirken. (2) Aus der Feststellung, dass 1. und 2. beides korrekte Aussagen sind, leitet sich eine doppelte Funktion des Konzepts der Capability her: Capabilities sind sowohl der Ersatz für eine Tätigkeit zweiter Ordnung, als auch für das Ziel dieser Tätigkeiten; nämlich Vital Goals. (1), (2) Die Umwelt wird etwas differenzierter betrachtet. Besonders hervorgehoben ist in Venkatapurams neuer Gesundheitsdefinition der gesellschaftliche Einfluss auf die Gesundheit (3). Durch das Ersetzen eines Glücksminimums mit einer Vorstellung des guten Lebens wird das neue Gesundheitsverständnis weniger subjektiv. Wie bereits beschrieben, ist Nussbaums Liste ein Schritt in Richtung objektiver Vorstellung von Gesundheit. Die Idee eines

Schwellenwertes bleibt erhalten. (4) Zudem ist die neue Gesundheit breiter gefasst. (4) Gesundheit ist nicht mehr ein Satz Fähigkeiten erster und zweiter Ordnung, sondern eine Meta-Capability: Im Rahmen der Diskussion mit Venkatapuram geht Nordenfelt auf den Ersatz der Vital Goals durch Nussbaums Basis-Capabilities ein. Seiner eigenen Aussage nach, hätte er diesen Schritt nicht vorgenommen, da es ihm im Gegensatz zu Nussbaum um die Definition von Gesundheit gehe, nicht aber um die Definition eines guten Lebens. Er beschreibt, dass seine Gesundheit sich im Kern aus der Idee der „internal ability“ speise. Nussbaum hingegen arbeite mit dem Konzept der „practical possibility“. (Nordenfelt 2013, 283) Nordenfelt nennt Capabilities von Nussbaums Liste, die er nicht als Teil seiner Gesundheitsdefinition annehmen würde. Dazu gehöre beispielsweise die Capability zu politischer Teilhabe. (ibid.) Aus der Idee, dass Gesundheit eine Fähigkeit ist, wird mit Venkatapurams neuer Definition die Vorstellung, dass sie die Capability ein gutes Leben zu verleben ist. Damit werden ehemals äußere Umstände von Gesundheit Teil von Venkatapurams neuer Gesundheit. (5)

## 2.3. Normative Aspekte der Gesundheitstheorie in *Health Justice*

### 2.3.1. *Capabilities als normatives Element*

Dieses Kapitel befasst sich mit den normativen Aspekten der in *Health Justice* formulierten Gesundheitstheorie. Es stellt in einem ersten Schritt dar, wie Venkatapuram seinen Gesundheitsanspruch versucht theoretisch normativ abzusichern. Dabei hält Venkatapuram sich sehr eng an Nussbaums Vorgehensweise. Die Frage wie sich Capabilities aufgrund der Menschenwürde begründen lassen, wird somit laut Venkatapuram von ihm und Nussbaum gleich beantwortet (Venkatapuram 2011, 147). In einem zweiten Schritt wird zusammengefasst welche Ansprüche auf und welche Verpflichtungen zu Gesundheitsförderung Venkatapuram im Rahmen der Bildung seiner Gesundheitstheorie in *Health Justice* selbst daraus ableitet.

Es wird sich dabei zeigen, dass die folgenden Überlegungen an einige allgemeine Defizite des Capability Approachs (vgl. 2.2.2 – „Capability Approach und Entitlement Analysis“) erinnern, nämlich die ungeklärte Frage nach den Verantwortlichen für die Bereitstellung von Capabilities, die Frage wie Abwägungen zwischen Capabilities getroffen werden, sowie die Frage wie Entscheidung für oder gegen Capabilities getroffen werden. Außerdem werden Überlegungen zur praktischen Anwendbarkeit des Capability Approach tangiert. Ziel dieses und des folgenden Abschnitts ist es nun, herauszuarbeiten, welche Annahmen in *Health Justice* zu diesen Aspekten zu finden sind. Venkatapuram beschreibt, dass er seine Theorie noch auf eine zweite Weise stärken möchte: Er möchte sie durch Forschungsergebnisse unterstützen, die auf die Korrektheit seiner These verweisen, dass Gesundheit stark von sozialen Faktoren beeinflusst wird. Dies sind aber seiner eigenen Aussage nach Argumente, die von außerhalb des Capabilities Approach stammen (Venkatapuram 2011, 146). Es wird sich darum an dieses Kapitel eine Abhandlung zu der Frage anschließen, welche Bedeutung die empirische Forschung für Venkatapurams neue Theorie der Gesundheit hat.

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

äußeren physikalischen Faktoren und von sozialen Begebenheiten (Venkatapuram 2011, 106). Da diese vier Einflüsse auf jeden Menschen in jeweils unterschiedlichem Maße und jeweils unterschiedlicher Weise einwirken, hat jeder Mensch auch eine individuell große und individuell geformte Meta-Gesundheits-Befähigung. Die Basis-Capabilities eines Menschen sind dynamisch und in steter Veränderung begriffen, so dass sich die Meta-Gesundheitsbefähigung des Menschen im Laufe des Lebens stetig verändert. (Venkatapuram 2011, 155) Diese Vielgestaltigkeit und Veränderbarkeit macht es zwar möglich die Gesundheit jedes Einzelnen individuell zu beschreiben, sie ist aber wie sich zeigen wird in einigen Punkten schwierig zu handhaben.

### **2.3.2. *Würde und Capabilities***

Den normativen Wert von Gesundheit erläutert Venkatapuram in *Health Justice* folgendermaßen: Gesundheit ist wichtig, um ein der menschlichen Würde angemessenes Leben zu führen. Darum sollte jeder Mensch gesund sein können. Gesundheit, verstanden als ein ausreichendes Maß jeder der 10 Basis-Capabilities, schafft Lebensumstände, die der Würde eines Menschen angemessen sind. (Venkatapuram 2011, 135)

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,

147/8). 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 konsequenterweise 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)

Nussbaum ist ebenso wie Venkatapuram bewusst, dass Würde „eine undeutliche Idee“ ist. Sie muss in einen ganzen Ideenkontext eingebunden werden und darf nicht als alleinstehendes Argument für oder gegen etwas in den Raum geworfen werden. Nussbaum selbst empfindet ihre Capabilities-Theorie als einen Kontext, in dem der Begriff der Würde gut eingebettet ist. Für sie verbindet sich Würde mit Achtung vor einem Menschen. Wenn Menschen ein ihrer Würde nicht angemessenes Leben führen müssen, so geht ihre Würde aber nicht verloren. Nussbaum nutzt das Bild eines noch nicht-abgegoltenen Schuldscheins. Auch wenn an Menschen Handlungen getätigt werden, die deren Würde verletzen, geht dadurch die grundsätzliche Würde dieser Menschen nicht verloren. Außerdem beinhaltet die Idee der Würde auch den Drang, „entwickelt zu werden“. Jeder Mensch, der in irgendeiner Form agiert bzw. als Akteur in der Welt steht, bekommt von Nussbaum eine Würde anerkannt. Menschen, die handlungslos in einem „permanenten vegetativen Zustand“ verweilen, wie beispielsweise bei Anenzephalie, spricht sie jedoch keine Würde zu. (Nussbaum 2015, 37)

Rutger Claassen beschreibt in *The Cambridge Handbook of Human Dignity*, dass Nussbaum die menschliche Würde nutze, um ihre Basis-Capabilities zu begründen und daraus folgende Rechte abzuleiten. Sie begründe mit dem Konzept der Würde Tierrechte und Rechte Schwerstbehinderter. Außerdem argumentiere sie über die Menschenwürde dafür, in Situationen welche dieselbe gefährdeten, Functionings umzusetzen und es nicht bei der Bereitstellung von Capabilities zu belassen. (Claassen 2014, 242–43)

Venkatapuram geht ebenfalls kurz auf die Schwierigkeiten der Begrifflichkeit der „Würde“ ein, und stellt klar, dass ein Mensch seine Würde nicht verliert, auch wenn das Leben, das er führt, oder der Gesundheitszustand, in dem er sich befindet, „menschenunwürdig“ ist. Er beschreibt außerdem, dass Menschen ohne ausreichend Capabilities ihre Würde abgestritten oder verleugnet wird – „being denied their equal dignity“ – und, dass sie nicht mit gleichem Respekt „equal respect“ behandelt werden. (Venkatapuram 2011, 144) Dies bedeutet aber nicht, dass sie deshalb keine Würde besitze. Sie werden lediglich nicht ihrer Würde angemessen behandelt. Venkatapuram ist sich bewusst, dass das Konzept der Würde an sich umstritten ist, möchte aber dennoch nicht davon absehen. (Venkatapuram 2016, 55)

### ***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

dem Schwellenwert, und dem konkreten Inhalt der Liste der 10 Basis-Capabilities näher zu kommen, reißt Venkatapuram zwei Methoden an, die eine Art operationalisierten Entscheidungsfindungsprozess hin zu einer solchen Entscheidung umschreiben und die er bei Sen und Nussbaum als Möglichkeiten zur Umsetzung des Capability Approach findet. Venkatapuram nennt zum einen Sen, der davon ausgehe, dass es weder möglich noch wünschenswert sei als Einzelner in einem akademischen Rahmen eine feste Auflistung von Capabilities zu formulieren. Dies müsse, wenn es zumindest teilweise funktionieren solle, im Zuge „demokratische Prozesse und öffentlicher Debatten“ geschehen (Venkatapuram 2011, 128). Nussbaum hingegen sei der festen Überzeugung, dass ein Minimum an Lebensqualität für jeden Menschen definiert werden sollte, ob er dies verlange oder nicht (Venkatapuram 2011, 128). Sie wolle sich ein Handwerkszeug zu Nutze machen, das Venkatapuram als „political justification“ bezeichnet und das angeblich eine lange Tradition habe. In Nussbaums Prozess gehe es laut Venkatapuram darum, in einer Art Streitgespräch im politischem Rahmen Lösungen für unterschiedliche Probleme zu finden, die für eine möglichst große Anzahl der Gesellschaftsmitglieder akzeptabel sei. (Venkatapuram 2011, 146) Ziel sei ein sogenannter „overlapping consensus“, ein Ergebnis, mit dem sich jeder irgendwie arrangieren könne, das aber niemanden zwingen eigene Überzeugungen religiöser, kultureller oder sonstiger Art aufzugeben. Sowohl bei Nussbaum als auch bei Sen ist also die Entscheidung über welche Capabilities und wie viel jeder Capability keine Privatentscheidung. Gleichzeitig sind weder Sen noch Nussbaum diejenigen, die diese Entscheidung treffen wollen. Sen konkretisiert, möchte man Venkatapuram glauben, gar nicht. Nussbaum stellt zwar eine Liste von Basis-Capabilities auf, überlässt die Details aber der politischen Entscheidung.

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

(Venkatapuram 2011, 163). Er schlägt vor, eine Mischung materieller Güter und schützender sozialer Umstände zu etablieren, zu denen sowohl die Schaffung öffentlicher Güter wie eine gesicherte Wasserversorgung, Herdenimmunität oder die Unterstützung epidemiologischer Forschungen gehören, als auch der Schutz und die Förderung der persönlichen „agency“ und „autonomy“, verstanden als Ernährungssicherheit, alleinige Verfügungsgewalt über den eigenen Körper oder etwa Schutz vor tätlichen Übergriffen. (Venkatapuram 2011, 157) Für den Fall, dass gewisse Behandlungsmöglichkeiten einfach nicht existieren und der Mensch einen berechtigten Anspruch auf seine Gesundheits-Capability hat, welcher jedoch mit menschlichem Vermögen nicht erfüllt werden kann, so gibt es laut Venkatapuram immer noch den Anspruch darauf, dass Zwischenschritte in Richtung einer Heilung unternommen werden, allen voran, dass in Forschungsarbeit investiert wird. (Venkatapuram 2011, 159–60) Es handelt sich im Großen und Ganzen also um Ansprüche auf die gesellschaftliche Basis der Capabilities. Ähnlich klingen Überlegungen, dass die Anwendung eines besseren Erklärungsmodells nicht nur eine Frage der intellektuellen Güte der Naturwissenschaften ist, sondern eine moralische Verpflichtung. Es existiert aus Venkatapurams Sicht ein Anspruch auf eine möglichst adäquate Theorie der Gesundheit, und darauf, dass diese Theorie in der empirischen Forschung bedacht wird (Venkatapuram 2011, 77).

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)

Auch wenn nicht klar ist, welches Maß an Gesundheit und welche Inhalte genau erfüllt sein müssen, so ist der Anspruch auf die Meta-Capability der Gesundheit so stark, dass Venkatapuram sogar sagt, es handle sich um ein Menschenrecht: „a human right to be healthy“ (Venkatapuram 2011, 3). Venkatapuram denkt Gerechtigkeit als Gesundheitsgerechtigkeit und Gesundheit nach seinem Verständnis ist das wichtigste zu verteilende Gut einer Gesellschaft. Was letztlich im Detail zu dieser Gesundheit gehört bleibt unklar, genauso wie das Maß zu dem sie gewährt werden sollte. Stattdessen finden sich zwei mögliche Prozedere zur Klärung dieser Fragen, eine Unterteilung von Ansprüchen in unterschiedliche Qualitäten, sowie eine Handvoll konkrete Handlungsanweisungen, die aber nicht aus der theoretischen Grundlage abgeleitet sind, sondern – wenn sie nicht rein willkürliche Meinungsäußerungen sind – auf einer empirischen Grundlage zu verorten sind und ausnahmslos darauf abzielen, den sozialen Einfluss auf Gesundheit zu modulieren.

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

Wer ist verantwortlich dafür, dass die im vorangegangenen 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 sicher, keine einfache einheitliche Regelung für alle Situationen und alle Menschen, weil Lebensumstände verschieden sind und Menschen auch (Venkatapuram 2011, 157). Diese Feststellung verweist auf die schier unendliche Varianz des Capability-Sets, welche im ersten Abschnitt dieses Kapitels besprochen wurde. Die Antwort, dass das Gesundheitssystem der Zuständige sei, greift Venkatapurams Ansicht nach auf jeden Fall zu kurz, wie sich an verschiedenen Stellen in *Health Justice* belegen lässt. (Venkatapuram 2011, 36, 28, 154) Es ergibt sich, so argumentiert Venkatapuram mit Sen, für jeden Menschen, der einem anderen helfen *kann* gesund zu sein, mindestens eine sehr kleine Verpflichtung dies auch zu tun. Diese Verpflichtung entsteht aufgrund der bestehenden Möglichkeit zu helfen (Venkatapuram 2011, 21).

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“**

Die „social base“ bzw. die „social determinants of health“ sind ein Phänomen, welches Venkatapuram über ein ganzes Kapitel in *Health Justice* bespricht. Dieses Kapitel nennt sich „Causation and Distribution of Health“ und stellt verschiedene Studien vor, die laut Venkatapuram zeigen, dass die Gesundheit eines Menschen von seinen Lebensbedingungen, seinem sozialen Status und anderen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen stark geprägt wird. Die bereits in der Besprechung des Capability-Approach vorgestellte „Entitlement Analysis“ ist eine der dort vorgestellten Studien.

Michael Marmot, Mediziner und Direktor des International Institute of Society and Health (Marmot 2011) ist ein wichtiger Einfluss Venkatapurams. Nicht nur ist er Autor des Vorworts zu *Health Justice*; ebenfalls sind verschiedene von Venkatapuram im Rahmen des zweiten Kapitels besprochene Studien von oder mit ihm publiziert.

Besonders hebt Venkatapuram die sogenannten „Whitehall-Studies“ hervor (Venkatapuram 2011, 84–89): Sie konnten zeigen, dass der Gesundheitszustand Britischer Beamter in den 70er Jahren von ihrer beruflichen Position abhing, und dass dabei die niedrigste Beamtenstufe den schlechtesten Allgemeinzustand aufwies. Da alle Beamten ordentlich oberhalb des Lebensminimums abgesichert waren, musste dieser Gesundheitsunterschied durch den sozialen Status bedingt sein. Weitere Studien mit Frauen sowie Studien in Entwicklungsländern bestätigten diese Ergebnisse.

Ebenfalls ist Michael Marmot beteiligt an Studien, die zeigen, dass Einwanderer aus Japan in die USA nach einiger Zeit das gesundheitliche Risikoprofil eines Japaners verlieren und dafür das Risikoprofil eines US-Amerikaners annehmen. Ginge man davon aus, dass die genetische und biologische Anlage des Menschen über seine Gesundheitsrisiken entscheide, ließen sich solche Erkenntnisse nicht erklären. Venkatapuram verweist auch hier auf die gesellschaftliche Beeinflussung von Gesundheit. (Venkatapuram 2011, 90–91)

Laut Venkatapuram verweisen die Whitehall-Studien zum einen auf die von ihm als „psychobiological pathways“ beschriebenen Vorgänge, die sozialen Stress in körperliche Anfälligkeit umwandeln. Zum anderen stellt sich in allen beschriebenen Studien die Frage nach der Ursache von Ursachen; so steht beispielsweise die Vermutung im Raum, dass niedrigere soziale Schichten anfälliger für ungesunde Nahrungsmittel sein könnten als höhergestellte. (Venkatapuram 2011, 89). Die Ermittlung dieser Ursachen von Ursachen ist aus Venkatapurams Sicht eine Aufgabe der empirischen Forschung.

### **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

eine ungeheure Menge statistischen Materials ausgewertet und besprochen, und anhand dieser Daten soziale und gesellschaftliche Einflüsse auf das Wohl des Menschen beschrieben. Ganz konkret findet sich in *Health Justice* der Einfluss dieser Forschung in der Verwendung der Entitlement Analysis. Die Erkenntnisse dieser Arbeit haben Venkatapuram dazu bewegt, die vier Kategorien von Einflussfaktoren, auf die menschliche Gesundheit zu konkretisieren und die Kategorie der sozialen Einflüsse als besonders einflussreich anzunehmen.

Es zeigt sich hierbei bereits die zweite Funktion epidemiologischer Erkenntnisse für Venkatapurams Konzept. Nicht nur ist seine Theorie etwas plakativ gesprochen „inspiriert“ von epidemiologischer Erkenntnis, nein, Venkatapuram versucht auch zeitgenössische Forschungsergebnisse auch zur Absicherung und Bekräftigung seiner Gesundheitstheorie zu nutzen (Venkatapuram 2011, 146). Neben den Forschungen der Entitlement Analysis und den sogenannten „Whitehall-Studies“ (Venkatapuram 2011, 84ff) beschreibt Venkatapuram verschiedene andere Studien wie Studien von Richard Wilkinson (Venkatapuram 2011, 91ff), welche zeigen sollen, dass die Zugehörigkeit zu verschiedenen sozialen Gruppen und Schichten Gesundheit negativ oder positiv beeinflussen können.

Venkatapuram hegt gewaltigen Zweifel an der Zukunftsfähigkeit der Art von Epidemiologie, wie sie momentan zum größten Teil praktiziert wird (Venkatapuram 2011, 176). Gleichwohl ist er der Ansicht, dass dieser Wissenschaftszweig im Allgemeinen über nicht zu unterschätzende Einflussmöglichkeiten verfügt. Er beschreibt diese als „extraordinary authoritative power of epidemiological science (Venkatapuram 2011, 187). Eines der Ziele seiner Gesundheitstheorie ist es, eine Theorie zu entwickeln, anhand derer auch die Epidemiologie soziale Einflüsse auf Gesundheit bedenken kann. Einer der Ansprüche von *Health Justice* ist es, eine solche Theorie zu schaffen, die den Epidemiologen als neue und bessere Arbeitsgrundlage dienen kann (Venkatapuram 2011, 74).

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*.

Die Epidemiologie ist die Lehre von der Verbreitung von Krankheiten in einer Bevölkerung. Sie liefert Daten, anhand derer das öffentliche Gesundheitswesen gestaltet wird, sie ist „the informational engine of public health programmes and clinical medical care.“ (Venkatapuram 2011, 32) wie Venkatapuram sich ausdrückt. Seiner Meinung nach gibt es in der Epidemiologie derzeit zwei Lager: Die Vertreter des einen, traditionelleren, Lagers versuchen möglichst naturwissenschaftlich zu arbeiten. Sie arbeiteten mit einem naturalistischen Gesundheitsverständnis und untersuchten darum in erster Linie Krankheitsentstehungsmechanismen. Dabei stützten sie sich im Wesentlichen auf drei mögliche Mechanismen: Schadstoff- und Erregerexposition, persönliches Risikoverhalten und biologisch/genetische Determinanten. (Venkatapuram 2011, 32-33)

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 betrachte und größere Zusammenhänge außen vor lasse (Venkatapuram 2011, 76)

Die zweite Strömung, die Venkatapuram als „soziale Epidemiologie“ bezeichnet, lasse in ihre Betrachtung Überlegungen einfließen, welche jenseits der Individualebene lägen und sich erst erschlossen, wenn ganze Bevölkerungsausschnitte betrachtet würden. Venkatapuram zieht auch hier wieder das Beispiel der Entitlement Analysis und der Famine Studies heran: Betrachte man Hunger als Problem eines Individuums, so müsse als Ursache des Hungers ein Mangel an Nahrungsmitteln angenommen werden. Betrachte man Hunger hingegen auf Populationsebene, so stelle man fest, dass Hunger vor allem ein Verteilungsproblem sei. Sen und Drèze haben laut Venkatapuram gezeigt, dass Hunger in Gesellschaften entstehen kann, die aufs Ganze gesehen eigentlich für jeden Einzelnen ausreichend Nahrungsmittel hätten und diese nur nicht gleichmäßig verteilten. Gleichzeitig sei nachgewiesen, dass durch Umverlagerung von Nahrungsmitteln von außerhalb einer Gegend in eine gegen mit Nahrungsmangel Hunger vermieden werden

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 Einzelem und Gruppe genau zueinander verhalten, sind wichtiger Bestandteil des neuen Gesundheitskonzepts (vgl. 3.2.3.3 – „Gesundheit von Gruppen“). (Venkatapuram 2011, 33)

Venkatapuram sieht im Weltverständnis der „sozialen Epidemiologie“ gewisse Parallelen zum Weltverständnis des Capability Approach: Sowohl die Vertreter des Capability Approach als auch die Vertreter der sozialen Epidemiologie möchten nicht nur Ursachen, sondern auch Verteilungsmuster von Krankheiten erklären können. Beide Ansätze messen soziale Modulatoren von Gesundheit große Bedeutung zu, und „die Rolle der Natur“ in Frage der Gesundheit wird als nicht so relevant angesehen, wie oft angenommen. (Venkatapuram 2011, 108)

Dass selbst der nackte Prozess der Datenerhebung nicht rein objektiv, wert- und vorurteilsfrei geschieht, darauf geht Venkatapuram in einem gemeinsam mit Michael Marmot veröffentlichten Artikel zum Verhältnis zwischen Philosophie, Epidemiologie und sozialer Gerechtigkeit ein (Venkatapuram und Marmot 2009). Bereits in der Entscheidung dafür bestimmte Vorgänge überhaupt zu untersuchen und andere nicht, oder in der Wahl einer bestimmten Methode, sei sie auch noch so wissenschaftlich anerkannt, schlagen sich gegebene Vorstellungen über die Welt und das Sein nieder. (Venkatapuram und Marmot 2009, 80/81) Die Epidemiologie, genauso wie jede andere Wissenschaft, kann also nicht wertneutral eine absolute Wahrheit ermitteln, und wenn sie es dennoch versucht, drückt sie sich Venkatapurams Ansicht nach vor ihrer gesellschaftlichen Verantwortung. Da sich aus den Ergebnissen epidemiologischer Forschung prinzipiell immer gesellschaftliches Handeln ableiten lässt, kein eine solche Disziplin, die sich dieser gesellschaftlichen Verantwortung nicht bewusst ist, leicht moralische Fehler, „moral errors“ begehen oder zumindest die Grundlagen für solche legt, ohne dies zu bemerken. (Venkatapuram 2011, 77/78)

### **3. Die zeitgenössische Debatte um Venkatapurams neue Gesundheitsdefinition**

Die folgenden Kapitel enthalten verschiedene Überlegungen und Kritikpunkte zu Venkatapurams neuartiger Vorstellung von Gesundheit. Einige dieser Kritiken beziehen sich direkt auf Venkatapurams Konzept und werden darum lediglich dargestellt, wenn vorhanden unter Einbezug einer Antwort Venkatapurams. Einige der Kritiken offenbaren jedoch Missverständnisse in der *Health Justice* Lektüre bzw. unterschiedliche Lesarten. In diesen Fällen greift die Dissertation auf *Health Justice* zurück und beschränkt sich auf die Klärung dieser Begriffe. In zwei Fällen beziehen sich die Kritiker auf Konzepte („Well-Being“ und Würde), die in *Health Justice* und den jeweiligen Artikeln nicht in ausreichendem Maße behandelt werden. Es wird in diesen Fällen auf Sekundärliteratur zurückgegriffen, um eine Einordnung zu ermöglichen. Einige wenige Kapitel befassen sich mit Kritik, die Venkatapuram selbst an sich übt (Gruppen) und Fragestellungen, die an *Health Justice* formuliert werden können, aber noch nicht formuliert wurden (Selbstbestimmung, geistige Gesundheit).

#### **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)

Das folgende Kapitel wird Venkatapuram Kritik an Nordenfelts Gesundheitskonzeption noch einmal aufgreifen und dabei die Unbestimmtheit der Vital Goals, die Vorstellung einer Standardumgebung sowie die Bedeutung subjektiver Präferenzen noch einmal genauer betrachten. Ebenfalls in dieses Kapitel werden Nordenfelts Antwort einfließen sowie eine Einordnung der Diskussionspunkte.

„Standard Circumstances“:

Indem Nordenfelt in seiner Definition von Gesundheit in Standardumgebungen spreche, kapituliere er nach Venkatapurams Ansicht vor allen lokalen Begebenheiten und setze sein Konzept von Gesundheit einem kulturellen Relativismus aus. Beispielhaft beschreibt Venkatapuram, dass Frauen in vielen Entwicklungsländern zwar dem dort herrschenden gesundheitlichen und sozialen Standard nach gesund seien, allerdings würde man sie in entwickelten Ländern als gesundheitlich eingeschränkt bezeichnen. Gesundheit sei kontextabhängig. Auch Nordenfelts Erweiterung, dass Umstände „reasonable“ sein sollten, helfe nicht das Problem zu lösen. „Standardmäßig“ und „angemessen“ seien Begrifflichkeiten, die von außerhalb des Gesundheitskonzept kämen. Bedenklicher noch als die Idee schlechte Umstände als Vergleichswert für eine Beurteilung zu nutzen, ist für Venkatapuram die Gefahr, dass Menschen selbst in der Ausbildung ihrer individuellen Vital Goals so sehr durch ihre ungünstigen Umstände geprägt würden, dass sie ihre Vital Goals zu niedrig ansetzten. Vital Goals als ein subjektives Konzept seien auch davon abhängig, welche Ziele vorstellbar sind. (Venkatapuram 2013, 275)

Nordenfelt antwortet indem er als erstes zu klären versucht, dass die Verbindung zwischen Vital Goals und der Umgebung aus seiner Sicht keine konzeptionelle Verknüpfung darstelle. Die Idee einer Standardumgebung sei es, zu betrachten, welche Fähigkeiten zum Erreichen von Vital Goals ein Mensch unter Normalbedingungen habe. Es handelt sich also Nordenfelts Ansicht nach um eine beschreibende Betrachtung. Die Idee Umweltbedingungen als „angemessen“ zu beschreiben bringe eine normative Komponente ins Spiel, die eben gerade davon abhalten solle einen sehr ungünstigen lokalen Standard zum Maßstab zu machen, wenn dieser eigentlich nicht angemessen sei. Venkatapuram habe Nordenfelt missverstanden, insofern er Umweltbedingungen konzeptuell mit Vital Goals verbunden sehe. Richtigerweise sei die Umwelt aber nur die „Plattform“ auf der das Individuum und seine Gesundheit betrachtet würden. (Nordenfelt 2013, 281)

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)

Dass sich hier eine Diskussion über Vital Goals und die Frage inwieweit diese subjektiv oder objektiv zu bestimmen sind, anschließen muss, scheint zwingend. Zuvor sollte jedoch auf die Frage eingegangen werden, inwieweit Venkatapuram die Abhängigkeit von Umgebungsbedingungen besser lösen konnte als Nordenfelt: Thomas Schramme beschreibt, dass der genaue Level von Venkatapurams Gesundheitsminimum erst durch eine Gesellschaft festgelegt werden muss. Dies hat abhängig von den herrschenden gesellschaftlichen Werten und Bedürfnissen zu geschehen. „Auf diese Weise erscheint der Schwellenwert kulturell relativ“. (Schramme 2016, 23)

In Kapitel „2.3.3 – „Ansprüche auf Beförderung der Gesundheit, die in *Health Justice* formuliert werden“ wurde dieser Punkt bereits hervorgehoben. Es wurde beschrieben, dass auch ein der Würde „angemessenes“ Leben – ähnlich wie eine „vernünftige“ Umgebung – nicht klar definiert ist und dass dieses Maß in der Umsetzung der Gesundheitstheorie Venkatapurams erst bestimmt werden muss. Schwellenwertsetzung und genaue Ausarbeitung des Befähigungssets sollen laut Venkatapuram in einem vernünftigen politischen Diskurs vonstatten gehen (Venkatapuram 2011, 146).

Sowohl Vital Goals als auch Capabilities sind in ihrer Ausbildung also gesellschaftsabhängig. Nordenfelt versucht diese Verknüpfung zu lösen, indem er die Frage, ob ein Individuum seine Vital Goals erreicht an eine Betrachtung der Fähigkeiten des Individuums auf der gedanklichen Plattform einer „vernünftigen“ Umgebung knüpft. Außerdem macht er es möglich, dass Vital Goals für einen Menschen existieren, derer dieser Mensch sich nicht bewusst ist. Gibt es vergleichbare Bestrebungen bei Venkatapuram? Er versteht Gesundheit als Gesamtheit der Basisbefähigungen eines Menschen. Diese Befähigungen sind ganz selbstverständlich auch von der sozialen und physikalischen Umgebung beeinflusst. Bestrebungen, den Menschen aus seiner realen Umgebung zu lösen, und in einer gedanklichen „vernünftigen“ Umgebung zu betrachten, zeigt Venkatapuram nicht. Objektiven Charakter könnte jedoch die Liste der

Nussbaumschen Basisbefähigungen haben. Ihr Inhalt wird nicht von einem einzelnen Menschen für sich zusammengestellt, sondern von Theoretikern. Ihr minimales Ausmaß wird im Rahmen eines politischen Entscheidungsfindungsprozesses erhoben. Welche Basisbefähigungen der Einzelne haben sollte, ist also keine individuelle Entscheidung. Gleichwohl bleibt diese Entscheidung von den entscheidenden Instanzen abhängig, ganz genauso wie die Entscheidung, ob eine Umgebung in Nordenfelts Theorie angemessen ist oder nicht.

#### Vital Goals – unbestimmt und subjektiv?:

Das Hauptproblem Nordenfelts, welches Venkatapuram mit seiner eigenen Gesundheitskonzeption zu lösen gedenkt, besteht, so formuliert Venkatapuram es, in der „Leere“ oder auch „Unbestimmtheit“ der Vital Goals. Er spricht von einem „Empty set of vital goals“ (Venkatapuram 2011, 60). Diese „Leere“ bedeutet nicht, dass die Vital Goals keinen Inhalt hätten. Vielmehr habe Nordenfelt diesen Inhalt nicht genau bestimmt. Zwar spreche Nordenfelt von einem „Torso“ weltweit geteilter Vital Goals. Er denke auch darüber nach, wie sich aus der Grundlage des Am-Leben-Seins eine Liste konkreter Vital Goals ermitteln ließe. Eine Ausarbeitung dieser Überlegungen gebe es aber nicht. (Venkatapuram 2013, 274)

Diese Unbestimmtheit einerseits sowie die Tatsache, dass Vital Goals als subjektive Zielsetzungen konzipiert seien, andererseits, führe auch zu dem Vorwurf, dass die Vital Goals zu breit definiert seien. Es sei vorstellbar, dass ein Mensch seine Vital Goals selbst dermaßen ambitioniert ansetze, dass er sie niemals werde erreichen können. An früherer Stelle (2.2.1 - „Nordenfelt“) wurde dieser Fall als das Beispiel der jungen ambitionierten Sportlerin Lilly besprochen. Ein derart überambitionierter Mensch wäre nach Nordenfelts Theorie in seiner Gesundheit beschnitten. Dies erscheint weder Venkatapuram noch Schramme sinnvoll. Ihr Vorwurf lautet hierbei, Nordenfelt gebe subjektiven Präferenzen und der Idee der „happiness“ zu viel Raum. Es wäre laut Venkatapuram sinnvoll gute Schwellenwerte festzulegen, die unterschiedliche Gesundheitslevel und auch den Unterschied zwischen gesund und krank konkretisierten. (Venkatapuram 2013, 271)

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)

Die Unbestimmtheit der Vital Goals nimmt Nordenfelt ebenfalls bewusst in Kauf. Er sei, so seine Vermutung, wesentlich mehr von der Verschiedenheit unterschiedlicher Menschen überzeugt als Venkatapuram (Nordenfelt 2013, 282).

Auf den Umgang mit Menschen, die ihre Vital Goals zu hoch stecken, hat Nordenfelt eine besonders elegante Antwort: Für Nordenfelt ist Gesundheit etwas, das von absoluter Gesundheit bis hin zu absoluter Krankheit reicht. Nun ist es aus seiner Sicht durchaus möglich, dass Menschen krank sind, weil sie einen viel zu hohen Anspruch an sich und ihre Leistungsfähigkeit pflegen. Nordenfelts Lösung ist anzunehmen, dass diese Menschen tatsächlich krank sind. Es handelt sich dabei aber nicht um körperliche Erkrankungen und vermutlich wandern diese Menschen auch nicht sehr weit auf der Skala von gesund in Richtung krank. Dennoch, ein massiv überhöhter Anspruch auf Vital Goals hat Nordenfelts Ansicht nach als solcher bereits Krankheitswert. Er empfiehlt entsprechend auch eine Behandlung, nämlich eine psychotherapeutische (Nordenfelt 2013, 283/4).

Venkatapurams Vorwurf, dass in der Festlegung des Gesundheitslevels eines Menschen individuellen subjektiven Präferenzen und einem unspezifischen Glücklichein, zu viel Wert beigelegt wird, ist damit bestätigt. Allerdings auf eine unerwartete und sehr kluge Art. Denn es findet sich auf diesem Wege eine Unterscheidung von körperlichen und geistigen Krankheitsentitäten. Nordenfelt beschreibt, dass Vital Goals nicht identisch mit den bewussten Wünschen eines Menschen sind. Er beschreibt außerdem, dass es nicht um kurzfristiges Glück sondern um langfristige *Zufriedenheit* gehe, wenn er von „happiness“ spricht. Dieser erstrebte Zustand kann bei Nordenfelt tatsächlich damit zusammenhängen, dass ein Mensch an sich zufriedener ist als ein anderer – ohne dass die äußeren Umstände oder die körperlichen Gebrechen unterschiedlich wären (Nordenfelt 2013, 284). Der Unzufriedene ist dann kränker als der Zufriedene. Diese besondere Art von Kranksein verweist auf das, was gemeinhin psychische Krankheit genannt wird.

Mit Blick auf die Diskussion um die „Leere“ der Vital Goals, stellt sich die Frage, ob es wirklich nur um die Frage geht, wie unterschiedlich Menschen angenommen werden. Es lässt sich vermuten, dass Nordenfelt außerdem versucht mit seiner Theorie ein Verständnis von Gesundheit aufzugreifen, das nicht dieselbe Breite hat wie Venkatapurams Verständnis. Nordenfelts Vital Goals sind aufgrund eines enger gefassten Gesundheitsverständnisses von vornherein eingeschränkter als Venkatapurams Basisbefähigungen. Die Vital Goals sind bei Nordenfelt unbestimmt, aber das implizite Gesundheitsverständnis, welches Nordenfelts Theorie zugrunde liegt, schließt Nordenfelts Ansicht nach bestimmte Zielsetzungen aus, weil sie gar nicht erst als gesundheitsrelevant erachtet werden (Nordenfelt 2013, 283). Dennoch ist die Überlegung zur Verschiedenheit von Menschen relevant, gerade auch wenn man sich klarmacht, dass Nordenfelts Vital Goals individueller gewählt werden können als Venkatapurams Capabilities.

Beide Anmerkungen zum Fehlen konkreter Grenzwerte für verschiedene Gesundheitszustände sind für die vorliegende Arbeit interessant: Zum einen ist der Konkretisierungsgrad der von Venkatapuram eingeführten Minimalschwelle von Gesundheit tatsächlich ebenfalls nicht besonders hoch. Dieses Problem hat also nicht nur Nordenfelt. Tatsächlich muss ihre Höhe erst ermittelt werden, wenn die Theorie in die Praxis umgesetzt werden soll. Interessanter noch ist jedoch Nordenfelts Ansicht, dass solche Konkretisierungen auch gar nicht Aufgabe einer Theoriebildung ist. Dies könnte eine mögliche Begründung für das Fehlen einer genau festgesetzten Schwelle auch für Venkatapuram sein und wird im Schlussteil der vorliegenden Dissertation noch einmal aufgegriffen.

### 3.1.2. Boorse

In den 1970er Jahren entwickelte Christopher Boorse eine Gesundheitstheorie, die als „biostatistische Theorie“ (BST) von Krankheit und Gesundheit bezeichnet wird (Nordenfelt 2012, 225). Thomas Schramme gibt in seiner Einleitung zu seinem Buch „Krankheitstheorien“ folgenden Überblick über die BST (Schramme 2012, 16): Die BST lässt sich den als naturalistisch oder deskriptiv bezeichneten Gesundheitstheorien subsumieren. Sie definiert Gesundheit als statistisch normales Funktionieren von körperlichen Vorgängen. Dabei betrachte Boorses Theorie nur solche körperlichen Vorgänge, die der Reproduktion und dem Überleben eines Lebewesens dienlich sind. Es ist für Boorse keine Frage menschlicher Bewertung, ob ein Lebewesen krank ist oder nicht; diese Frage lässt sich im Rahmen seiner Theorie allein anhand des statistischen Abgleichs mit anderen Lebewesen gleichen Geschlechts und Alters beantworten.

Boorse stellt eine Gesundheitsdefinition in vier Sätzen auf, von welchen im ersten Satz der Begriff „Referenzklasse“ definiert wird, im zweiten Satz der Begriff „normale Funktion“, im dritten und vierten Satz definiert Boorse „Gesundheit“ und „Krankheit“. Venkatapuram bezieht sich auf die Fassung des „First Rebuttal On Health“ aus dem Jahre 1997, die Gesundheit als „Abwesenheit von Krankheit“ formuliert. Sowohl Boorses erste Fassung aus dem Jahre 1977 als auch Fassungen, die Boorse aktuell nutzt (Boorse 2014), beschreiben Gesundheit ausführlicher, und definieren auch den Krankheitsbegriff etwas anders als in der von Venkatapuram verwendeten Fassung. In seinem Beitrag *Gesundheit als theoretischer Begriff* (Boorse 2012) arbeitet Boorse anfangs mit seiner ersten Gesundheitsdefinition, um später als verbesserte Fassung diejenige Definition zu nutzen, auf die sich auch Venkatapuram bezieht.

„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.

3. *Gesundheit* bei einem Mitglied der Referenzklasse ist *normale Funktionsfähigkeit*: Die Bereitschaft jedes inneren Teils, alle seine normalen Funktionen bei typischen Gelegenheiten mit mindestens typischer Effizienz auszuüben.

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)

Die längere Definition von „Gesundheit“ definiert sich durch den Begriff der Funktionsfähigkeit. Sie stellt eine positive, weil inhaltlich bestimmte, Definition von Gesundheit dar. Die erweiterte Beschreibung von „Krankheit“ unterscheidet sich von der kürzeren Version vor allem durch Einbezug des Einflusses der Umwelt auf die Entstehung von Krankheiten. Auch diese Krankheit bestimmt sich durch den Funktionsbegriff. Die zu dieser ausführlichen Krankheitsdefinition gehörige Gesundheitsdefinition ist nur noch eine negative Formulierung, da sie nichts mehr aussagt als dass Gesundheit das Fehlen von Krankheit sei. Boorse ist der Ansicht, dass der wirklich wertvolle Beitrag seiner Gesundheitstheorie sich nicht in seiner Definition von Gesundheit finde, sondern in seiner Ausformulierung eines Krankheitsbegriffs. (Boorse 2012, 63)

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

den Terminus „disease“. Er nennt die Gesundheit, die sich aus der Abwesenheit von „diseases“ ergibt „theoretische Gesundheit“, und diejenige Gesundheit, die sich aus der Abwesenheit einer behandelbaren Krankheit oder „illness“ ergibt „praktische Gesundheit“ (Boorse 2012, 63). Thomas Schramme merkt zur Unterscheidung von „illness“ und „disease“ an, dass unter „disease“ in der Regel „pathologische Veränderungen eines Organismus“ verstanden werden, während eine „illness“ eine Beeinträchtigung des Wohls und der Handlungsfähigkeit eines Menschen beinhaltet (Boorse 2012). Schramme übersetzt „disease“ mit „Krankheit“ ins Deutsche und „illness“ mit „Kranksein“ und spricht in Bezugnahme auf dieses „Kranksein“ vom „Erlebnis einer unangenehmen und einschränkenden Verfassung“ (Schramme 2012, 24).

Krankheit und Gesundheit hängen bei Boorse eng mit dem Begriff der „Funktion“ zusammen. Dieser Funktionsbegriff ist auf keinen Fall gleichzusetzen mit den „functionings“, die im Rahmen des Capability Approach verhandelt werden. Funktionen sind bei Boorse biologische Funktionen (Boorse 2012, 97). Eine ausreichend große Funktionsleistung bedeutet, dass ein Individuum gesund ist, eine nicht ausreichende Funktionsleistung, dass es krank ist.

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)

Normalität wird von Boorse statistisch verstanden (Boorse 2012, 97). Als normal – und damit gesund – gilt eine Funktionsleistung dann, wenn sie ähnlich gut ausgeführt wird, wie dieselbe Funktionsleistung beim Großteil der Mitglieder der eigenen Referenzgruppe. Diese Referenzgruppe wiederum wird nach Alter und Geschlecht stratifiziert. Zusätzlich ist, so Boorse, in gewissen Zusammenhängen auch die ethnische Zugehörigkeit zu berücksichtigen, da das Funktionsdesign zwischen ethnischen Gruppen variieren kann.

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

wird durch empirische Beobachtung ermittelt. (Boorse 2012, 86–89) Aufgrund dieser Definition ist Boorses Theorie relativ leicht auf die Gesundheit von Tieren und Pflanzen zu übertragen (Boorse 2012, 99).

Funktionalität hat bei Boorse auch mit Effizienz zu tun. „Effizienz“ bedeutet, dass die jeweils betrachtete Funktion dem Ziel des Überlebens oder der Reproduktion besonders zuträglich ausgeführt wird. Eine Schilddrüsenüberfunktion ist nach diesem Verständnis dysfunktional, da wenig effizient, obwohl die Schilddrüse in gewisser Weise mehr Funktion erbringt als die Durchschnittsschilddrüse. Überdurchschnittliche *Effizienz* hingegen *kann* als funktional gelten. Boorse schreibt in diesem Zusammenhang, dass ein Langstreckenläufer, obgleich seine kardiovaskulären Parameter weit über dem Durchschnitt seiner Referenzgruppe lägen, gesund sei (Boorse 2012, 90). Von „Funktionsbereitschaft“ spricht Boorse, um in seiner Definition Fälle zu bedenken, in welchen eine bestimmte Funktionalität, die bei einem Individuum nur weit unterdurchschnittlich ausgeprägt ist, in der Praxis nie gefordert und deren Mangel darum nie bemerkt wird. Trotzdem muss das Individuum als krank gelten, da es, käme es zum ersten Mal in einer entsprechende Situation, in seiner Leistung eingeschränkt wäre. (Boorse 2012, 94)

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.

Boorses Gesundheitsdefinition arbeitet mit dem Ideal der Normalität, das sich aus der Beobachtung natürlicher Begebenheiten ergibt. Er verweist mehrfach darauf, dass dieses Ideal kein normatives Ideal darstelle, sondern rein beschreibend sei. Die Grenze zwischen dem was als krank und dem was als gesund gilt, liegt seiner eigenen Aussage nach jedoch nicht in der Natur selbst, sondern ist eine Konventionsfrage. Ab welchem Maß an Effizienz man von gesunder funktionaler Bereitschaft sprechen kann, bleibt verhandelbar. Zu positiven Gesundheitskonzepten äußert sich Boorse folgendermaßen: Die meisten solcher Ideen entstünden, weil man das Gesundheitswesen vermehrt darauf verpflichten wolle, Präventivleistungen zu betreiben. In diesen Fällen werde aber nicht positive Gesundheit angestrebt, sondern weniger Krankheit. *Echte positive Gesundheitskonzepte* müssten sich auf Parameter beziehen, die beliebig gesteigert werden könnten, ohne Funktionseinschränkungen in anderen Bereichen hervorzurufen. Die Funktion der Schilddrüse beispielsweise muss sich in einem bestimmten Rahmen bewegen, sodass für dieses Organ ein positives Konzept von Gesundheit nicht möglich ist. Betrachtet man Funktionalitäten wie Ausdauer, Kraft oder Intelligenz so sei ein positives Verständnis in gewissem Rahmen möglich. Es ist Boorse wichtig darauf hinzuweisen, dass alles Krankheitsvermeiden und -bekämpfen letztlich ein einziges Ziel verfolgt, nämlich Gesundheit im Sinne der BST. Sobald echte positive Gesundheit ins Spiel komme, müsse entschieden werden, *welchen* Funktionen der Vorrang gegeben werden soll und auch *wie sehr* diese Funktionen verbessert werden sollten. Diese Überlegungen seien unwiderruflich an Werturteile geknüpft. Boorse ist der Meinung, dass es keinen Grund gibt, diese Werturteile in eine Gesundheitsdefinition hineinzubauen. Seine Definition von „disease“ und Gesundheit durch biologische Funktionsfähigkeit und statistische Normalität seien werturteilsfrei und für die Beschäftigung mit Fragen der Gesundheit ausreichend und alltagstauglich. Darüberhinausgehende Fragen, wie die Frage nach der

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

Venkatapuram nutzt Boorses Theorie, um sein eigenes Verständnis von Gesundheit gegenüber naturalistischen Gesundheitskonzepten abzugrenzen. Seine Kritikpunkte umfassen die Rolle der Umwelt in der BST und den menschlichen Einfluss auf diese Umwelt. Er kritisiert in diesem Zusammenhang, dass durch den menschlichen Einfluss auf Gesundheit, diese Gesundheit kein wertfreies Konzept sein *könne*. Venkatapuram konstatiert außerdem, dass nahezu jeder Mensch im Rahmen der BST als krank gelten muss. Er stellt zudem in Frage, inwieweit Reproduktion und Überleben Ziele von Gesundheit sein können (Venkatapuram 2011, 44–56)

Boorse geht im Rahmen seines „A Second Rebuttal On Health“ auf einige dieser Kritikpunkte ein. Dieses Kapitel zeichnet diese Diskussion nach und kommentiert sie, sodass am Ende dieses Kapitels die beiden Standpunkte über die nun folgenden Kritiken - von Missverständnissen gereinigt - gegenübergestellt werden können.

Venkatapuram kritisiert, dass Boorse ein beobachtetes mittleres Funktionsniveau einer Population als gesundes Funktionsniveau bezeichnet. Eine Referenzgruppe in einer bestimmten Umgebung verfügt über gewisse normale, weil statistisch häufige, Funktionsleistungen. Es ist nun für Venkatapuram vorstellbar, dass sich die Umgebung so verändert, dass die durchschnittliche Funktionsleistung sich ebenfalls verändert. Diese Umgebungsveränderung kann mit oder ohne menschliches Zutun geschehen. Aus Venkatapurams Sicht wäre die Bevölkerung dann kränker als sie *eigentlich sein müsste*, die BST würde sie aber immer noch als gesund bezeichnen (Venkatapuram 2011, 49)

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 Fälle 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)

Venkatapurams zweite Kritik an Boorses Gesundheitstheorie bezieht sich auf Boorses Ansicht, dass die meisten Menschen theoretisch, also an einer „disease“, erkrankt seien, wenn sie erkältet sind. Venkatapuram empfindet es beispielsweise als unlogisch zu sagen, ein Mensch mit Erkältung habe eine „disease“ im Sinne einer Funktionsbeeinträchtigung, jedoch keine „illness“, welche als praktische Erkrankung eine Heilungs- und Handlungsaufforderung nach sich zöge. Zum einen ist Venkatapuram der Ansicht, dass man eine Erkältung allgemein als „illness“ bezeichnet. (Venkatapuram 2011, 54/55)

Aus Venkatapurams Sicht hat Boorses Theorie außerdem das Problem, dass es in der BST quasi keinen vollständig gesunden Organismus geben kann. Es gibt eigentlich keine Möglichkeit gesund zu sein, weil nach Boorses statistischem Konzept immer irgendeine Abweichung von den Durchschnittsfunktionen eines Menschen vorliegt.

Venkatapuram ist daran anschließend der Meinung, dass eine Einteilung körperlicher Zustände in gesunde und kranke Zustände zu kurz greift. Dies ist ein Mangel, den Venkatapuram auch in verschiedenen anderen Theorien zu finden meint. Er selbst ist der Meinung, dass sich die Gesundheit eines Menschen nicht alleine aus einer statistischen Einteilung biologischer Prozesse in gesund vs. krank ergibt, sondern dass viele verschiedene Aspekte bedacht werden müssen, um Gesundheit zu bewerten. Ein Mensch sollte nach Venkatapurams Meinung gesund sein können, obwohl er Krankheiten und Abweichungen von statistischen Normalfunktionen aufweist (Venkatapuram 2011, 56).

Boorse geht in seinem *Second Rebuttal On Health* auf diesen Punkt ein. Er ist der Ansicht, Venkatapuram habe ihm unterstellt, er betrachte Zustände von Gesundheit und Krankheit nicht differenziert genug. Dies sei mit seiner Zweiteilung, die er für grundsätzlich sinnvoll halte, aber sehr wohl möglich. So könnten Individuen verschiedene Arten von Funktionsbeeinträchtigungen erleiden, diese könnten unterschiedlich stark ausgeprägt sein, und all dies gelte auch für ganze Populationen. Differenzierung innerhalb des Gesunden und innerhalb des Kranken sei auf diese Weise möglich (Boorse 2014, 710).

Betrachtet man Venkatapurams Kritik genauer, so bezieht sie sich eigentlich nicht direkt auf die binäre Einteilung in Gesundheit und Krankheit. Zumindest erörtert Venkatapuram nicht weiter, warum diese Zweiteilung an sich ein Problem darstellen könnte. Venkatapurams Hauptkritik ist in diesem Fall eine andere. Er findet, dass Gesundheit die Bewertung vieler Teilaspekte menschlichen Lebens sein sollte, und dass körperliche Beeinträchtigungen nur Teilaspekte dieser Bewertung sein können. An dieser Stelle ist nicht ganz klar, auf welche anderen Aspekte Venkatapuram hinaus möchte, wenn er sagt „Gesundheit müsse keine Ja-Nein-Frage sein, sondern könne eine Einschätzung verschiedener Aspekte sein“ (Venkatapuram 2011, 56). Liest man seine eigene Theorie und betrachtet die verschiedenen von ihm dargestellten Einflussfaktoren auf die Gesundheit von Menschen, so möchte Venkatapuram vermutlich zumindest sagen, dass *biologische* Funktionsleistungen alleine ein Konzept wie Gesundheit nicht ausreichend beschreiben können.

Venkatapurams letzter Kritikpunkt stellt in Frage, dass Reproduktion und Überleben angemessene Endpunkte oder Ziele von Gesundheit seien. Es könnten sowohl die beiden Ziele an sich in Frage gestellt werden, als auch kritisiert werden, dass es Situationen gebe, in denen das eine das andere ausschließe (Venkatapuram 2011, 55). So fragt Venkatapuram, ob ältere Frauen allein aufgrund ihrer Menopause nicht mehr als gesund gelten könnten, da sie nicht mehr zur Reproduktion geeignet seien. Er nennt außerdem das Beispiel einer Mutter, die unter Geburt verstirbt. Es ist aus seiner Sicht unklar, ob dies nun ein gesunder oder ein ungesunder Zustand sei, da die Mutter ja reproduziere, aber eben zugleich nicht überlebe. Boorses Vorstellung des „elterlichen Opfers der Reproduktion“ findet Venkatapuram unangemessen. Er hält es für falsch das Versterben im Kindbett als nicht krankhaft zu bezeichnen. (Venkatapuram 2011, 56)

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)

Unabhängig von der Stichhaltigkeit des betrachteten Beispiels, lässt sich jedoch festhalten, dass Boorse Überleben und Reproduktion sehr wohl als die maßgeblichen Ziele physiologischer Funktionsleistung betrachtet, und somit Gesundheit auf diese Ziele hin auslegt. Venkatapuram hingegen hält diese zwei Ziele allein nicht für ausreichend um Gesundheit zu definieren. Betrachtet man das Konzept der Capability, und Venkatapuram konstruiert Gesundheit als solche, so muss festgehalten werden, dass Capabilities einen besonderen Wert für Menschen darstellen, als Mittel und auch als Zweck an sich (Venkatapuram 2011, 161–62). Gesundheit als Meta-Capability ist in *Health Justice* keineswegs ein wertfreies Konzept.

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).

Venkatapurams Ansicht nach führt eine Theorie immer moralische Wertungen ein, indem Zustände als normal bezeichnet werden, die durch den Menschen beeinflusst sind (Venkatapuram 2011, 54). Gerade in Bezug auf geistige Gesundheit hält Venkatapuram die Verknüpfung von durchschnittlicher Funktion und Gesundheit für besonders angreifbar. (Venkatapuram 2011, 47/48) ist anzunehmen, dass „normal“ für ihn den Charakter von „in Ordnung“ in sich trägt. Bezeichnet man einen Zustand als normal, erkennt man diesen Zustand als „in Ordnung“ an und mit ihm alle menschlichen Handlungen, die dorthin geführt haben. Diese Vorstellung aber widerspricht Boorse Vorstellung von Normalität, da dieser Normalität explizit nicht als normatives, sondern als statistisches und somit wertfreies, Konzept versteht (Boorse 2012, 97). Einig sind sich Venkatapuram und Boorse über die Verwendung des Begriffs des Natürlichen. Dieses Natürliche sei ungeeignet zur Beurteilung von Umweltbedingungen. Boorse merkt dazu an, dass für ihn nichts davon abhängt, eine Situation als „natürlich“ zu bezeichnen. (Boorse 2014, 709) Venkatapuram ist der Ansicht, dass es ursprüngliche vom Menschen unbeeinflusste und somit natürliche Lebensbedingungen nicht (mehr) gibt, und dass sie auch gar nicht angestrebt werden sollten (Venkatapuram 2011, 54).

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

1969 geboren, studierte Thomas Schramme Philosophie, Soziologie und Politologie in Frankfurt am Main und Berlin. 1998 promovierte er in Berlin im Fach Philosophie zum psychiatrischen Krankheitsbegriff. Es folgten Anstellungen in Mannheim, Zürich und Swansea. Von 2009 bis 2016 bekleidete er in Hamburg eine Professur für Praktische Philosophie. (Heinrich Böll Stiftung - die grüne politische Stiftung)

Seit 2016 ist Thomas Schramme Professor an der University of Liverpool. Seinen fachlichen Schwerpunkt gibt Schramme im Bereich der Ethik, Politischen Philosophie und der Philosophie der Medizin an. Er befasst sich neben Fragen der Gesundheit und Krankheit im Speziellen besonders mit Fragestellungen zu geistiger Gesundheit, Empathie und Moral. Ein langgehegtes Interesse gilt auch Fragestellungen um das Konzept des Paternalismus und der Freiheit in Bezug auf Gesundheitsentscheidungen. Zudem beschäftigt sich Schramme mit Fragen zur Gerechtigkeit in einem medizinischen Kontext. (University of Liverpool)

##### 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 Unversitet). 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)

Er publizierte 2007 eine Theorie der Gesundheit und 2008 eine Theorie der Ermächtigung („empowerment“). Seine letzten beiden Publikationen seit dem Beitrag zu Venkatapuram im Bioethics-Journal sind "Existential loneliness : An attempt at an analysis of the concept and the phenomenon“ (Bolmsjö, Tengland und Rämgård 2018), sowie „The Characteristics of Local Support Systems, and the Roles of Professionals, in Supporting Families where a Mother has an Intellectual Disability" (Weiber, Eklund und Tengland 2016).

### 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

Henry S. Richardson schloss im Jahr 1981 mit einem Juris Doctor an der Harvard Law School sowie einem Master of Public Policy der John F. Kennedy School of Government sein Studium ab. Er absolvierte seinen PhD in Philosophie an der Harvard University 1986. Henry S, Richardson ist seit 2014 Professor für Philosophie an der Georgetown University in Washington D.C.. Seine Forschungsschwerpunkte liegen im Bereich der

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

Nach einem Doppelstudium der Medizin, der Soziologie und der Philosophie in Münster, York und London promoviert Alena Buyx 2005 in Münster. Nach verschiedenen Tätigkeiten in Münster, Harvard, London und Kiel ist Alena Buyx seit 2018 Direktorin des Instituts für Geschichte und Ethik der Medizin sowie Professorin für Ethik der Medizin und Gesundheitstechnologien in München. Sie ist Mitglied des deutschen Ethikrats, für den sie sich insbesondere mit Medizinethik, Forschungsethik und Public-Health Ethik befasst. (Deutscher Ethikrat)

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-Professorin 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

Nach einem Studium der Philosophie, des Faches Deutsch und der Erziehungswissenschaften in Paderborn und Münster, promovierte er 2010 in Münster zum Thema „Zwischen Einmischung und Nothilfe – Das Problem der humanitären Intervention“ aus ideengeschichtlicher Perspektive“. Nach verschiedenen Anstellungen in Münster ist Dr. Sebastian Laukötter seit 2015 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Philosophischen Seminar der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf. (Heinrich Heine Universität Düsseldorf)

Für seine Dissertationsschrift erhielt Laukötter den „Poertgen-Herder-Dissertationspreis“. Er setzt im Rahmen dieser Arbeit mit der Frage nach der Rechtfertigung humanitärer militärischer Interventionen auseinander und kommt zu dem Schluss, dass in Ausnahmefällen der Schutz von Menschenrechten stärker gewichtet werden kann, als der Schutz staatlicher Souveränität. Laukötters Forschungsschwerpunkte liegen in der Ethik, insbesondere Medizin- und Bioethik, und der politische Philosophie mit einem Fokus auf Fragen internationaler Gerechtigkeit und der Menschenrechte. (WWU Münster)

### 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)

Mit diesen Worten beendet Thomas Schramme seine 7-seitige Kritik zu Venkatapurams Gesundheitsdefinition. Venkatapuram begeht seiner Meinung nach genau diesen Fehler, indem er Gesundheit als die Möglichkeit, ein minimal angemessenes Leben zu führen, definiert. Denn laut Schramme ist Gesundheit das nicht. (Schramme 2016, 24) Schramme erscheint es fraglich, dass die Beilegung von Wertkonflikten zwischen einer naturalistisch verstandenen Gesundheit und anderen Werten, die eigentlich nicht Gesundheit sind, durch Venkatapurams Gesundheitsverständnis gelingend gelöst ist. Es könne nicht verlangt werden, dass eine neue Art von Gesundheit im selben Maße wertgeschätzt wird, wie es die ursprüngliche Art von Gesundheit wurde. Sie weise neue Eigenschaften auf, und müsse in ihrem Wert erst einmal neu begründet werden. (Schramme 2016, 23) Venkatapuram habe die statistische Korrelation zwischen Gesundheit und sozialen Einflüssen in eine konzeptionelle Verknüpfung von Gesundheit und sozialem Einfluss uminterpretiert. Zwar führten soziale Einflüsse oft zu einer Veränderung der Gesundheit von Menschen. Sie *seien* aber nicht diese Gesundheitsänderung, sondern sie stießen sie lediglich an. Zumeist werde die Veränderung des Gesundheitszustands anhand körperlicher Parameter erhoben. (Schramme 2016, 22)

Vieles, was an weiteren Kritikpunkten im Folgenden abgehandelt wird, ist hiermit eigentlich bereits angesprochen: Gesundheit wird von äußeren Umständen beeinflusst, sie ist nicht dasselbe wie Veränderungen äußerer Umstände. Gesundheit ist etwas Körperliches. Gesundheit wird in der Regel weniger breit verstanden als Venkatapuram sie konstruiert. Warum eine so breite Konzeption wie diejenige in *Health Justice* von besonderem Wert für Menschen sein sollte, wird von Venkatapuram nicht begründet. Die Argumentation für ein gutes Leben, genauso wie die Argumentation für den besonderen Wert von Gesundheit, lässt sich führen, ohne dass man wie in *Health Justice* definieren müsste, dass Gesundheit und ein gutes Leben gleichbedeutend sind.

### 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 Innewohnendes 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 ist der Meinung, dass Menschen im Allgemeinen Gesundheit als die echte praktische Möglichkeit viele verschiedene Dinge zu tun verstehen, und zwar ohne besondere Schmerzen oder sonstige Einschränkungen. (Venkatapuram 2016, 52) Dies ist eine Vorstellung, welcher beispielsweise Richardson grundsätzlich zustimmt. (Richardson 2016, 3) Dennoch zeigt sich keiner der Kritiker mit der Vorstellung, dass externe Einflüsse auf die Gesundheit eines Menschen Teil dieser Gesundheit seien, einverstanden. Viele verbinden diese Kritik mit der Vorstellung, dass Gesundheit etwas sein müsse, das dem Menschen innewohnt und eine körperliche Komponente habe. Venkatapuram vertritt die Breite seiner Theorie jedoch konsequent und spricht sich dafür aus, dass Gesundheit durch lokale oder globale Begebenheiten determiniert sein kann, die jenseits des Einzelnen liegen. Es erscheint ihm möglich, dass in einem Staat, in dem Menschen zu einem großen Teil nicht lesen und schreiben lernen, dieser große Teil der Bevölkerung als in seiner Gesundheit beschnitten bezeichnet werden darf (Venkatapuram 2016, 54).

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

Basis-Capabilities, bestätigt. Für alle weiteren Rechtfertigungen bezüglich Freiheiten und Capabilities verweist er ebenfalls auf Nussbaum und Sen. In der Tat übernimmt Venkatapuram mit Nussbaums normativer Rechtfertigung eine moralische Begründung für den Wert der Basisbefähigungen. Das entscheidende Problem liegt jedoch darin, dass Venkatapuram nicht ausreichend begründet, warum es richtig ist, dieses Konglomerat aus Basis-Capabilities mit Gesundheit gleichzusetzen. In diesem Punkt, so schreibt Venkatapuram selbst, muss er seine Kritiker anerkennen. (Venkatapuram 2016, 53)

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 goals 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 geeignete andere Liste ersetzt werden könne. (ibid.)

Das Problem eines nicht als Gesundheit gerechtfertigten Ersatzes für Nordenfelts Vital Goals ist auf diese Weise jedoch nicht aus dem Weg geräumt. Für jede Art von Liste müsste eigentlich geklärt werden, warum sie Gesundheit beschreibe und nicht etwas anderes.

Ließe Venkatapuram die Wahl für die Liste völlig frei, so wäre seine neue Gesundheitsdefinition noch viel weniger ausformuliert, als Nordenfelts Vital Goals. Tatsächlich hätte Venkatapuram dann in seiner neuen Theorie lediglich gesagt, die Vital Goals müssen durch irgendeine Art von Set von Eigenschaften ersetzt werden.

Da Venkatapuram sich jedoch sehr intensiv mit Nussbaums Liste und dem Capabilities-Approach generell auseinandersetzt und beispielsweise insbesondere stolz darauf ist, den Capabilities-Approach um ein Verständnis von Gesundheit weiterentwickelt zu haben (Venkatapuram 2011, 29), sollte man davon ausgehen, dass er eigentlich Gesundheit als Meta-Capability bestehend aus der Liste an Basis-Capabilities Nussbaums konstruieren möchte und nicht *irgendeine* Gesundheit aufgrund *irgendeiner* Auswahl von Eigenschaften.

Wie sich zeigen wird, hat Venkatapuram Versuche unternommen darzulegen, warum die Inhalte eines guten Lebens, in der Aufzählung nach Nussbaum, Gesundheit sein können. Es sind die unter „2.3.5 – „Social Determinants of Health““ besprochenen Studien, welche dem Leser von *Health Justice* zeigen sollen, wie groß der Einfluss äußerer Faktoren auf Gesundheit ist – und wie groß dabei insbesondere der Anteil sozialer Einflüsse ist. Sozialer Status, der Ort und das Land, in dem man lebt, das eigene Geschlecht verändern die eigene Gesundheit.

### 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.

Michael J. Selgelid erwähnt das Beispiel der Sklaverei, um zu zeigen, dass es Lebensumstände gibt, welche nach Venkatapurams neuer Gesundheitsdefinition zu Gesundheitseinbußen führen, ohne dass man *gemeinhin* davon ausgehen würde, dass es sich um Gesundheitsprobleme handle (Selgelid 2016, 30): Sklaverei, so Selgelid, beschneide die Würde des Sklaven. Niemand außer Venkatapuram würde aber davon ausgehen, so Selgelid, dass Menschen automatisch krank seien, einfach nur durch die Tatsache, dass sie versklavt wurden. Es sei jedoch gut vorstellbar, dass der Zustand des Sklavenseins dazu führe, dass Menschen Krankheiten *entwickelten*. Vorstellbar wären aus Sicht der Verfasserin, Krankheitsentstehung aufgrund mangelnder medizinischer Versorgung, übermäßiger Arbeitsbelastung, oder auch nur aus dem sozialen Stress heraus Sklave zu sein. Der kleine, aber unbedeutende Unterschied liegt für Selgelid darin, dass man normalerweise sagt, dass Sklaverei zu Krankheit *führt*, man sagt nicht, dass Sklaverei bereits Krankheit *ist*.

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

Einflüsse auf Gesundheit deckungsgleich sei, die im Rahmen solcher Forschung gefunden würden. Gesundheit und soziale Begebenheiten wiesen demnach enge statistische Zusammenhänge auf. Allerdings bedeute das nicht, dass diese sozialen Begebenheiten und Gesundheit dasselbe seien. Der Public-Health-Sektor arbeite mit einem Gesundheitsverständnis, welches körperliche organische Funktionen betrachte und außerdem eine Vorstellung von Krankheit beinhalte. Die Zusammenhänge zwischen sozialen Begebenheiten und dem Gesundheitszustand von Menschen würden statistisch ermittelt und möglicherweise anschließend als kausaler Einfluss interpretiert. Soziale Begebenheiten seien aber nicht Gesundheit selbst.

Die beiden Autoren gehen also davon aus, dass Venkatapuram aus einer kausalen – oder möglicherweise lediglich statistischen – Verbindung zwischen Gesundheit und Einflüssen auf Gesundheit eine konzeptuelle Verbindung schaffe. Nussbaums Basis-Capabilities beeinflussen Gesundheit laut Schramme in hohem Maße. Allein aus der Tatsache, dass sie einen Einfluss auf Gesundheit ausüben können, könnte man schließen, dass sie etwas Eigenständiges, von Gesundheit Getrenntes, sein müssen. Die Verwechslung von *Einfluss auf* und *Aspekt von* Gesundheit ist Selgelids und Schrammes Meinung nach die Grundlage dafür, dass Venkatapuram Gesundheit als etwas konzipiert, was es eigentlich nicht ist. Interessanterweise wirkt die von Schramme beschriebene Gesundheit, die angeblich die Public Health-Forschung antreibe, mit der Darstellung der Gesundheitstheorie Boorses verwandt: Sie arbeite laut Schramme mit statistischen Zusammenhängen, einem Krankheitskonzept und der Betrachtung organischer Funktionen (Schramme 2016, 22). Venkatapuram möchte sich eigentlich von einem solchen naturalistischen Gesundheitsverständnis lösen. Schrammes Argumentation dazu lautet, dass diejenigen Forschungsergebnisse auf die sich Venkatapuram derzeit stützt und die seine Theorie untermauern, mit Hilfe eines solchen naturalistischen Gesundheitsverständnisses gefunden wurden.

### 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).

Während Nordenfelts oberstes Ziel das Erreichen von Vital Goals ist (vgl. „2.2.1 - Nordenfelt“), ersetzt Venkatapuram die Vital Goals durch Nussbaums Aufzählung von Basisbefähigungen und nennt diese Aufzählung Gesundheit (Venkatapuram 2011, 64). Diese Gesundheit hat aus seiner Sicht den obersten Wert im Leben eines Menschen und somit auch die oberste Priorität gesellschaftlich gefördert zu werden (Venkatapuram 2011, 71). Er geht davon aus, dass trade-offs zwischen Gesundheit und anderen Werten nur dann gefordert werden kann, wenn Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit gedacht wird. Seine (viel umfassendere) Vorstellung von Gesundheit genieße hingegen oberste Priorität in allen Überlegungen zu sozialer Gerechtigkeit (Venkatapuram 2011, 72).

Thomas Schramme spinnt diese Gedanken weiter. Er vermutet, dass es, gerade auch im Kontext globaler Entwicklungshilfe, einfacher sein könnte, politische Maßnahmen mit dem Verweis auf den besonderen Wert von Gesundheit durchzusetzen als unter ihrem eigentlichen Namen. Wenn nun aber viele Dinge im Namen von Gesundheit durchgesetzt würden, die im Alltagsgebrauch des Wortes nicht die Gesundheit von Menschen verbesserten, sondern vielleicht das Wohlbefinden oder den Status der Menschen, so könnte es sein, dass sich der besondere Wert, den Menschen Gesundheit derzeit beimäßen, verwässere (Schramme 2016, 23). Selgelid merkt passend dazu an, dass es, um gerechtere Lebensumstände durchzufechten, eigentlich keine so grundlegende Neudefinition des Gesundheitsbegriffs bräuchte. Ein Modell, das mehr Wert darauf lege, die äußeren Einflüsse einer traditionell verstandene Gesundheit zu beleuchten und zu bewerten, könne diesen Zweck seiner Meinung nach ebenso erfüllen (Selgelid 2016, 30).

#### *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

Aspekte von „Well-Being“ ansprechen und auf den ersten Blick nicht miteinander in Deckung zu bringen sind, wird dieses Kapitel vor allem der Klärung des Verständnisses von „Well-Being“ in *Health Justice* dienen.

Venkatapuram trenne Gesundheit und Wohlbefinden nicht klar genug, schreibt Richardson (Richardson 2016, 1). Die Gleichsetzung von Gesundheit und einem guten Leben, einem Leben in Würde, Lebensqualität oder mit menschlichem Wohlergehen in *Health Justice* ist ein häufiger Kritikpunkt. Das folgende Kapitel knüpft daran an, um genauer nachzuvollziehen und zu klären, wie die Idee des „Well-Being“ von Venkatapuram tatsächlich verstanden wird. Tengland hat den Eindruck, dass „Well-Being“ für Venkatapurams Gesundheitsverständnis gar keine Rolle spiele - zumindest werde sie in *Health Justice* nicht diskutiert (Tengland 2016, 16/17). Er schlägt vor, Wohlbefinden als etwas zu verstehen, das sich in „moods“ and „sensations“ niederschlägt (ibid.) Selgelid (Selgelid 2016, 32) hingegen hat den Eindruck, dass Venkatapuram „Well-Being“ in erster Linie mit der gesundheitsökonomischen Idee von utilitaristischer Präferenzbefriedigung verbindet und sich darum fälschlicherweise von diesem Konzept des „Well-Being“ distanziert. Dies ist etwas, was Selgelid bei Vertretern des Capability Approach generell zu erkennen meint: Als Ziele sozialpolitischen Handelns sollen aus Sicht der Vertreter dieses Ansatzes *Capabilities* anvisiert werden und *nicht das Wohlergehen* der Menschen. Dabei wird aus Selgelids Sicht jedoch ein zu enges und zu negatives Verständnis von „Well-Being“ vorausgesetzt, welches er auch Venkatapuram vorwirft (ibid.).

Im Rahmen der Kritik-Artikel im *Bioethics*-Journal wird einerseits ein subjektives Verständnis von Wohlergehen angesprochen, weil Tengland dieses bei Venkatapuram vermisst. Die Äußerungen Schrammes und Richardsons deuten darauf hin, dass Venkatapurams Gesundheit entweder eine Form von „Well-Being“ ist oder auf eine andere Weise sehr eng mit diesem Begriff zusammenhängt. Selgelid stellt schließlich fest, dass Venkatapuram eigentlich versuche „Well-Being“ aus eigenen Überlegungen komplett heraus zu halten, da er ein verkürztes Verständnis von „Well-Being“ im Sinne von Präferenzbefriedigung habe, und darum stattdessen versuche Befähigungen als Zielpunkt sozialpolitischen Handelns anzuvisieren. Um diesen Widersprüchlichkeiten zu

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

Venkatapuram schreibt, dass das Set aus Basisbefähigungen, welches seine Gesundheit ausmache, in enger Verbindung stehe zu der Frage, wie sich ein Individuum fühle und was es tue (Venkatapuram 2011, 44). Gesundheit steht in enger Verbindung zu Tun und Wohlbefinden des Individuums. Venkatapuram selbst gibt außerdem an, Nussbaums Konzept der Basisbefähigungen als „conception of well-being“ - als eine Konzeption von Wohlbefinden - zu verstehen (Venkatapuram 2016, 53). Da seine eigene Gesundheitsdefinition inhaltlich aus genau denselben Basisbefähigungen besteht wie Nussbaums Konzeption des guten Lebens, liegt die Vermutung nahe, dass auch sein eigenes Konzept eine „conception of well-being“ ist. Selbst Nordenfelt, auf dessen Theorie sich Venkatapuram in der Konzeption seiner eigenen Gesundheitsdefinition ebenfalls stützt, bezeichnet seine eigene Theorie als „welfare theory“ (Nordenfelt 1987, xv). Tatsächlich formuliert Venkatapuram “Nordenfelt’s argument combined with Nussbaum’s reasoning helps to define health as minimal conception of human well-being.” (Venkatapuram 2011, 70)

An anderer Stelle in *Health Justice* liest sich seine Einstellung zu „Well-Being“ jedoch anders: So schreibt Venkatapuram, dass seine „objektive Liste“ von Basisbefähigungen neben dem besonderen Wert geistiger und körperlicher Funktionen den Wert subjektiven Wohlbefindens „anerkenne“ (Venkatapuram 2011, 162). Allerdings sei das Ziel seiner Gesundheitstheorie die Ermöglichung von Befähigungen (ibid.). In der Überleitung zum letzten Abschnitt seines Buches kritisiert er sogar, dass ressourcenorientierte Gesundheitstheorien genauso wie „welfare health entitlements“ bestimmte relevante Aspekte sozialer Gerechtigkeit nicht abdecken könnten. Dies sei der Grund, aus welchem er mit Befähigungen arbeite, statt mit Ressourcen oder „Well-Being“ (Venkatapuram 2011, 168). Wie in *Health Justice* deutlich wird, gibt es Venkatapurams Meinung nach drei Verteilungsmodi von Gerechtigkeit: Es können Wohlergehen, Ressourcen oder Befähigungen gerecht verteilt werden (Venkatapuram 2011, 184). Venkatapuram widmet einen gesamten Abschnitt seines Buchs *Health Justice* der Betrachtung von „Welfare Theories“ (Venkatapuram 2011, 184–89) im Kontext von Gesundheit. Im Rahmen dieses Kapitels versteht er „Well-Being“ allerdings als etwas, was mit Nutzen (“utility“), bestimmten geistigen Zuständen, („pleasure“), Glücklichkeit,

Zufriedenheit oder Verlangen, sowie mit physischem und geistigem Funktionieren in Zusammenhang steht. Diese Theorien hält er aus verschiedenen Gründen nicht für sinnvoll. Er erwähnt beispielsweise Schwierigkeiten in der Ermittlung von Präferenzen oder das Übersehen der Bedürfnisse Einzelner zugunsten der Gesamtheit. Venkatapuram schreibt, dass Gesundheit nicht durch die Güter einer bestimmten Lokalität oder durch das Glücksempfinden eines Menschen am besten beschrieben werde, sondern durch ihre Fähigkeiten zu Schutz, Erhalt und zur Förderung ihrer Existenz (Venkatapuram 2016, 52).

Zuletzt findet sich bei Venkatapuram sogar der Ansatz einer Beschäftigung mit geistigem „Well-Being“. Venkatapuram misst speziell geistigem Wohlbefinden zweierlei Bedeutung zu: Der geistige Zustand einer Person stellt einerseits eine Ressource dar und zugleich einen „locus of „Well-Being“ for that individual“, geistige Zustände seien neben anderem zu betrachten, wenn man ermitteln möchte, wie gut es einem Menschen gehe (Venkatapuram 2011, 161). „Moods“ und „sensations“, wie Tengel sie anspricht, sind für Venkatapuram also Teil des menschlichen Wohlergehens; sie sind aber nicht alleine ausschlaggebend für die Frage, ob es einem Menschen gut geht oder nicht.

Die *Stanford Encyclopedia* beschreibt drei Arten von „Well-Being“ (Crisp [2001]): Hedonismus, „Desire Theories“ sowie „Objective List Theories“. Hedonistisches Wohlbefinden macht sich am individuell empfundenen Wohlbefinden fest. „Desire“-Theorien verstehen „Well-Being“ als etwas, das durch die Befriedigung von Bedürfnissen entsteht. Präferenzbefriedigung ist ein wichtiges Stichwort in diesem Kontext; das ökonomische Denken unserer Zeit wird, laut Roger Crisp, stark von diesem Verständnis geprägt. Die sogenannten „Objective List“-Theorien definieren hingegen eine objektiv festgelegte Auswahl von Ressourcen und Tätigkeiten, die „Well-Being“ schaffen. Diese Listen enthalten in der Regel nicht nur Wohlgefühl im Sinne des Hedonismus oder zu befriedigende Präferenzen im Sinne der „Desire“-Theorien, sondern oft beides. (Crisp [2001])

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“-Theorien abgrenzt.

In der Betrachtung geistigen Wohlbefindens kommt ein hedonistisches Verständnis von „Well-Being“ zum Einsatz; allerdings nur als Teilaspekt 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.

Venkatapuram setzt Gesundheit in *Health Justice* mit einer objektiven Liste von „Well-Being“, nämlich mit Nussbaums Liste der Basis-Capabilities, gleich. Dieses Verständnis steht einem Verständnis von „Well-Being“ als Präferenzbefriedigung im Sinne der Vertreter einer „Desire“-Theorie gegenüber, von welchem sich Venkatapuram versucht abzugrenzen.

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.

„Welfarist Approaches“ sind laut Crisps Ansätze, die darauf zielen, dass jede moralische Rechtfertigung ausschließlich anhand des Konzepts des „Well-Being“ gestellt werden kann. Nur über Schaffung oder Verringerung von „Well-Being“ werden Handlungen moralisch bewertet. Die Überlegung, die Schrammes Aussage zugrunde liegt, kann nur sein, dass ein Ansatz, der Gesundheit als „Well-Being“ versteht und diese Gesundheit als Wert so stark macht, dass keine anderen Werte neben ihm von Relevanz sein können (vgl. 3.2.2.3 – „Gesundheit und ihr Verhältnis zu anderen Werten“) automatisch sagt, Handlungen können wertend nur in ihrer Auswirkung auf das „Well-Being“ eines Menschen betrachtet werden.

### 3.2.2.5. Venkatapuram und das Alltagsverständnis von Gesundheit

Per Anders Tengland wie auch Michael J. Selgelid sprechen die Frage an, inwieweit eine Neudefinition eines Begriffs einem präexistenten Alltagsverständnis desselben Begriffs widersprechen darf. Tengland nennt 6 Kriterien (vgl. 4.2.2 – „Tenglands Qualitätskriterien für Gesundheitsdefinitionen“), anhand derer er Gesundheitsdefinitionen bewertet sehen möchte. Eines davon ist das Sprachkriterium. Es besagt, dass die Begrifflichkeiten, die in einer Gesundheitsdefinition verwendet werden, inhaltlich so besetzt werden sollten, dass sie möglichst genau dem entsprechen, was sowohl in der Alltags-, als auch in der Fachsprache, mit denselben Begriffen ausgedrückt wird. (Tengland 2016, 9) Tengland sieht dieses Kriterium in Venkatapurams Gesundheitsdefinition in zweifacher Hinsicht nicht erfüllt: Zum einen findet er es kontraintuitiv Gesundheit auf einem „second-order-level“ zu verorten. (Tengland 2016, 10) Außerdem, so Tengland, bezeichne man Umweltveränderungen gemeinhin nicht als Änderungen des Gesundheitszustandes (Tengland 2016, 15).

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 (Strähle 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

Menschen möglicherweise mit Informationen zur eigenen Erkrankung weniger geholfen sein könnte als mit dieser Basis-Capability. Wenn Strähle dann schreibt, dass „Gesundheit nicht [das einzige] ist, was uns definiert“ (Straehle 2016, 40), dann ist davon auszugehen, dass sie von einer Gesundheit spricht, welche körperlicher oder funktionaler, aber auf jeden Fall enger gefasst zu verstehen ist, als diejenige Gesundheit, die Venkatapuram in *Health Justice* entwickelt. Dies lässt sich daran erkennen, da Venkatapurams Gesundheit im Grunde aus Nussbaums Basis-Capabilities besteht. Wenngleich Strähles Argumentation zu Verletzlichkeit und der Entwicklung von Verpflichtungen und Ansprüchen auf einen Wert wie Gesundheit interessant und thematisch passend sind, ist davon auszugehen, dass sie am Ende ihrer Abhandlung immer noch mit einem eher klassischen Verständnis von Gesundheit argumentiert und Venkatapurams Neuerungen nicht richtig integriert. Diese Beobachtung unterstützt oben behandelte Kritiken, welche Venkatapurams Verständnis von Gesundheit als kontraintuitiv und als dem allgemeinen Sprachgebrauch nicht angemessen empfinden. Ähnliche Verwechslungen finden sich in mehr oder minder schwerer Ausprägung auch bei anderen Autoren (Selgelid 2016, 28).

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

Neben der Überlegung, dass Venkatapuram zu viele *äußere* Einflüsse auf Gesundheit als Teil von Gesundheit konzipiere, findet sich die Kritik, dass zugleich die dem Menschen *innerlichen* Aspekte von Gesundheit in *Health Justice* nicht ausreichend bedacht werden. Gesundheit wird verschiedentlich als insbesondere körperliches Phänomen verstanden.

Henry S. Richardson ist der Meinung, dass die Gesundheitsdefinition in *Health Justice* zu wenig Wert auf die Körperlichkeit des Menschen und auf die körperlichen Aspekte von Gesundheit lege. Er ist der Ansicht, dass alle Basisbefähigungen 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.

Per-Anders Tengland formuliert diese Vorstellung folgendermaßen: Ganzheitliche Theorien vom guten Leben betrachten seiner Ansicht nach stets einen Zustand in der Gegenwart, um zu bewerten, wie es einem Menschen jetzt gerade unter verschiedensten vielfältigsten Einflüssen gehe. Tengland bezeichnet diesen aktuellen Zustand als „manifest health“. Ihm gegenüber stünden jedoch „tiefere“ anatomische, physiologische und psychologische Begebenheiten, die ebenfalls einen Teil von Gesundheit ausmachten und in jede vollständige Gesundheitstheorie integriert werden sollten. Tengland nennt sie „fundamental health“. (Tengland 2016, 9/10) Im Laufe seines Artikels arbeitet er heraus, dass Gesundheit eigentlich auf einem „first-order-level“ angesiedelt werden müsste. Diese Gesundheit sei ein Teil aller Basisbefähigungen. (Tengland 2016, 18)

Michael J. Selgelid ist ebenfalls davon überzeugt, dass ein Verständnis von Gesundheit als Funktionalität - er spricht von „good (biological) functioning of an organism [...]“ - gut zu handhaben sei, und dass ein solches Verständnis dem allgemeinen Verständnis von Gesundheit entgegenkäme. Ein funktionelles Verständnis von Gesundheit könne äußere Einflüsse gesellschaftlicher und physikalischer Art

mitbedenken. Es sei darum nicht notwendig, Umweltbedingungen zu einem Teil von Gesundheit zu machen (Selgelid 2016, 31). Er ist des Weiteren der Meinung, dass Gesundheit in ihrer Definition als Abwesenheit von Krankheit ein erprobtes Konzept für solch ein Vorhaben wäre (Selgelid 2016, 30).

Auch Thomas Schramme verweist darauf, dass Venkatapurams Gesundheitskonzept von der Vorstellung einer medizinisch verstandenen negativen Gesundheit profitieren würde. (Schramme 2016, 24). Thomas Schramme merkt an, dass selbst die Epidemiologen, die sehr viel zu sozialen Einflüssen auf Gesundheit forschten, ein „klassisch medizinisches Verständnis von Gesundheit“ als Bewertungsmaßstab nutzten, um diese Zusammenhänge zu beobachten (Schramme 2016, 22).

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 Boorseschen 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?

Zwei Autoren, Selgelid und Tengland äußern sich zu dieser Fragestellung.

Tengland zieht die Capability ausreichend ernährt zu sein als Beispiel zu Rate: Unterernährung sei ein Zustand, in dem es dem unterernährten Individuum an Gesundheit mangle bzw. in dem dieses Individuum krank sei. Venkatapuram gehe davon aus, dass ein Mensch, der unterernährt ist, nicht krank sei, wenn er eigentlich die Möglichkeit habe ausreichend zu essen, dies aber nur nicht in die Tat umsetze. Das, so Tengland, sei kontraintuitiv, und so folgert er, dass Gesundheit ein „first-order-phenomenon“ sein müsse. Er schlägt vor Gesundheit als „first-order-ability“ zu konzipieren. (Tengland 2016, 13) Per-Anders Tengland ist der Meinung, dass Gesundheit eine „actuality“ – also etwas Ähnliches wie ein „being“ – sein muss und keine Capability sein *kann*, deren Umwandlung in eine Funktion erst noch aussteht.

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 access“ haben müsse, wenn

man davon ausgehen wolle, dass dieser Mensch gesund sei. (Tengland 2016, 14) Die Vorstellung, dass gewisse Kapazitäten zum Erreichen einer Zielsetzung erst erarbeitet werden müssen widerspricht Tenglands Vorstellung von Gesundheit. Gesundheit hat in seinen Augen mit sofort abrufbaren Fähigkeiten zu tun. (Tengland 2016, 13) Diese Vorstellung, sowie Tenglands Aufzählungen, liest sich wie eine Aufzählung oben angesprochener „Beings and Doings“ und somit Functionings.

Venkatapurams Antwort lässt vermuten, dass er Gesundheit – entgegen Tenglands Einwand – sehr wohl als Capability versteht. Er ist der Meinung, Tenglands Kritik zeige nicht eine konzeptuelle Schwäche seines Gesundheitsverständnisses, sondern lediglich die Schwierigkeiten in der *Differenzierung* zwischen einer freiwilligen und einer unfreiwilligen Unterernährung oder eines freiwilligen entgegen eines unfreiwilligen Verzichts auf Capabilities. Er verweist Tengland an Nordenfelt, der die Idee der „second-order-ability“ ausgiebig besprochen habe. (Venkatapuram 2016, 52/53) In Kapitel (2.3.1 – „Capabilities as normative Element“) wurde herausgearbeitet, dass Capabilities für Venkatapurams Konzept ein wichtiges normatives Element sind. Auch folgende Aussage bestätigt dies noch einmal: “ [...] the ‘objective’ list of capabilities [...] targets capabilities.” (Venkatapuram 2011, 162)

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

Schulpflicht folgendermaßen: Von Kindern können bestimmte Arten von Functionings erzwungen werden, weil sie als Vorbereitung auf ein befähigtes Erwachsenenleben notwendig sind. (Nussbaum 2015, 34) Sie schreibt: „Die Regierung sollte es, so glaube ich, den Menschen nicht freistellen, mit Achtung und ohne Demütigung behandelt zu werden.“ (Nussbaum 2015, 34/35) Wie in 2.3 – „Normative Aspekte der Gesundheitstheorie in *Health Justice*“ hergeleitet, ist die Würde eines Menschen immer dann in Gefahr, wenn ein Minimum an Gesundheit – oder anders ausgedrückt ein Minimum der Basisbefähigungen, die ein gutes Leben bedeuten – unterschritten wird. Folgt man Nussbaum, so wäre das definierte Gesundheitsminimum „verpflichtend“. Venkatapuram selbst schreibt, gerade weil er sich mit Gesundheit befasse, lege er besonderen Wert auf das „*embodiment of capabilities*“, die *Verwirklichung* von Befähigungen (Venkatapuram 2011, 130 Kursivierung S.N.). Diese Überlegungen zeigen Venkatapurams besonderen Drang, die Möglichkeit zu Gesundheit in Gesundheit umzusetzen. Daraus folgt jedoch nicht, dass Venkatapuram Gesundheit bereits auf theoretischer Ebene als Functioning konzipieren möchte. Dies ist eine wichtige Differenzierung und es bleibt dabei, dass Venkatapuram Gesundheit als Meta-Capability konzipiert (Venkatapuram 2011, 143).

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

Selgelid schließt eine weitere Frage an diese Debatte an. Er fragt nicht nur, ob Gesundheit besser durch Capabilities oder Functionings beschrieben sei, er fragt zudem, ob geklärt sei, in welchem Verhältnis Capabilities und Functionings *überhaupt* zueinander stehen (Selgelid 2016, 31). Er geht dazu auf eine Aussage Venkatapurams ein, welche dieser tätigt als er ausführt, dass die Meta-Gesundheitsbefähigung seiner Definition ein „cluster-right“ sei. Dieses Cluster-Right zeichne, laut Venkatapuram, insbesondere aus, dass verschiedene Befähigungen eines Menschen sich gegenseitig verstärken oder abschwächen könnten und darum miteinander verknüpft seien. Auch umgesetzte Befähigungen, also Functionings, nähmen dabei Einfluss auf die verschiedenen Befähigungen eines Menschen. Diese Überlegungen in *Health Justice* sollen in erster Linie eine Vorstellung von der Einzigartigkeit jedes einzelnen Befähigungssets geben, sowie von den Wechselwirkungen innerhalb dieses Sets, und von der Schwierigkeit

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-Kreislaufkrankungen 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

besprechen möchte, allerdings anhand dieser Idee darauf verweisen möchte, dass jeder Einzelne ganz individuelle Möglichkeiten habe, um seine Capabilities umzusetzen (Venkatapuram 2011, 162). Selbst wenn man davon ausgeht, dass diese drei Entitäten sich irgendwie – und sei es nur in der Theorie – unterscheiden lassen, so gibt der Autor von *Health Justice* dazu keine genaue Erklärung. Die verschiedenen Aspekte sind „interdependent“ oder „inter-related“ (ibid.). Spätestens für die praktische Umsetzung ergeben sich daraus Probleme. Die Überlegung, dass Capability, Functioning und Agency nicht wirklich zu trennen sind, wiederholt die bereits besprochene Kritik an *Health Justice*, dass Gesundheit und ihre Einflüsse nicht dasselbe sind, aber von Venkatapuram als dasselbe betrachtet werden. Das Problem wird im Zuge dieser Diskussion in die Capabilities-Terminologie übersetzt.

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“ konstruiert (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 dies 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?

Schramme und Selgelid sind der Meinung, dass Venkatapuram einen Fehler begehe, indem er einem Begriff von Krankheit im Rahmen seiner Theorie keinen Platz einräume. Beide sind der Meinung, dass eine Vorstellung dessen, was Krankheit ist, für Venkatapurams Theorie hilfreich sein könnte. (Schramme 2016, 24; Selgelid 2016, 29) Venkatapurams beschreibt, dass Krankheit sehr wohl einen Platz in seiner Theorie habe. Sie könne verstanden werden als Abwesenheit der zweiten Basisbefähigung auf Nussbaums Liste. Diese sei die Abwesenheit der Basisbefähigung bei guter Gesundheit zu sein. (Venkatapuram 2016, 53) In *Health Justice* formuliert Venkatapuram, dass diese zweite Basisbefähigung „biologische Funktionen“ abdecke (Venkatapuram 2011, 168). Krankheit wäre folglich eine Einschränkung biologischer Funktionen. Versteht Venkatapuram die zweite Basis-Capability als das Komplementär zum naturalistischen Verständnis von Krankheit, so ist diese Basis-Capability ein Typus von naturalistischer Gesundheit. Nussbaum nennt sie „Capability of having good health“ (Venkatapuram 2011, 65), was diese Annahme zusätzlich stärkt.

An dieser Stelle noch einmal auf das weiter oben angesprochene Sprachkriterium zur Beurteilung einer Definition eines Begriffs zu schauen (4.2.2 – „Tenglands Qualitätskriterien für Gesundheitsdefinitionen“), führt zu folgender Feststellung: Venkatapuram gibt zwei unterschiedlichen Dingen, nämlich seiner Metabefähigung der Gesundheit *und* seiner Basisbefähigung zu körperlicher und geistiger Unversehrtheit ein und denselben Namen. Beides heißt für ihn „Gesundheit“. Es ist nicht klar, wie die „große“ Gesundheit, die Metabefähigung gesund zu sein, und die „kleine“ Gesundheit, welche eine Art Gesundheit im Sinne naturalistischer Gesundheitskonzepte zu sein scheint, sprachlich korrekt zu trennen sind. Man könnte, wie bereits in der Einleitung für die vorliegende Dissertation angekündigt, von der „Meta-Capability gesund zu sein“ im einen Fall, und von der „Basis-Capability gesund zu sein“ im anderen Fall, sprechen. Dies

ist umständlich und es liegt nahe, dass in der Unterhaltung über Gesundheit selten auf diese zwei Unterscheidungen zurückgegriffen werden möchte. Sobald man aber in beiden Fällen einfach von „Gesundheit“ spricht, was streng genommen nicht falsch wäre, verfehlt Venkatapurams Theorie das Konsistenzkriterium, welches Selgelid anführt. Zwei Aspekten einer Theorie, die nicht dasselbe sind, dieselbe Bezeichnung verleihen, ist inkonsistent.

#### 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?

Selgelid hat einen ähnlichen Gedanken (Selgelid 2016, 28): Er ist der Meinung, dass Venkatapuram durch die Setzung einer Schwelle zwischen der Würde angemessenen Gesundheitszuständen und der Würde nicht mehr angemessenen Lebensumständen eine Zweiteilung vornimmt: Da ein Mensch oberhalb dieser Schwelle als gesund gelte, müsse ein Mensch unterhalb dieser Schwelle krank sein. Selgelid ist der Ansicht es wäre besser, Venkatapuram würde Gesundheit graduell denken. Venkatapuram jedoch scheine der Binarität verhaftet.

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

sich auf Schrammes eigene Abhandlung zum Konzept des „Well-Being“, so lernt man, dass dieses „Well-Being“ eine graduelle Vorstellung sei (Schramme 2017, 160). Da Schramme der Meinung ist, Venkatapuram setze Gesundheit und „Well-Being“ gleich, und diese Dissertation nach der Abhandlung 3.2.2.4 – „Das Verhältnis von „Well-Being“ und Gesundheit“ diese Vorstellung teilt, kann davon ausgegangen werden, dass Gesundheit in *Health Justice* graduell verstanden wird.

Selgelid hält solch eine graduelle Vorstellung von Gesundheit für wünschenswert, findet sie aber in *Health Justice* nicht vertreten. Das ist eigentlich nicht ganz verständlich. Die Möglichkeit einen Schwellenwert zu etablieren, bedeutet, dass irgendeine Menge unterschiedlicher Objekte verschiedener Größen zugrunde liegt. Ordnet man diese unterschiedlichen Größen auf- oder absteigend an, so lässt sich auf einen oder zwischen zwei dieser Werte ein Schwellenwert setzen. Folgendes Zitat aus *Health Justice* unterstützt diese Vorstellung: „Minimal dignity will be commensurate with different levels across each of the ten CHCs.“ (Venkatapuram 2011, 157) Wenn jede einzelne Basis-Capability unterschiedlich groß sein kann, so sollte dies folgerichtig auch für die Meta-Gesundheits-Capability gelten. Von einem derartigen graduellen Gesundheitsverständnis ausgehend lässt sich eine unzählige Anzahl möglicher Gesundheitszustände verschiedener Qualität vorstellen. Irgendeiner dieser Zustände mit einem bestimmten Maß an Einschränkung der Gesamtbefähigung bildet den von Venkatapuram eingeführten Cut-Off-Wert. Dieser Cut-Off, so definiert Venkatapuram, markiert die Grenze eines der Würde angemessen gesunden und eines der Würde nicht mehr angemessen gesunden Lebens. Selgelid versteht nun diese Einteilung so, dass der Bereich unterhalb dieser Schwelle als krank und der Bereich oberhalb der Schwelle als gesund gelten kann. Schramme hingegen versteht die Unterscheidung so, dass Krankheitsaspekte sowohl unterhalb als auch oberhalb der Schwelle zu finden sind. Ganz am oberen Ende ist keinerlei Krankheit mehr vorhanden und der Mensch ist absolut gesund. Schramme versucht nun einen zweiten Grenzwert einzuführen; nämlich einen Gesundheitslevel, der kein weiteres Handeln erfordert, ohne bereits absolute Gesundheit zu sein. Dieser Wert wäre zum Teil individuell bestimmt anhand der subjektiven Bewertung der Erfahrung von Schmerz und Behinderung jedes einzelnen Menschen. Auf diese Weise, so hofft Schramme, könnte die Idee der Krankheit die bislang

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

Auch die Vorstellung, dass Venkatapuram in Anlehnung an Nordenfelt (Venkatapuram 2011, 67) ein Spektrum von Zuständen unterschiedlicher Capability-Sets vor Augen hat, widerspricht dieser Darstellung nicht. Dieses Set repräsentiert ein Spektrum unterschiedlicher Gesundheitszustände, die aber der *Schwere ihrer Einschränkung nach* graduell anzuordnen sind und mit einer Schwelle versehen werden können. Da Venkatapuram als Krankheit nur das Fehlen der zweiten Basisbefähigung anführt, muss dennoch davon ausgegangen werden, dass eine Verminderung der Meta-Gesundheitsbefähigung rein terminologisch von *Health Justice* nicht als Krankheit bezeichnet wird.

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

Thomas Schramme befasst sich in seinem Antwortartikel im „Bioethics“-Journal unter anderem mit der Problematik der Schwellenwerte in Venkatapurams Theorie. Er stellt fest, dass die Gleichsetzung von Gesundheit mit gutem Leben es nahezu unmöglich macht diese Gesundheit gegen andere Werte zurückzustellen. Er argumentiert außerdem, dass es schwer möglich sein wird, in *Health Justice* ein „Genug“ der so verstandenen Gesundheit zu finden. (Schramme 2016, 24) Dadurch, dass aber der genaue Wert der einzelnen Basisbefähigungen und das genaue Mindestmaß, welches von einer jeden dieser Basisbefähigungen verlangt werden sollte, durch jede Gesellschaft erst selbst bestimmt werden muss, wird diese Grenze zusätzlich auch noch verschiebbar (Schramme 2016, 23). Schramme ist überzeugt, „[that] a certain risk of supporting healthism is endemic to this approach.“ (Schramme 2016, 24) Der Begriff des “Healthism” wurde 1980 von Robert Crawford in einem Artikel mit dem Titel “Healthism and the medicalization of everyday life“ (Crawford 1980) erstmals verwendet. Er beschreibt ein übermäßiges Streben nach Gesundheit durch den Einzelnen, welches in den 1970ern laut Crawford politisch angestoßen wurde, um die Verantwortung für ein gutes Leben von der Politik auf die individuelle Ebene abzuschieben (Greenhalgh und Wessely 2004). Der Begriff wird ebenfalls verwendet um eine Form der Diskriminierung zu beschreiben, die

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

Da Venkatapurams Konzept sowohl quantitativ als auch qualitativ unbeschränkt sei, könnte es sinnvoll sein, einen Weg zu finden mit Hilfe einer Vorstellung von Krankheit ein *Genug an Gesundheit* zu ermitteln (Schramme 2016, 42). Derzeit findet Schramme dieses Krankheitskonzept in *Health Justice* nicht. Schmerzen und Behinderungen sind Schrammes Meinung nach Kombinationen aus organischer Dysfunktion und subjektiver Bewertung der Dysfunktion. Dieser wertende Aspekt entscheide darüber, wie erträglich ein Gesundheitszustand sei. Dieses wertende Element sei vor allem relevant, um Menschen mit einem Gesundheitslevel oberhalb der Minimalschwelle zu beurteilen, die aber nicht bei hundertprozentiger Gesundheit seien. (Schramme 2016, 24)

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.

Schramme schlägt dann vor, irgendeine Art negativer Gesundheit zu nutzen, um zu ermitteln, wann Menschen *ausreichend gesund* sind. Es geht ihm dabei nicht darum ein Minimum an Gesundheit festzulegen, wie Venkatapuram dies mit seinem Schwellenwert bereits getan hat. Schramme sucht eine Möglichkeit zu ermitteln, wann Menschen, die sich oberhalb dieses Minimums befinden nicht noch gesünder gemacht werden müssen. Im Extremfall sind für Venkatapuram Verbesserungen der Gesundheit des Menschen solange möglich, bis nur noch Veränderungen denkbar sind, die die Lebensqualität erneut beeinträchtigen würden. Schramme versucht Genügsamkeit in Venkatapurams Vorstellung zu integrieren. Zur Einordnung ist anzumerken, dass Schramme Venkatapurams Gesundheitsdefinition so versteht, dass Gesundheit eine Art von Wohlbefinden ist (3.2.2.4 – „Das Verhältnis von „Well-Being“ und Gesundheit“). Dieses Wohlbefinden wird von Venkatapuram „objektiv“ definiert, indem Maß und Inhalt der Liste – auf der Natur des Menschen fußend – in politischen

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

zusätzlichen Einschränkungen im Kontext realer Begebenheiten unwahrscheinlich erscheinen, dass unbegrenztes Streben nach Gesundheit wirklich umsetzbar wird, weil beispielsweise der Fokus zuerst auf der Unterstützung benachteiligter Teile der Weltbevölkerung liegen sollte. Außerdem sieht Venkatapuram soziale Gerechtigkeit als Teil der Umsetzung des Gesundheitsanspruchs für alle; auch in insgesamt wohlhabenden Gesellschaften. Diese Verpflichtung könnte davor bewahren, dass die Gesundheit einiger Weniger ins Unermessliche gesteigert wird.

### 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:

Es gibt kein einheitliches Verständnis des Konzepts der „Menschenwürde“. Tendenziell sind Autoren damit sehr zurückhaltend; viel mehr als eine einzelne Definition finden sich in mehreren Beiträgen des *Cambridge Handbook of Human Dignity* Aufzählungen verschiedener Arten von Würde. Govert den Hadhog beispielsweise (Hartogh 2014, 201) nennt drei Verwendungen des Begriffs: Er nennt eine Form der Würde, die gebunden an ein Amt oder einen Status ist, den ein Mensch innehat. Eine andere Form der Würde ist seiner Ansicht nach gebunden an das eigene Verhalten. Außerdem existiert die Vorstellung von Würde gebunden an jeden Menschen durch das Menschsein und seine Eigenschaften als Person.

Marcus Düwell nennt in seinem Beitrag fünf verschiedene Wege, um die menschliche Würde zu konzeptualisieren: Würde als etwas, das mit dem Stand einer Person zusammenhängt. Würde gebunden an Pflichterfüllung. Würde gebunden an den

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.

Eine mögliche Konsequenz aus einer solchen Bedeutungsvielfalt kann der Schluss sein, dass dieses Konzept zu viel Verschiedenes auf einmal bedeutet und somit bedeutungslos wird. Selgelid beschreibt die „Würde“ als „schwer greifbaren Begriff“, der wenig dazu beiträgt, ein Konzept – im Fall von *Health Justice* Venkatapurams Vorstellung von Gesundheit – näher zu erläutern (Selgelid 2016, 27). In besonderem Maße geprägt ist diese Vorstellung von Ruth Macklin. Sie schreibt: „Dignity is a useless concept [...] it can be eliminated without any loss of content.“ (Macklin 2003)

Selgelid geht des Weiteren darauf ein, dass aus verschiedenen Bedeutungsformen von Würde Missverständnisse entstehen können. Er bezieht sich dabei auf den Schwellenwert zwischen ausreichend gesund und nicht mehr ausreichend gesund, den Venkatapuram dergestalt an das Konzept der Würde knüpft, dass ein Leben unterhalb dieses Schwellenwerts nicht genug positiven Charakter aufweist, um der Würde des Menschen angemessen zu sein. So kann es kritisch sein zu behaupten, ein Mensch habe einen nicht menschenwürdigen Gesundheitszustand, wenn dabei nicht beachtet werde, dass diese Aussage sich auf eine Form der Würde bezieht, die er „achievement-dignity“ nennt und die an die functionings von Menschen geknüpft ist. Diese Bedeutung von Würde könnte leicht mit der „status-dignity“ verwechselt werden, die ein Mensch aufgrund seines Menschseins habe. Über „status-dignity“ verfügt ein Mensch laut Selgelid immer, solange er den Status Mensch innehat. „Achievement-dignity“ hingegen sei ein Konzept, das Aussagen darüber mache, ob das Sein und Tun des Menschen seiner Würde entspricht. In Nussbaums Sprache habe ein Mensch dann „achievement-dignity“, wenn seine Basisbefähigungen in ausreichendem Maße entwickelt werden. Selgelid schließt aus der Unterscheidung, dass Schwerkranke „status-dignity“ hätten ohne „achievement-dignity“ zu besitzen. (Selgelid 2016, 27)

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)

Manfred Baldus, Autor des Werks „Kämpfe um die Menschenwürde – Die Debatte seit 1949“ bezeichnet die Würde des Menschen als die „Norm aller Normen“ und als eine „Norm der Superlative“. (Baldus 2016, 11) Trotz ihrer besonderen Bedeutung und trotz der Tatsache, dass sie als normative Grundlage für vielerlei verschiedenartige moralische Überlegungen herangezogen wird, ist diese Norm bis heute inhaltlich nicht bestimmt. Der Autor gelangt zu seiner Feststellung, indem er den Begriff der „Würde“ von seiner Aufnahme in den Artikel 1 des Grundgesetzes in Deutschland 1949 beginnend bis ins Jahr 2016 nachverfolgt. Er kommt zu der Erkenntnis, dass sich eine Vielzahl, teils nicht miteinander vereinbarende Theorien über den Inhalt dieser Würde, entwickelt haben (Baldus 2016, 247). Seiner Ansicht nach war das Konzept der „Würde des Menschen“ anfänglich positiv und offen genug formuliert, um allgemeine Anerkennung zu finden. Diese Offenheit des Begriffs ist seiner Meinung nach aber gleichzeitig die Erklärung für die Vielzahl verschiedener Vorstellungen über ihren Inhalt. Er bezeichnet „Würde“ als „Rezeptionsnorm“ (Baldus 2016, 251), zu deren Ausformulierung ganz verschiedene Traditionen und Vorstellungen herangezogen wurden. Baldus nennt in diesem Zusammenhang die Würdekonzepktion der Antike, jene des Christentums, die humanistisch-freiheitsphilosophische Tradition, den Sozialismus, jüngere Sozialtheorien oder Anthropologien.

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 angeraten. Die

Autoren entwickeln die These, dass aus der normativen Begründung von Venkatapurams Gesundheitskonzept durch die Menschenwürde lediglich ein humanitärer Anspruch abgeleitet werden kann. Aus Venkatapurams Überlegungen zu der gesellschaftlichen Einflussnahme auf Gesundheit könne jedoch ein juristischer Anspruch begründet werden. Dies hat damit zu tun, dass für einen juristischen Anspruch Verantwortliche, Schuldhaftigkeit, konkrete Bezüge zwischen Haltern von Ansprüchen und Haltern von Verpflichtungen betrachtet werden müssen. Weitere Überlegungen zu der Gestaltung eines Rechts auf Gesundheit sind eine Aufgabe für die Zukunft. (Kollar, Laukötter und Buyx 2016)

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

politischen und juristischen Raum zu Hause ist. So findet er sich in verschiedenen Gesetzes- und Verfassungstexten. Zum ersten Mal wurde er verwendet in der Charta der Vereinten Nationen 1945 (Knoepffler und Haniel 2000, 228) . Dies beweist, dass trotz seiner westlichen Tradition der Begriff der „Würde“ in neuerer Zeit auf globaler Ebene zu Hause ist. Dies wiederum spricht dafür, dass ein globaler Konsensus auf dieser Grundlage möglich sein könnte; anders als Kollar et al. dies annehmen.

Die Frage, ob Venkatapurams Gesundheitskonzeption in der Weltpolitik verwendet werden wird oder nicht, wird die vorliegende Arbeit nicht beantworten können. Genausowenig wird sie vorhersagen können, in welchem Zusammenhang Erfolg und Misserfolg der Theorie zu der Herleitung seines Gesundheitsanspruchs auf Grundlage der Menschenwürde stehen. Aus politischer Sicht könnte dies jedoch ein kluger Schachzug sein. Nichtsdestotrotz scheint es aus theoretischer Sicht problematisch zu sein eine derart vieldeutige Norm als Grundlage eines Konzepts zu nutzen – und dies ohne selbst genau auszuformulieren, was darunter aus Sicht des Konstrukteurs der Gesundheitstheorie genau zu verstehen ist.

### 3.2.2.13. *Speziesismus*

Michael J. Selgelid bringt eine weitere Kritik an, die untersucht werden muss unter Bezugnahme auf das von Venkatapuram vertretene Verständnis von Würde. Selgelid stellt fest, dass sich Venkatapurams Gesundheitsdefinition, und somit der aus ihr folgende Anspruch auf Beförderung dieser Gesundheit, lediglich auf Menschen beziehe. Ein solches Vorgehen hält er für speziesistisch. Er wirft zudem die Frage auf, auf welcher Grundlage Venkatapuram „Menschsein“ definiert. Die Zuordnung zur menschlichen Spezies aufgrund kognitiver Leistungsfähigkeit ist aus seiner Sicht nicht haltbar, da mit dieser Bestimmung auch andere sehr intelligente Lebewesen wie Delfine und Affen zur Menschheit gehören müssten. Er vermutet darum, dass für Venkatapuram die Zuordnung zur menschlichen Spezies über eine menschentypische DNA geschieht. (Selgelid 2016, 32)

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]).

An dieser Stelle sei noch einmal darauf verwiesen, dass Martha Nussbaum versucht, ihre Liste an Basis-Capabilities über die Argumentation einer Würde, die auch Tiere umfasst, für den Tierschutz zugänglich zu machen. Sie nimmt an, dass ein Set aus Basisbefähigungen, welches in ihrem Arbeiten das gute Leben repräsentiert und für Venkatapuram Gesundheit, auch für andere „Gattungen“ (Nussbaum 2015, 160), aufgestellt werden kann. Dies wäre also eine Möglichkeit, auch andere Spezies in Capability-basierte normative Überlegungen zu Fragen der Gesundheit miteinzubinden. Venkatapuram äußert sich selbst nicht spezifisch zur Frage nach der Gesundheit von Tieren und auch nicht zur Frage der Würde von Tieren. Er erfüllt aus diesem Blickwinkel Gruens und Dunayers Definitionen eines Speziesisten, welche einen Schwerpunkt auf das Ignorieren der Belange von nichtmenschlichem Leben legen. Gleichzeitig findet sich in der Liste der Basis-Capabilities eine Capability, die den Titel „Andere Gattungen“ trägt, und die Befähigung formuliert, „in Rücksicht auf Tiere, Pflanzen und Natur und in Beziehung mit diesen zu leben.“ (Nussbaum 2015, 42) Ob diese Rücksicht moralischer Art ist, und inwieweit die so geforderte Rücksichtnahme Tiere und Menschen gleichstellt, hängt davon ab, wie die Konkretisierung von Venkatapurams Gesundheit genau aussieht. Die Frage, ob Venkatapuram Speziesist ist oder nicht, kann in dieser Arbeit nicht abschließend geklärt werden. Da er, wenn er über die wichtige moralische Grundlage seiner Theorie, die Würde, spricht, stets über die Menschenwürde spricht und niemals über Tierwürde oder Pflanzenwürde, lässt sich allerdings vermuten, dass er aus Sicht der Verfechter entsprechender Positionen als Speziesist wahrgenommen wird.

#### 3.2.2.14. 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 hin 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.

Als erster Schritt kann auf die Vorstellung von Krankheit als der Abwesenheit der zweiten Basis-Capability „bei guter Gesundheit zu sein“ eingegangen werden, welche sich laut Venkatapuram mit biologischen Funktionen befasst: Ist geistige Krankheit eingeschränkte Funktionsleistung? Christopher Boorse ist der Ansicht, dass es möglich

sei, psychische Krankheit von psychischer Gesundheit eindeutig zu trennen. Dies müsse analog geschehen wie die Unterscheidung zwischen körperlicher Gesundheit und körperlicher Krankheit (Boorse 2012, 64). Das bedeutet, dass geistige Krankheit eingeschränkte Funktionsleistung ist. Wenn Venkatapuram die zweite Basis-Capability als eine funktionsbasierte Form von Gesundheit versteht, lässt sich mit Boorse vermuten, dass sich geistige Krankheit in Venkatapurams neuer Theorie als Einschränkung der zweiten Basis-Capability definiert.

Ist dies der einzige Ort für geistige Krankheit in *Health Justice*? Aus der Frage nach der Bedeutung der Minimalschwelle von Gesundheit (vgl. 3.2.2.10) wurde bereits deutlich, dass nicht abschließend geklärt ist, ob Venkatapurams Konzept Capabilities-Verluste oder ein zu wenig an Meta-Gesundheits-Capability ebenfalls als Krankheit betiteln würde. Da er auf die Frage nach Krankheit lediglich auf die zweite Basis-Capability verweist, ist zu vermuten, dass er ein zu wenig an Meta-Gesundheits-Capability *nicht* als Krankheit bezeichnen würde. Für die Überlegungen zu geistiger Gesundheit und Krankheit bedeutet das, dass es einem Individuum zwar an für geistige Gesundheit relevante Capabilities mangeln kann, wie etwa durch einen Verlust von Emotionsfähigkeit. Durch den Verlust solcher Capabilities kann auch die gesamte Meta-Gesundheits-Capability eingeschränkt sein; möglicherweise bis unter den moralisch relevanten Schwellenwert. Ob Venkatapuram dies als geistige Krankheit oder als Capability-Verlust bezeichnet, bleibt unklar. Sicher ist, es gibt ein Phänomen der Einschränkung geistiger Gesundheit. Es muss aber angenommen werden, dass dieses im Rahmen von *Health Justice* nicht als Krankheit bezeichnet wird.

### 3.2.3. „Limitations“ –Grenzen

Venkatapuram spricht im letzten Abschnitt seines Buchs mit dem Titel „Limitations“ von Ungeklärtheiten bezüglich „aggregation and feasibility“ (Venkatapuram 2011, 236) sowie von Unklarheiten über die Rolle, die „luck“, „responsibility and accountability“ und „causation“ (Venkatapuram 2011, 238) für seine neue Gesundheitstheorie spielen werden. Die folgenden Abschnitte werden noch ausstehende Kritiken der zeitgenössischen Debatte, sowie von Venkatapuram selbst angesprochene Problempunkte aufgreifen und einordnen.

### 3.2.3.1. „Feasibility“ - Umsetzbarkeit

Michael Marmot schreibt in der Einleitung zu *Health Justice*, „Ergebnisse zählen.“ (Marmot 2011). Venkatapurams Theorie unterstützt Marmots Ansicht nach das Bestreben in der Realität Verbesserungen hervorzurufen. (ibid.)

Auch Robeyns schreibt über die Vertreter des Capability Approach, dass sie einen starken Antrieb hätten, Ergebnisse gesellschaftlicher Entwicklungen zu fokussieren und dabei nicht nur auf die Mittel zum Erreichen eines Ziels zu achten, sondern auch auf Ergebnisse wertzulegen (Robeyns [2011]). Warum stellt ausgerechnet dieser wichtige Aspekt, die Umsetzbarkeit seiner Theorie in reales Handeln, ein Problem der neuen Gesundheitstheorie Venkatapurams dar?

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 genauen 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.

Ebenfalls nur wenige Handlungsanweisungen bietet Venkatapuram für einen Typus Situation, der im Gesundheitswesen allerdings nach Meinung einiger Autoren allgegenwärtig sei: Für gesundheitsrelevante Entscheidungen unter Ressourcenknappheit (Kollar, Laukötter und Buyx 2016, 45).

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 verwies darauf, dass die allgemeinen Zustände verbessert werden müssen. (vgl. 2.2.2 – „Capability Approach und Entitlement Analysis“)

Abwägungen unter Ressourcenknappheit in einer Gesellschaft, in der alle Menschen ein erfülltes Gesundheitsminimum aufweisen, sollten tendenziell eine gewisse soziale Gleichheit anstreben (Venkatapuram 2011, 152). Dieser Anspruch wird von Venkatapuram als Absicherung dazu verstanden, dass nicht doch wieder Einzelne so benachteiligt werden, dass sie unter das Gesundheitsminimum rutschen.

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”

Selgelid fragt nach der Rolle von Zufällen im Rahmen von Venkatapurams neuer Gesundheitstheorie (Selgelid 2016, 32). Er findet nicht, dass Venkatapurams Theorie einen gelungenen Umgang gefunden hätte, mit Personen, die sich beispielsweise unglücklich und ohne eigenes Verschulden infizierten. Selgelid fragt sich sogar, ob es Venkatapurams Ansicht nach überhaupt so etwas wie Unglück gibt. Dabei verweist er auch auf Venkatapurams Vorstellung, dass in Fällen unheilbarer Krankheit ein Recht auf Beforschung dieser Krankheiten mit dem Ziel von Behandlungsmöglichkeiten existiere. (Selgelid 2016, 32)

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

ausgeht, dass das Zusammenspiel von Individuum, sozialem Umfeld und sonstigen Einflüssen theoretisch soweit durchdrungen werden kann, dass es keine zufälligen Gesundheitsstatus mehr gibt. Ein Unglück wie eine Infektion hätte dann nichts mit Schicksal zu tun, sondern mit Informationsmangel, beispielsweise einem Mangel an Information zu Behandlungsverfahren, zu Infektiosität oder zum Infektionsschutz. Sowohl Venkatapurams Überlegung, dass es eine moralische Verpflichtung gebe, an unheilbaren Krankheiten zu forschen (Venkatapuram 2011, 159–60), als auch seine Überlegungen zu der Umweltbedingtheit der Gesundheit Einzelner (Venkatapuram 2011, 196), deuten darauf hin, dass Selgelid mit seiner Kritik Recht behalten könnte.

Eine gegenteilige Vorstellung findet sich bei Christine Strähle (Strähle 2016, 37–39): Sie spricht im Zusammenhang von Zufällen über „background conditions of vulnerability“. Diese „background conditions“ stehen im Gegensatz zu einer „circumstantial vulnerability“. Während die „circumstantial vulnerability“ einen Anspruch auf Hilfeleistung im weitesten Sinne nach sich zieht, stellt die Verletzlichkeit eines Menschen aufgrund von gewissen Hintergrundbedingungen kein moralisches Problem dar. Der Unterschied scheint darin zu liegen, dass in diesem Fall Schuldhaftigkeit vorliegt, und zwar in Form von Schuldhaftigkeit an einem Zustand, der Menschen verletzlicher macht. „Background conditions“ sind hingegen Umstände, die ohne die Schuld irgendjemandes Menschen in ihrer Gesundheit angreifbarer machen. Solche Zustände gebe es, beispielsweise bei Säuglingen oder bei Krebserkrankungen einfach nur aufgrund des körperlichen Zustands. (Strähle 2016, 37–39)

Strähle ist im Gegensatz zu Venkatapuram der Meinung, dass es nicht-wünschenswerte Zustände menschlicher Gesundheit gibt, die nicht lösbar sind *und niemandem angelastet werden können* (Strähle 2016, 38). Diese Zustände ließen sich als schicksalhaft – wie im Falle der Krebserkrankung – oder als naturgegeben – wie im Falle des Säuglings – bezeichnen. Aus der Lektüre von *Health Justice* muss vermutet werden, wie auch Selgelid dies vermutet, dass Venkatapuram solche Zustände als Zustände interpretiert, in denen noch nicht genau genug nachvollzogen wurde, wer eigentlich in welcher Verantwortung steht.

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

Eine der Grundannahmen des Capability Approach ist die Vorstellung, dass Menschen, weil sie verschiedene Werte vertreten, verschiedene Konzepte des guten Lebens verwirklichen wollen. Um den vielen verschiedenen Vorstellungen und Bedürfnissen Einzelner gerecht zu werden, spricht der Capability Approach von einer Verpflichtung Chancen oder Handlungsmöglichkeiten zu eröffnen. Der Capability Approach möchte keine Functionings erzwingen, er möchte aber jedem Menschen Möglichkeiten zu Functionings geben. Diese besondere Wertschätzung persönlicher Entscheidungsfreiheiten wird gerne auch als „liberaler Charakter“ des Capability Approach benannt (Robeyns [2011]).

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“ (Robeyns [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,

so ist die Grundlage dessen eine menschliche Natur, von welcher anzunehmen ist, dass sie als objektiv angesehen wird. Ganz egal ob man diese Annahme teilt oder nicht, ein weiterer Punkt ist nicht zu verneinen: Egal welcher Mensch über seine eigene Gesundheit entscheidet. Solange es sich nicht um Nussbaum oder Venkatapuram selbst handelt, schließt die Entscheidung dieses Einzelnen nicht die Entscheidung über die Inhalte der Liste mit ein. Welche Basis-Capabilities Gesundheit ausmachen ist die Entscheidung Venkatapurams und Nussbaums.

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.

Die Entscheidungsfreiheit des Menschen wird von Venkatapuram zudem in der Entscheidung für oder gegen als gesundheitsrelevant angenommene Capabilities in Frage gestellt. Es ist in Venkatapurams Augen nicht möglich, Gesundheit ohne den gesellschaftlichen Einfluss auf sie zu denken (2.3.5 – „Social Determinants of Health“). Bei Nordenfelt bemängelt Venkatapuram, dass die Entscheidung von Menschen für oder gegen Vital Goals von gesellschaftlichen Vorstellungen geprägt sei (Venkatapuram 2011, 62). Er sieht dies als Problem. Auf seine eigene Gesundheitstheorie wirkt sich dieser Einfluss aber ebenfalls aus. Auch jede gesundheitsrelevante Entscheidung eines Menschen in Venkatapurams Konzept, ist durch die allgegenwärtige „social base“ mitbedingt (Venkatapuram 2011, 4). So ist Venkatapuram grundsätzlich der Meinung, dass Menschen nur sehr schwer für ihre eigene Gesundheit verantwortlich gemacht werden können: Bevor man einem Menschen einen Anspruch auf Unterstützung seiner Meta-Capability entziehe, müsse ermittelt werden, über welche Capabilities er tatsächlich verfüge und welche genetischen, sozialen und anderen Faktoren auf ihn und seine Gesundheit einwirkten. Zusätzlich sei dann noch auf „process issues“, sprich auf die Umsetzungsmöglichkeiten der Capabilities zu achten (Venkatapuram 2011, 22). Er geht davon aus, dass das detaillierte Nachvollziehen von Kausalzusammenhängen in aller Regel negativ wie positiv Verantwortliche für die Unterstützung der Gesundheitsbefähigung eines Menschen ausfindig machen wird (Venkatapuram 2011, 232). An verschiedenen Stellen spricht Venkatapuram von epigenetischen Einflüssen, und von Einflüssen, die über Generationen hinweg wirken. Er spricht davon, dass

Behinderungen Ausdruck eines sozialen Einflusses auf die eigenen Eltern und Großeltern des Betroffenen sein können und er beschreibt, wie soziale Faktoren mitentschieden, wann und wie Paare schwanger würden (Venkatapuram 2011, 196). Auch eine Auseinandersetzung mit Nussbaums Überlegungen zu den Ansprüchen behinderter Menschen erwecken den Eindruck, dass es für Venkatapuram nur einen Mangel an Informationen über Entstehung und Ursache von Krankheiten gibt, aber keine Zufälle: Er unterstellt Nussbaum, dass sie Behinderung als „zufällig entstanden“ oder als „natürlich“ annimmt, weil sie nicht näher auf Entstehungsmechanismen von Behinderung eingeht (Venkatapuram 2011, 151). Die Gesundheit des Menschen ist von unglaublich vielen Faktoren beeinflusst, auf die er teils selbst keinerlei eigene Einflussmöglichkeit besitzt – wie auf die Situation seiner Eltern und Großeltern – sodass ein Mensch nach Venkatapurams Ansatz wohl niemals zu einhundert Prozent für seinen eigenen Gesundheitszustand verantwortlich gemacht werden kann.

Zusätzlich ist Venkatapurams Gesundheit, bestehend aus diesen Basis-Capabilities, das höchste aller Güter (vgl. 3.2.2.3 – „Gesundheit und ihr Verhältnis zu anderen Werten“). Es scheint eigentlich nicht möglich, dass ein Mensch sich gegen ein Minimum an Gesundheit entscheidet. Ganz besonders nicht, weil Venkatapurams Gesundheit alles enthält, was für ein menschliches Leben wünschenswert wäre. Wie kann ein selbstbestimmter Mensch – und als solche möchte ein Vertreter des CA Menschen sehen – sich überhaupt gegen Basis-Capabilities entscheiden? Venkatapuram selbst geht nicht auf die Überlegung ein, Gesundheit besser mit Functionings zu beschreiben als mit Capabilities. Allerdings verweist er auf Nussbaum, die für Kinder und für Menschen, deren Würde gefährdet sei, die Bereitstellung von Capabilities nicht für ausreichend halte. In diesen Fällen fordere Nussbaum die Umsetzung von Functionings. (Venkatapuram 2011, 135) Es scheint allein aufgrund des sehr positiven und sehr allumfassenden Verständnisses von Gesundheit nicht möglich, sich mit gutem Grund gegen diese zu entscheiden, obgleich theoretisch das Konzept der Capability die Entscheidungsfreiheit für oder gegen deren Umsetzung bereits beinhaltet. Der Wert der Selbstbestimmung und der Wert von Gesundheit stehen sich in *Health Justice* gegenüber und es wird nicht geklärt, welchem der beiden Werte Venkatapuram den Vortritt gibt.

Da Schwellenwerte für das Gesundheitsminimum und konkrete Inhalte von Gesundheit in *Health Justice* nicht vorgegeben sind, ist es schwierig zu fragen, welche Folgen ein Verzicht auf eine bestimmte Capability, auf eine bestimmte Auswahl von Capabilities oder auf ein bestimmtes Maß an Capabilities hätte. Folglich ist es auch schwierig herauszufinden, ab welchem Maß von Capabilities Verzicht oder Abwägung zu einem Gesundheitszwang führen könnten. Die folgenden Zeilen reißen darum eine Fragestellung an, welche jedoch in keinsten Weise im Rahmen dieses Kapitels oder dieser Arbeit ausreichend behandelt werden kann. Dennoch scheint die Frage nach dem Suizid und seiner Verortung in Venkatapurams neuartiger Gesundheitstheorie eine relevante Fragestellung, insbesondere wenn man fragt, welche Selbstbestimmung ein Mensch in Bezug auf die Umsetzung seiner Basis-Capabilities nach Venkatapurams Verständnis hat. Es geht solchermaßen formuliert um die Frage nach dem totalen Gesundheitsverzicht: Der Suizidale verzichtet auf jegliche Gesundheit, er entscheidet sich gegen die Umsetzung jeder Capability. Er nutzt dafür seine Selbstbestimmung.

Nussbaum argumentiert, dass Fälle, in denen die Würde eines Menschen verloren geht, 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.

In *Health Justice* finden sich Anweisungen wie diejenigen bei Nussbaum nicht. Es ist davon auszugehen, dass Suizid zulässig ist. Ein weiterer Aspekt aus Kapitel 3.2.2.10 – „Die Bedeutung der Minimalschwelle“ lässt sich anhand des vorliegenden Beispiels einbringen: Ein Absinken unter das Gesundheitsminimum wird von Venkatapuram nicht als „Krankheit“ bezeichnet. Der Suizidale ist also auch nicht „krank“. Geht man von einem sogenannten „Bilanzsuizid“ aus, passt diese Schlussfolgerung.

Der Widerspruch zwischen Wert von Gesundheit und Selbstbestimmung bleibt aber bestehen: Ein Mensch entscheidet sich gegen ein (gutes) Leben bzw. gegen seine Gesundheit. Durch das Konzept der Capability, ist ihm die Freiheit dazu zugesprochen. Durch den besonderen Wert des guten Lebens bzw. der Gesundheit, welche er aufgibt, erscheint es jedoch undenkbar, dass ein Mensch einen solchen Schritt gehen könnte. Der Suizidale entscheidet sich gegen den besonderen Wert von Gesundheit. Solange Venkatapuram nicht dafür argumentiert, dass Gesundheitszustände unter einem

Minimum als „Krankheits“-Zustände bezeichnet werden, verliert der Umgang mit dieser Art (und möglicherweise in der Folge auch anderen Arten von) psychischer Erkrankung ein wertvolles Argument: Das Argument, dass ein Mensch, der sein Leben aufgibt „krank“ sein muss. Der seltsame Widerspruch zwischen einem nicht-ausschlagbaren Wert, hier der Gesundheit, und einer Entscheidung gegen diesen Wert, lässt sich zumindest im klinischen Alltag nur mit äußerem Zwang oder eben mit dem Begriff der „Krankheit“ beschreiben.

Eine ähnliche Konfliktsituation existiert auch in Nordenfelts Theorie: Lilly, die überambitionierte Athletin, ist allein aufgrund ihres Nicht-Glücklichsein-Könnens mit einem ansonsten guten Leben bereits nicht mehr ganz gesund. In 3.1.1 – „Venkatapuram – Nordenfelt“ wurde der Gedanke hergeleitet, dass alleine Nicht-Glücklich-Sein-Können Gesundheitsverlust bedeutet. Dass diese Interpretation möglich ist, zeigt auch Schramme (Schramme und Nordenfelt 2010, 231). „Nicht-Glücklich-sein-Können“ und „Den-Wert-von-Gesundheit-nicht-anerkennen-Können“ sind sich in gewisser Weise ähnlich. Sind sie geistige Krankheit? Aus einem Alltagsverständnis heraus müsste man dafür plädieren. In *Health Justice* und in der vorliegenden Dissertation bleibt die Frage nicht abschließend geklärt. Solange Venkatapuram sich weder dazu entscheidet den Bereich unterhalb des Gesundheitsminimums als „Krankheit“ zu bezeichnen noch dafür Gesundheit aufgrund ihres besonderen Wertes mit einer Art „Realisierungspflicht“ zu versehen, ist Suizid keine Krankheit, sondern eine selbstbestimmte Entscheidung.

#### 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)

Einen Weg Kausalitäten nicht bestimmen zu müssen hat Venkatapuram mit dem Konzept der „interdependency“ oder „interrelatedness“ entwickelt. Die beiden Begriffe stellen ein Wechselverhältnis zwischen verschiedenen Begriffen dar, welches in beide Richtungen wirkt, so dass die verschiedenen Begriffe gar nicht mehr getrennt vorstellbar sind. Es trifft dies sowohl auf das Verhältnis der Würde des Menschen und der Lebensqualität des Menschen zu (Venkatapuram 2011, 147), als auch auf Basis-Capabilities, Functionings, und ihre Einflüsse (Venkatapuram 2011, 162) .

Die jeweiligen Konzepte sind in der Realität, so Venkatapuram, nicht voneinander zu trennen, sie als getrennte Einheiten zu behandeln ist ein theoretisches Vorgehen. Streng genommen ist aufgrund der interdependency von Würde und Lebensqualität/Gesundheit die moralische Begründung dieser Lebensqualität nur ein Teil des Gesamtbilds.

Gleichzeitig begründen die Basis-Capabilities auch die menschliche Würde auf die eine oder andere Art. Die vorliegende Dissertation argumentiert in beiden Fällen, dem Wechselverhältnis von Würde und Gesundheit, wie auch dem nicht zu entwirrenden Verhältnis von Capability, Functioning und Einflüssen, dass gegenseitige Bestärkungen einen zirkulären Verlauf nehmen und dass mit einer Vorstellung von interdependency oder interrelatedness nur sehr schwer im Konkreten agiert werden kann. In welcher Richtung Kausalitäten verlaufen, scheint in solchen Geflechten undurchschaubar.

### 3.2.3.3. *Gesundheit von Gruppen*

Betreibet man Gesundheitsepidemiologie, so fokussiert man mit Hilfe statistischer Methoden gerne auf die Gesundheit von Menschengruppen. Dabei könne es sich um soziale Schichten, Kohorten gewisser anderer Merkmale wie Alter, Geschlecht oder Menschen mit einer bestimmten Grunderkrankung handeln. Es sei nach derzeitigem Verständnis der Sozialwissenschaften völlig selbstverständlich, dass in der Betrachtung von Gesundheit, eine Gruppe von Individuen mehr als nur die Aufsummierung ihrer einzelnen Mitglieder darstelle (Venkatapuram 2011, 203). Diese Erkenntnis werde beispielsweise durch das Verständnis der Verbreitung von Infektionskrankheiten genauso gestützt, wie durch die Darstellung der Auswirkungen sozialer Faktoren auf die

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).

Gleichzeitig ist für Venkatapuram nicht geklärt, wie seine neue Gesundheit mit diesen Gruppen-Phänomenen umgehen sollte. Konkreter ausgedrückt ist ihm unklar, wie sich Gesundheitsmaßnahmen für Gruppen im Rahmen seiner Theorie rechtfertigen lassen: *Health Justice* sowie der ganze *Capability Approach* legen ihren Fokus auf das Individuum. Der normative Anspruch auf bestimmte Befähigungen, hier Nussbaums 10 Basis-Capabilities, beziehe sich auf den einzelnen Menschen, weil er sich aus der Würde dieses einzelnen Menschen ableite und eine solche immer nur der Einzelperson zustehe. Der *Capability Approach* stelle das Individuum als „basic unit of moral concern“ (Venkatapuram 2011, 202) in den Vordergrund seiner Überlegungen. Gruppen werde weder von Venkatapuram noch vom *Capability Approach* generell ein eigener ethischer Status anerkannt. (Venkatapuram 2011, 204–5). Der normative, handlungsanweisende Teil von Venkatapurams Gesundheitskonzept beziehe sich nach Venkatapurams Ansicht somit nur auf die Gesundheit des einzelnen Individuums (Venkatapuram 2011, 206). Wie sollen also Maßnahmen zur Steigerung der Gesamtheit einer Gruppe von Menschen moralisch begründet werden?

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*

gesund zu sein zuspricht. Dies ist eine Idee, der Venkatapuram jedoch, obwohl es seine eigene Idee ist, mit „intuitiver Skepsis“ begegnet. (Venkatapuram 2011, 210) Man könnte außerdem überlegen, Menschen Ansprüche auf die Unterstützung ihrer Capabilities zuzuerkennen, wenn sie „mit hoher Wahrscheinlichkeit“ durch gewisse Gruppenprogramme profitieren werden. Da Individuen in aller Regel verschiedenen Gruppierungen gleichzeitig angehören, führt der zuletzt genannte Vorschlag aus Sicht Venkatapurams aber auf einen „slippery slope“. Es berge die Gefahr einer wahllosen Begründung von allem mit jedem. (Venkatapuram 2011, 208)

Venkatapuram sind verschiedene Szenarien vorstellbar, in denen Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit einer Gruppe von Menschen die Gesundheit Einzelner negativ beeinflussen oder außen vor lassen: Eine Maßnahme, die sich auf Kultur und Praktiken einer Gesellschaft auswirkt, wie beispielsweise die Veränderung von Ernährungsgewohnheiten, werde in der Regel und in der Praxis gerade deshalb so gewählt, weil diese Art der Intervention *aufs Ganze gesehen* effektiv ist. Mehrmals merkt Venkatapuram an, dass die Verbesserung der Gesundheitsbefähigung einer Population ein quasi-utilitaristisches Vorgehen wäre. Man würde dann mit Summen und Aggregationen von Capabilities arbeiten und möglicherweise die Bedürfnisse Einzelner, oftmals besonders verletzlicher Personen, ignorieren. Er sieht darüber hinaus die Gefahr, dass Einzelne nicht nur ignoriert, sondern sogar in ihrer Gesundheit beschnitten werden könnten, wenn ein Gruppeninteresse mit einem Individualinteresse konkurriere und es effizienter erscheine in die Gesundheit der Gruppe zu investieren. (Venkatapuram 2011, 206) Dies dürfe nicht geschehen. So formuliert Venkatapuram wörtlich: „*Obwohl* sich durch Maßnahmen, die die Gesundheit einer Bevölkerung im Ganzen verbessern, *mehr Gesundheit* bzw. Gesundheitsbefähigung schaffen lässt, bedeutet die Verpflichtung jeden Bürger mit demselben Respekt zu behandeln, Schutz, Förderung und Wiederherstellung der Meta-Gesundheits-Capability derjenigen Individuen, die am verletzlichsten oder besonders eingeschränkt sind.“ (Venkatapuram 2011, 212) Venkatapuram geht es in diesem Zusammenhang auch um die Erkenntnis, dass diejenigen Individuen, welche Maßnahmen zur Gesundheitsvorsorge am nötigsten hätten, meist am schwierigsten zu erreichen und am teuersten zu behandeln seien – und dass man sie trotzdem nicht links liegen lassen dürfe (Venkatapuram 2011, 212). Venkatapuram gibt darum die Anweisung, dass durch Eingriffe und Analysen auf Bevölkerungsebene alle Mitglieder

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

Der vorangegangene Abschnitt beschreibt einige der Gefahren, die aus Venkatapurams Sicht dazu führen können, dass Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit einer Gruppe von Menschen die Gesundheit Einzelner ignoriert, übergeht oder ihre Beschneidung sogar bewusst in Kauf nimmt. Sie sind aber genau dies: Gefahren, die zu beachten und nach Möglichkeit zu vermeiden sind. Es sind an sich keine grundsätzlichen Argumente gegen eine Maßnahme zur Steigerung der Gesundheit einer Gruppe. Hundertprozentige Sicherheiten über das Gelingen oder Scheitern solcher Maßnahmen in der Praxis kann es nicht geben.

Die relevantere Frage ist: Warum lassen sich Maßnahmen auf Gruppenebene zur Förderung von Gesundheit nicht mit der Gesundheit ihrer einzelnen Mitglieder begründen? Selbstverständlich steigern solche Maßnahmen die Gesundheit der Gruppe; aber damit steigern sie ja *auch* die Gesundheit einzelner Mitglieder. Es kann möglicherweise nicht genau definiert werden, welches Gruppenmitglied profitieren wird. Inwiefern aber sollte es ein Problem sein, mit einer wahrscheinlich positiven Auswirkung auf ein bestimmtes Gruppenmitglied zu argumentieren? Man könnte auch mit einer sicher positiven Auswirkung auf eine Reihe – vielleicht auch erst im Nachhinein sicher festzulegender – Gruppenmitglieder für eine Maßnahme argumentieren. Könnte es nicht ausreichend sein, *theoretisch* jeden Profiteur ausfindig machen zu können? Mit einem ausreichend großen Aufwand sollte es beispielsweise theoretisch möglich sein, jeden Raucher, der von einer „Stop-Smoking“-Kampagne profitieren könnte, zu finden. Eine solche Suche müsste man ja nicht tatsächlich durchführen. Man könnte auch argumentieren, dass die Implementierung einer Gruppenmaßnahme eine Veränderung der „social base“, der sozialen Umgebung, ist. Eine Veränderung der sozialen Umgebung von Menschen hin zu einer gesundheitsfreundlicheren sozialen Umgebung ist eigentlich Venkatapurams großes Anliegen.

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

gerade davon ausgehen, dass Menschen in Gesellschaften integriert sind und nicht in Vereinzelung leben. Die vorliegende Dissertation argumentiert folglich, dass die moralische Rechtfertigung von Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit einer klar definierten Gruppe, dadurch gerechtfertigt sein kann, dass sie in ihrer Intention *darauf ausgelegt ist*, dass die Gesundheit der einzelnen Mitglieder profitiert, auch wenn weder der Erfolg mit hundertprozentiger Sicherheit gewährleistet ist, noch auf die einzelne Person genau gesagt werden können muss, wer genau profitiert. Es reicht, dass unter absolutem Wissen theoretisch erfassbar wäre, wer wieviel profitiert. Venkatapurams Problem wird folglich nicht als Problem anerkannt. Auch wenn sich mit dem Auftreten einer Gruppe neue, gesundheitsrelevante Mechanismen ergeben, so sollte gerade ein Vertreter des Capability Approach daran festhalten, dass eine Einflussnahme auf diese Mechanismen nicht um ihrer selbst willen, sondern um der Gesundheit der einzelnen Gruppenmitglieder willen geschieht, und darum auch nur mit der Würde dieser Einzelpersonen zu begründen ist. Dem steht aber nichts entgegen. Die Schaffung einer „super-person“ mit eigenen moralischen Ansprüchen würde diesen Rückbezug auf die Gesundheit des Einzelnen auflösen.

## 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

Es wurde beschrieben, dass die Aufzählung der 10 Basis-Capabilities konkreter und differenzierter ist als die Verwendung von Vital Goals, die von Nordenfelt kaum näher bestimmt sind. Nussbaums Liste von 10 Basis-Capabilities kann als eine objektive Größe verstanden werden, sodass Gesundheit objektiver bestimmt ist, als sie es in Nordenfelts Theorie war, was Venkatapuram als Vorteil sieht. Die Idee, dass Gesundheit als Auswahl an Chancen und Möglichkeiten verstanden werden kann, bleibt erhalten. Es gibt jedoch einen wichtigen Unterschied zwischen einer Tätigkeit zweiter Ordnung und einer Basis-Capability: Eine Basis-Capability wird immer schon so verstanden, dass sie neben anderen auch von äußeren Einflüssen mitbestimmt ist. Die Punkte 1. und 2. zeigen eine doppelte Funktion des Konzepts der Capability: Capabilities sind sowohl der Ersatz für eine Tätigkeit zweiter Ordnung als auch für das Ziel dieser Tätigkeiten; nämlich Vital Goals. Dies ist ein typisches Merkmal von Venkatapurams Capabilities: Sie sind Mittel und Zweck zugleich.

Im Gegensatz zu Nordenfelts Gesundheitstheorie betrachtet *Health Justice* die Umwelt etwas differenzierter. Allem voran legt Venkatapuram Wert auf die gesellschaftliche Beeinflussung von Gesundheit. Das Glücksminimum bzw. die „minimal happiness“ Nordenfelts wird durch eine Vorstellung des guten Lebens bzw. eine Vorstellung von Wohlergehen im Sinne einer Liste von Aspekten des guten Lebens ersetzt. Die Antwort auf die Frage, ob ein Mensch gesund ist oder nicht, ist folglich weniger subjektiv. Die Idee eines Schwellenwertes von Gesundheit bleibt erhalten.

Venkatapurams neue Gesundheitsdefinition ist breiter gefasst, sie ist nicht mehr ein Satz Fähigkeiten erster und zweiter Ordnung, sondern eine Meta-Capability: Die Idee, dass Gesundheit eine Fähigkeit ist, wird mit Venkatapurams neuer Definition zur Vorstellung, dass sie die Capability ein gutes Leben zu erleben ist. Damit werden ehemals äußere Umstände von Gesundheit Teil von Venkatapurams neuem Gesundheitsbegriff.

#### **4.1.2. Kritiken der zeitgenössischen Debatte**

Gesundheit ist in *Health Justice* zu breit definiert (vgl. 3.2.2.1 – „Gesundheit ist in Health Justice zu breit definiert“). Diese Kritik verweist vor allem auf den riesigen Umfang an Basis-Capabilities und daraus folgenden Tätigkeiten und Zuständen, die Venkatapuram unter Gesundheit subsumiert. Gesundheit ist die Möglichkeit zu allem, was ein gutes Leben ausmacht (Venkatapuram 2011, 143). Dass darunter auch Aspekte wie die Möglichkeit zu Spiel, politischer Teilhabe oder Bildung fallen, erscheint vielen Kritikern zu umfassend. Während Richardson formuliert, dass Venkatapuram „Well-Being“ und Gesundheit verwechsle (Richardson 2016, 4), kritisiert Selgelid eine Gleichsetzung eines Lebens in Würde und Gesundheit (Selgelid 2016, 30). Tengland merkt an, dass Venkatapuram Umgebungsbedingungen zu einem Teil von Gesundheit umdeute (Tengland 2016, 15/16).

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 konzeptuelle 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.

Einige der Autoren der zeitgenössischen Debatte deuten dies so, dass Venkatapuram absichtlich oder unabsichtlich Einflüsse *auf* Gesundheit in *Aspekte von* Gesundheit umgedeutet habe. Einflüsse auf Gesundheit und Gesundheit selbst würden von Venkatapuram konzeptuell verbunden, obwohl sie eigentlich in kausalem Zusammenhang stünden (Schramme 2016, 22). Insbesondere die soziale Umgebung wird von Venkatapuram als Teil von Gesundheit beschrieben (Venkatapuram 2011, 156). Auch für diesen Aspekt gilt: Akzeptiert man das um verschiedene Einflüsse auf Gesundheit erweiterte neue Gesundheitsverständnis nicht als solches, kann man Venkatapurams neue Gesundheitstheorie nicht anerkennen.

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)

Gesundheit ist in *Health Justice*, aufgrund ihres allumfassenden Charakters der wichtigsten Aspekte menschlichen Leben und somit ein Wert, der nicht mehr zugunsten anderer Werte zurückgestellt werden kann (vgl. 3.2.2.3 – „Gesundheit und ihr Verhältnis zu anderen Werten“; (Venkatapuram 2011, 71/72)). Geht man davon aus, dass Venkatapurams neue Gesundheit viele Dinge umfasst, die eigentlich nicht Gesundheit sind, so lässt sich fragen, ob es dem Konzept von Gesundheit auf lange Sicht förderlich ist, wenn im Namen von Gesundheit Werte postuliert werden, die eigentlich nicht Teil von Gesundheit sind, wie beispielsweise Bildung und Gleichberechtigung (Schramme 2016, 23).

Venkatapuram setzt Gesundheit in seiner neuen Gesundheitstheorie mit „Well-Being“ gleich: Durch die Verwendung von Nussbaums Liste von Basis-Capabilities kann er der Gruppe der „Objective List“-Theorien zugeordnet werden (vgl. dazu (Schramme 2017)). Gesundheit verstanden als „Well-Being“ führt zu der bereits angesprochenen Schwierigkeit andere Werte Gesundheit überzuordnen. Venkatapuram ist jedoch kein Vertreter utilitaristischer „Welfare“-Theorien. „Well-Being“ ist Ziel an sich und Mittel zu verschiedenen Capabilities, die geistige und mentale Möglichkeiten beschreiben (Venkatapuram 2011, 161/162). Venkatapuram kann ein gewisser „Well-Being-Paternalismus“(Robeyns [2011]) vorgeworfen werden: Er definiert Gesundheit als den wichtigsten Wert im Leben eines Menschen und macht es damit sehr schwer eine Argumentation zu finden, diesem mögliche andere Werte vorzuziehen. Zwar legt Venkatapuram Wert darauf Gesundheit als Capability zu konstruieren und auf diese Weise dem Individuum die Entscheidung darüber zu überlassen, ob und in welchem Maße es gesund sein möchte. Der besondere Wert der neuen Art von Gesundheit in *Health Justice* steht dieser Entscheidungsfreiheit jedoch entgegen.

Venkatapurams neue Gesundheit widerspricht dem bestehenden Verständnis von Gesundheit laut Kritiken zusätzlich auf verschiedene Weise: Gesundheit, so die Kritik, habe einen körperlichen Anteil, den Venkatapuram nicht ausreichend bedenke (Richardson 2016, 5; Tengland 2016, 9/10). Gesundheit habe etwas mit biologischen Funktionen zu tun (Selgelid 2016, 31). Gesundheit wäre als Functioning, also als Umsetzung einer Capability in einen konkreten Zustand oder eine realisierte Tätigkeit

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?“)

Venkatapurams neues Gesundheitskonzept bezeichnet zwei Dinge als Gesundheit: die Meta-Gesundheits-Capability (Venkatapuram 2011, 143) und eine naturalistische Gesundheit, die sich angeblich in der zweiten Basis-Capability verbirgt, der Capability „of having good health“ (Venkatapuram 2011, 168).

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“).

Krankheit findet sich in Venkatapurams neuer Gesundheitskonzeption gesichert nur als Abwesenheit der zweiten Basis-Capability „of having good health“ (Venkatapuram 2016, 53).

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.

Auch die Frage, ob Venkatapurams Konzept ein unendliches Streben nach Gesundheit befürwortet wird gestellt (Schramme 2016, 24). Prinzipiell ist dies zu bejahen. Die Problematik dieser quantitativen Unbeschränktheit wird allerdings deutlich abgeschwächt, wenn man beachtet, welche Anweisungen Venkatapuram im Rahmen von *Health Justice* für die Umsetzung von Gesundheitsansprüchen gibt: So muss sowohl global überall ein Gesundheitsminimum umgesetzt werden, bevor einzelne Staaten sich weit in Richtung absoluter Gesundheit bewegen dürfen (Venkatapuram 2011, 227). Zudem soll in der Umsetzung von Gesundheitsansprüchen oberhalb der Minimalschwelle immer auch auf die Umsetzung sozialer Gerechtigkeit geachtet werden. Diese Vorgaben machen ein Ausbrechen einzelner Staaten oder Individuen in Richtung unendliches Gesundheitsstreben unwahrscheinlich (ibid.).

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.

Die Umsetzbarkeit des Capability Approach im Allgemeinen und von Venkatapurams neuer Gesundheitsdefinition im Speziellen ist den jeweiligen Autoren eigentlich ein Anliegen. Dennoch bemängelt selbst Venkatapuram, dass die praktische Umsetzung seiner Theorie zu den noch ungeklärten Problemen gehört (Venkatapuram 2011, 236). Zurückzuführen ist dieser Umstand zum einen auf einen Mangel an konkreter

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 beinhaltet (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.

Die vorliegende Dissertationsschrift fragt, warum die Steigerung der Gesundheit einer Menschengruppe nicht durch die Steigerung der Gesundheit ihrer Mitglieder rechtfertigt werden kann. Ist dies nicht möglich, verweisen die Überlegungen dieses Absatzes auf echte Nachteile der Gesundheitsvorstellung Venkatapurams gegenüber Ansätzen wie dem Utilitarismus, deren Vertreter es sich erlauben, mit Aggregationen und einem Gesamtwohl zu argumentieren.

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***

Nach Selgelids Auffassung hat Venkatapuram Folgendes geschafft: *Health Justice* liefert erstens einen wertvollen Beitrag zur globalen Bioethik. Zweitens zeigt Venkatapuram, wie der Capabilities Approach auf Fragen der Gesundheit angewendet werden kann. Drittens bietet er neue Einblicke in den besonderen Wert von Gesundheit. Viertens bedenkt er neuere Entwicklungen um - und die Relevanz sozialer Einflussfaktoren auf - Gesundheit. Zuletzt entwickelt Venkatapuram eine originelle Antwort auf die Frage, wie ein Recht auf Gesundheit begründet werden könnte. (Selgelid 2016, 25)

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 Richardsons 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

Wie in der Einleitung besprochen, betrachtet die vorliegende Dissertationsschrift Sridhar Venkatapurams neue Gesundheitsdefinition auch nach seinen eigenen Zielsetzungen und Anforderungen an Gesundheitsdefinitionen mit besonderem Fokus auf der Frage nach der *Relevanz* von Gesundheit, nach der *Stimmigkeit* der neuen Gesundheitsdefinition und nach der *Umsetzbarkeit* in die Praxis.

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

Venkatapuram unterteilt (vgl. 2.1 - „Zusammenfassung des Gesundheitskonzepts in *Health Justice*“) ein normatives und ein deskriptives Vermögen seiner neuen Gesundheitstheorie. Es wird sich im Folgenden zeigen, dass Venkatapuram viel Wert auf die Ausarbeitung der moralischen Grundlagen seiner Theorie und auf die Schaffung einer Basis für einen rechtlichen Anspruch auf Gesundheit legt. Gleichzeitig nimmt er in der Beschreibung von Gesundheit Unschärfen in Kauf und konkretisiert seine Vorstellung von Gesundheit an einigen Stellen nicht. Es wird sich vor allem durch den Blick auf die sechs Kriterien Tenglands zeigen, dass diese Einschränkung der deskriptiven Kapazität seiner Theorie die Umsetzbarkeit in der Praxis, welche Venkatapuram anstrebt schwieriger machen.

„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.

Ein Blick auf die positiven Rückmeldungen der zeitgenössischen Autoren (vgl. dazu 4.1.3 – „Positive Stimmen der zeitgenössischen Debatte“) zeigt, dass verschiedene dieser Aspekte als durchaus gelungen gewertet werden können: Richardson schreibt, dass Venkatapuram physikalische und soziale Einflussfaktoren auf Gesundheit gelungen darstelle und Schrammes lobt, dass Venkatapuram die sozialen auf Gesundheit wirkenden Faktoren hervorgehoben habe. Beide sind der Meinung, dass diese Einflüsse wichtig sind und dass Venkatapurams neues Gesundheitsverständnis dieser Wichtigkeit Respekt zollt. Buyx et al. und Selgelid loben Venkatapurams Beitrag zu Debatten über normative Fragen auf globaler Ebene.

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.

Auch die moralischen Aspekte der neuen Theorie scheinen von Venkatapuram umgesetzt worden zu sein: Venkatapurams Zielsetzung ein nicht-naturalistisches, normatives Konzept von Gesundheit schaffen zu wollen (Venkatapuram 2011, 86), scheint ebenfalls gelungen. Tengland bezeichnet Venkatapurams Gesundheitskonzeption genauso wie Nordenfelts Konzeption als holistische Konzeption. Dies begrüßt Tengland, dessen Verständnis von holistisch darauf schließen lässt, dass holistische Theorien normativen Charakters sind. Holistische Theorien von Gesundheit bedenken, so Tengland, den Menschen in seinem sozialen und physischen Umfeld als ganzheitliches Wesen, wobei sie sich von den typischen „Well-Being“-Theorien darin unterscheiden, dass sie einschränken, welche Arten von Wohlergehen gesundheitsrelevant sind und welche nicht. (Tengland 2016, 9)

#### **4.2.2. Tenglands Qualitätskriterien für Gesundheitsdefinitionen**

Per Anders Tengland formuliert in seinem Bioethics-Artikel (Tengland 2016, 9) sechs Kriterien zur Beurteilung der Güte einer Gesundheitsdefinition. Auf einige geht er selbst ein; aber nicht auf alle. Diese Lücke wird im Folgenden geschlossen. Die Kriterien sollen einen Rahmen bilden, anhand dessen die Rückmeldungen der zeitgenössischen Debatte zu Venkatapurams neuem Verständnis von Gesundheit eingeordnet werden können. Sie umfassen ein sogenanntes Sprachkriterium („The Language Criterion“), ein Homogenitätskriterium („The Homogeneity Criterion“), ein Verlässlichkeits- und Messbarkeitskriterium („The Reliability and Measurability Criterion“), ein Zielkriterium („The Goal Criterion“), ein Theoriekriterium („The Theory Criterion“), sowie ein Kriterium der normativen Adäquatheit oder Nützlichkeit („The Normative Adequacy or Utility Criterion“). Tengland bespricht in seinem Artikel Nordenfelts Theorie anhand dieser Kriterien als Beispiel einer holistischen Theorie, zu denen er auch *Health Justice* zählt. (Tengland 2016, 9–10)

##### 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)

Während *Health Justice* ganz offensichtlich den Rahmen dessen, was normalerweise unter Gesundheit verstanden wird, sprengt, wird das von Tengland verlangte *wertende* Element hingegen durchaus bedacht: Die Hauptkritik, dass Venkatapurams neues Verständnis zu weit gefasst ist und zu viele Aspekte eines guten Lebens umfasst, die weder im Alltagssprachgebrauch noch in der medizinischen Fachsprache Teil von Gesundheit sind, ist in diesem Zusammenhang sicher der dominanteste Aspekt. Diese Breite wird unterschiedlich formuliert, als schlicht zu allumfassend, als resultierend aus einer Gleichsetzung von Gesundheit und „Well-Being“, sowie als Verwechslung von Einflüssen auf Gesundheit und Gesundheit selbst. Es wird daraus resultierend kritisiert, dass Gesundheit eigentlich körperlicher verstanden wird als in *Health Justice*, dass Gesundheit eigentlich als Funktion verstanden wird. Ebenfalls daraus resultiert die Kritik, dass Gesundheit eher als konkreter Zustand oder konkrete Tätigkeit und nicht als Capability, also einer noch nicht realisierten Handlungsmöglichkeit, verstanden wird. Es wird kritisiert, dass Gesundheit keine Meta-Capability ist und auch kein Phänomen zweiter Ordnung. (vgl. dazu 3.2.2.1 - 3.2.2.6)

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.

Der „wertende Charakter“ der in *Health Justice* konzipierten Gesundheit zeigt sich an verschiedenen Stellen: Gesundheit wird als Wert verstanden, der nicht mehr gegenüber anderen Werten abgewogen werden kann, weil er so allumfassend ist. Gesundheit wird von Venkatapuram gleichgesetzt mit einem guten Leben oder mit „Well-Being“. Ein unbegrenztes Streben nach Gesundheit wird als dem neuen Konzept inhärent angenommen, so dass in der Kritik zur Verhinderung von „healthism“ Krankheit als Konzept zur Ermittlung von Genügsamkeit vorgeschlagen wird. Einzelne Basis-Capabilities haben für Menschen sowohl einen instrumentellen Wert, als auch einen Wert

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 affairs which are necessary and together sufficient for A's minimal happiness in the long run." (Nordenfelt 2013, 280)

Sowohl Venkatapurams als auch Nordenfelts Gesundheitstheorie enthalten vier Schlüsselbegriffe: Capability, Basis-Capability, Functioning und Würde in Venkatapurams Fall. Fähigkeit zweiter Ordnung, Vital Goals, Minimal Happiness und Standardumgebung in Nordenfelts Fall.

#### 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“,

„vernünftig“ oder gut tatsächlich zu „präzisieren“. Venkatapuram erläutert nicht näher, welches Maß an Möglichkeiten „ausreichend“ ist, welche Konzeptionen „vernünftig“ sind, oder was es bedeutet ein „gutes Leben“ zu führen. Die Argumentation verläuft also zirkulär: Ein gewisses Maß der 10 Basis-Capabilities ist nötig für ein gutes Leben bzw. für Gesundheit. Will man nun herausfinden, wie viel Basis-Capability konkret verlangt wird, so ist die Antwort darauf: ausreichend, vernünftig oder einem guten Leben angemessen. Dieses gute Leben aber ist definiert durch ein Mindestmaß der 10 Basis-Capabilities – und genau dieses Mindestmaß muss doch gerade erst ermittelt werden.

#### The Normative Adequacy or Utility Criterion

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

Während Venkatapuram für Situationen, in denen Gesundheit gegenüber anderen Werten abgewogen werden soll, sehr klar für eine Entscheidung zugunsten von Gesundheit interpretiert werden muss (Venkatapuram 2011, 71/72), bietet er für Abwägungsentscheidungen zwischen verschiedenen Aspekten innerhalb seiner neuen Gesundheit relativ wenig Führung an (vgl. 2.3.4 – „Verpflichtungen, die in Health Justice formuliert werden“). Zum einen erschwert der fehlende Konkretisierungsgrad des Konzepts solche Entscheidungsfindungen. Zudem macht Venkatapuram aber beispielsweise keine Angabe dazu, wie zwischen zwei verschiedenen Basis-Capabilities abzuwägen ist. Abwägungen zwischen Capabilities-Sets zweier Menschen, die über sehr ungleiche Meta-Gesundheits-Capability verfügen, löst seine Theorie zugunsten des schlechter Gestellten, aber nur wenn dieser das Gesundheitsminimum noch nicht erfüllt. Insbesondere gibt Venkatapuram keine Anweisung für Situationen mit Ressourcenmangel. Die Abwägung, welchem von zwei nicht ausreichend gesunden Menschen zuerst zu helfen ist, ist ein „tragic case“ im Nussbaumschen Sinne (Venkatapuram 2011, 119) und wird als nicht lösbar ohne Handlungsanweisung belassen. Für Gesellschaften, in denen alle Mitglieder ein Gesundheitsminimum erfüllen, verlangt Venkatapuram ein gewisses Maß sozialer Gleichheit (Venkatapuram 2011, 152). Er empfindet eine minimale Verpflichtung zur Beförderung von Gesundheit aus einer

bestehenden Möglichkeit heraus (Venkatapuram 2011, 21). Zuletzt ist Venkatapuram der Ansicht, dass die Gesundheit einer Menschengruppe niemals befördert werden darf, wenn dabei die Gesundheit eines Individuums dieser Gruppe leidet (Venkatapuram 2011, 206).

#### Zusammenfassung:

Ein Teil der Kriterien Tenglands finden sich auch in den Zielsetzungen Venkatapurams und werden von Venkatapurams neuer Gesundheitstheorie gut erfüllt. Dabei handelt es sich insbesondere um einen Aspekt des „Language Criterion“, welcher besagt, dass eine Gesundheitstheorie „den wertenden Charakter“ von Gesundheit bedenken sollte.

Ein anderer Teil der Kriterien Tenglands finden sich nicht in den Zielsetzungen Venkatapurams. Diese Kriterien umfassen überwiegend das „Goal Criterion“, welches fordert, dass eine Gesundheitstheorie diejenigen Handlungen, die bislang „im Namen von Gesundheit“ getätigt wurden auch weiterhin als gesundheitsrelevantes Tun anerkannt werden sollen. Außerdem findet sich unter Venkatapurams Zielsetzungen keine Entsprechung des zweiten Aspekts des „Language Criterion“, in welchem gefordert wird, dass ein neues Gesundheitsverständnis mit dem existenten Alltagsverständnis und mit der Verwendung des Begriffs im professionellen Kontext übereinstimmen sollte. Richardson beschreibt Venkatapuram als „conceptual reformer“ (Richardson 2016, 1). Da die Forderungen des „Goal Criterion“ und des „Language Criterion“ auf den Erhalt des Status quo abzielen, ist es nicht verwunderlich, dass Venkatapurams neue Gesundheitstheorie diese beiden Kriterien nur begrenzt erfüllt. Venkatapuram versucht mit seiner Theorie Gesundheit neu zu denken, um auf Aspekte von Gesundheit aufmerksam zu machen, die bislang nicht im Fokus standen.

Es gibt außerdem Kriterien, die Venkatapuram zwar teilt, aber nach den Analysen der vorliegenden Arbeit nicht gut erfüllt. Zudem gibt es Kriterien, die Venkatapuram sinnvollerweise erfüllen müsste, um einige seiner Zielsetzungen zu erreichen, aber ebenfalls nicht gut erfüllt. Venkatapuram formuliert selbst den Wunsch, Gesundheit stimmig zu beschreiben und schwierige moralische Fragestellungen durch seine Theorie lösen zu können (Venkatapuram 2011, 28). Beide Aspekte finden sich auch in Tenglands Kriterien: Teil des „Theory Criterion“ ist die Formulierung eines kohärenten Konzepts von Gesundheit. Die „Normative Adequacy and Utility Criteria“ fordern Lösungen für moralische Fragestellungen von einer Gesundheitsdefinition. Beide Ziele werden aber

von Venkatapurams neuer Gesundheitsdefinition nur bedingt erfüllt. So formuliert – insbesondere für Fälle schwieriger normativer Fragestellungen und für Abwägungsentscheidungen unter Ressourcenknappheit – Venkatapurams Gesundheitstheorie nur wenig Richtwerte. Auch die Kohärenz des Konzepts wird angezweifelt, insbesondere weil die verwendeten Schlüsselbegriffe unscharf sind. Die Verwendung einer möglichst kleinen Zahl an Schlüsselbegriffen zur Definition von Gesundheit, wie im „Homogeneity Criterion“ gefordert sowie die Konzeption von Gesundheit als messbarem und beobachtbarem Konzept, wie in den „Reliability and Measurability Criteria“ gefordert, sind für die Praxistauglichkeit eines Gesundheitskonzepts besonders relevant. Venkatapuram zielt zwar sehr wohl darauf ab, politisches Handeln anzuleiten und rechtliche Ansprüche und Verpflichtungen zu formulieren (Venkatapuram 2011, 28). Für diese Ziele, wie auch für die Klärung der Frage wie Gesundheit entsteht und verteilt wird, und auch für die Lösung moralisch schwieriger Situationen könnte die Erfüllung dieser Kriterien hilfreich sein.

#### **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)

Venkatapuram selbst legt in seiner eigenen Theorie sehr großen Wert darauf, herauszuarbeiten, wo sich überall menschliche Einflüsse auf Menschen verbergen. Er geht sogar darauf ein, dass das eigene Erbgut und der eigene Gesundheitszustand von den Lebensumständen der Großeltern zum Zeitpunkt der Zeugung der Eltern beeinflusst worden sein könnten (Venkatapuram 2011, 196). Betrachtet man es als Ziel, auf die menschlichen Einflüsse auf Gesundheit (und auch auf die Umgebungsbedingungen von Menschen) aufmerksam zu machen, so ist Venkatapuram in dieser Hinsicht nichts vorzuwerfen. Wie die Rückmeldungen der zeitgenössischen Debatte zeigen, wird gerade die Herausarbeitung dieser sozialen Einflüsse sehr positiv aufgenommen.

Allerdings verwendet auch Venkatapuram den Terminus „reasonable“. Er tut dies im Kontext der Setzung der Minimalchwelle 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 prägen. 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

dürfen, und dass ein Teil der Vital Goals für Menschen unbewusst sein kann und dennoch auf sie zutrifft. Vital Goals haben also einen objektiven Anteil. Gleichzeitig kann die Liste der Basis-Capabilities jederzeit erweitert werden und die genaue Gewichtung sowie die genaue Ausformulierung ihrer Inhalte bleibt eine Aufgabe für demokratische Institutionen. Da auch Venkatapuram eine Theorie schreibt und nicht etwa ein Gesetz oder eine Verwaltungsanweisung, darf er von seinem eigenen Anspruch entlastet werden. Denn Nordenfelt formuliert: Es geht darum eine Theorie zu schreiben, dabei muss nicht alles bis ins letzte Detail ausformuliert sein (Nordenfelt 2013, 284). Venkatapurams Liste ist konkreter als die Vital Goals und – wenn kein Missbrauch der Entscheidungsfindungsprozeduren vorliegt – objektiver als die Vital Goals. Die Frage, was Gesundheit ist, ist also im Vergleich zu Nordenfelts Theorie konkreter und objektiver festgelegt. Gleichzeitig gilt aber auch: Die Entscheidung für oder gegen Gesundheit kann sich mit Venkatapurams Gesundheitsverständnis fast nicht mehr stellen. Venkatapuram als „Well-Being-Paternalist“ (Robeyns [2011]) misst den Inhalten dieser Liste, wie immer sie ganz konkret ausfallen mögen, einen besonders großen Wert zu (Venkatapuram 2011). Das Element persönlicher Entscheidungsfreiheit verliert sich also nicht nur in der Definition von Gesundheit, sondern auch in der Entscheidung für oder gegen Gesundheit.

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**

Venkatapuram versucht mit seiner neuen Theorie von Gesundheit diesen Begriff für den Capability Approach zugänglich machen. Er versucht mit *Health Justice* zu zeigen, dass Gesundheit als Capability gut konzipiert ist. Selgelid beispielsweise ist der Meinung, dass ihm dies gelungen sei (Selgelid 2016, 25).

Im Kapitel zum Capability-Approach (2.2.2 – “Capability Approach und Entitlement Analysis“) wurden die wichtigsten Ungereimtheiten des Capability Approach bereits angesprochen. Es soll in diesem Abschnitt versucht werden zu eruieren, inwieweit Venkatapuram zu Klärung dieser Unklarheiten beitragen konnte.

Das erste Problem ist das Problem nicht geklärter Verantwortlichkeiten. Der Capability Approach hat Schwierigkeiten für die Bereitstellung von Capabilities Verantwortliche zu formulieren (Molina Romero 2016, 21). Dieses Problem setzt sich in *Health Justice* fort. Der Verweis auf die soziale Beeinflussung von Gesundheit alleine (Venkatapuram 2011, 4–12) klärt nicht, wer im Konkreten verantwortlich sein könnte Gesundheit tatsächlich zu befördern. Die Vielzahl von Einflüssen und möglichen Adressaten der Gesundheit eines Einzelnen sind bei Venkatapuram in einem Maße verstrickt und vielfältig (Venkatapuram 2011, 162), dass es in der Praxis nur in Einzelfällen möglich sein wird, sie im Detail auseinander zu nehmen. Auch die Überlegung, jeder der die Gesundheit eines Menschen unterstützen könne, sei zumindest minimal verpflichtet dies zu tun (Venkatapuram 2011, 21), spricht wiederum niemanden *konkret* an. Dasselbe gilt für die Konkretisierung der Schwelle und der Inhalte der Nussbaumschen Liste an Basis-Capabilities: irgendeine Form politischer demokratischer Instanz soll diese konkretisieren (vgl. 2.3.3 – „Ansprüche auf Beförderung der Gesundheit, die in *Health Justice* formuliert werden“). Venkatapurams Gesundheitsdefinition hat das Problem, viele Ansprüche zu definieren, ohne Verantwortliche festzulegen. Prinzipiell ist jeder verantwortlich. Eine Feststellung, die dazu führen könnte, dass sich am Ende keiner zuständig fühlt.

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.

Aufgrund solcher Überlegungen tendieren Capability-Ansätze zum „Wohlfahrtspaternalismus“ (Robeyns [2011]). Venkatapuram arbeitet mit einer objektiven Liste an Inhalten von Gesundheit (Venkatapuram 2011, 162). Diese ist von fast unendlich großem Wert für das Leben jedes Menschen und umfasst die allermeisten Aspekte eines guten Lebens (Venkatapuram 2011, 71/72). Die Kombination aus sozialer Verstrickung, besonderem Wert von Gesundheit, sowie einer theoretisch sehr großen Entscheidungsfreiheit kann zu der Vermutung führen, dass Menschen, die sich gegen Basis-Capabilities entscheiden, dies nicht aus freien Stücken tun, sondern aus Zwängen, welche sich wiederum aus der sozialen Verflochtenheit des Individuums erklären lassen. Martha Nussbaum stellt darum die konkrete Forderung, dass die Entscheidung eines Menschen über ein Minimum an Basis-Capabilities nicht freigestellt sein darf (Nussbaum 2015, 34/35). Venkatapuram positioniert sich nicht so deutlich, allerdings schwingt dieselbe Forderung möglicherweise implizit in seinen Überlegungen zum besonderen Wert der Gesundheit mit. Die persönliche Freiheit wäre dann ein theoretischer Wert, der in Bezug auf Gesundheit kaum gelebt werden könnte.

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.

Die Operationalisierbarkeit in der Praxis ist für Venkatapurams Gesundheitstheorie eher schlecht (vgl. dazu 3.2.3.1 – „„Feasibility“ - Umsetzbarkeit“). Es ist davon auszugehen, dass zu wenig konkrete Angaben vorliegen und dass nicht genau geklärt ist, wie diese Konkretisierungen ermittelt werden sollen. Es gibt auch in *Health Justice* keine Beschreibung dafür, wie Capabilities zu beobachten wären. Allerdings gibt es die Überlegung diese Beobachtung anhand von Functionings vorzunehmen und Venkatapuram verweist auf die epidemiologische Forschung zu diesem Zweck. Daten und statistische Analysen sollen also auf jeden Fall Eingang in die Erhebung von Capabilities mit Gesundheitsbezug finden.

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.

Molina Romero wirft dem Capabilities Approach vor, für eine echte Theorie der Gerechtigkeit unterbestimmt zu sein und nicht zu klären, inwieweit ein Ansatz, der mit Capabilities arbeitet, globale Wirksamkeit erlangen kann (Molina Romero 2016, 20/21). Auch wenn diese Feststellung Gerechtigkeitsaspekte anspricht, soll an dieser Stelle kurz darauf eingegangen werden: Venkatapuram ist der Meinung mit *Health Justice* immer noch nur eine „partial theory of justice“ (Venkatapuram 2011, 36) zu vertreten. Allerdings sieht er Gesundheit verstanden als Meta-Gesundheits-Capability, als mögliches Verteilungsobjekt von Gerechtigkeit (Venkatapuram 2011, 5). Diese Gerechtigkeit könnte dann weltweit implementiert werden, weil Gesundheit eine Art Universalwert darstelle.

### 4.3. Fazit der Verfasserin

*Health Justice* ist der Titel der im Rahmen der vorliegenden Dissertationsschrift neuartigen Gesundheitstheorie von Sridhar Venkatapuram. Er deutet auf die doppelte Zielsetzung des Werks hin: eine Neudefinition des Gesundheitsbegriffs und die Schaffung einer Theorie der sozialen Gerechtigkeit. Venkatapuram spricht von der normativen und der deskriptiven Kapazität seiner Gesundheitstheorie (Venkatapuram 2011, 28). Vereinfacht ließe sich das deskriptive Vermögen seiner Theorie als Beschäftigung mit der Frage, was Gesundheit ist, betrachten, wohingegen sich die normative Auseinandersetzung um Fragen der sozialen Gerechtigkeit dreht. Tatsächlich entwickelt Venkatapuram aber die normative Kapazität seiner Theorie erst auf Grundlage eines Gesundheitsverständnisses und aus diesem Gesundheitsverständnis heraus. Der Wert von Gesundheit leitet sich in *Health Justice* nicht unwesentlich aus der Art und Weise her, wie Gesundheit konzipiert wird. Er wird – entgegen Vorschlägen von Boorse (Boorse 2014, 709) und Schramme (Schramme 2016, 24) – nicht mit Argumenten jenseits der Definition von Gesundheit begründet.

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 3.2.2.3 Gesundheit 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 rasoniert 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“).

Aber auch in sich ist Venkatapurams neue Gesundheitskonzeption nicht ganz schlüssig. Die meisten der konzeptuellen Unschärfen rühren daher, dass Venkatapuram Gesundheit als Capability konzipiert. Capabilities und daran geknüpfte Konzepte weisen generell eine gewisse Unschärfe auf (Robeyns [2011]), die im Rahmen eines Vorhabens wie *Health Justice* bei weitem nicht beseitigt werden konnten.

Neben diesen Unschärfen in den Schlüsselbegriffen einer Meta-Gesundheits-Capability (3.2.2.7 – 3.2.2.9) weist Venkatapuram außerdem einen Mangel an Konkretisierungen auf. Beides führt zu einer erschwerten *Umsetzung* seiner neuen Gesundheitsdefinition in die Praxis (Venkatapuram 2011, 236–38). Dabei handelt es sich zum einen um Richtlinien und Entscheidungshilfen in schwierigen moralischen gesundheitsrelevanten Entscheidungen, die oft im Zusammenhang mit begrenzten Ressourcen stehen. Solche Entscheidungen sind typische Aufgabe von Gesundheitstheorien (Venkatapuram 2011, 28).

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.

Dennoch ist es erhellend zum Abschluss der Analyse des Gesundheitsbegriffs in *Health Justice* das zweite Ziel von *Health Justice*, die Begründung von sozialer Gerechtigkeit, noch einmal in den Blick zu nehmen.

Der Hauptkritikpunkt an Venkatapurams neuem Gesundheitsverständnis wird von einigen Autoren interpretiert als ein Verwechseln von Einflüssen auf Gesundheit mit Aspekten von Gesundheit (Selgelid 2016, 30; Schramme 2016, 21/22). Die vorliegende

Dissertation möchte sich nicht anmaßen, dem Autor von *Health Justice* eine solche Verwechslung zu unterstellen. Viel eher kann davon ausgegangen werden, dass diese Verwechslungen als absichtliche und beabsichtigte Verwechslung einem höheren Ziel dienen soll: der Schaffung von sozialer Gerechtigkeit. Es ist in der Lektüre von *Health Justice* unüberlesbar, dass Venkatapurams Herzensangelegenheit nicht eine möglichst „wahre“ Formulierung von Gesundheit ist, sondern eine Argumentation zugunsten sozialer Gerechtigkeit (Venkatapuram 2011, 5). Das Konzept der Gesundheit wird in *Health Justice* als Kampfbegriff geführt, um für globale soziale Gerechtigkeit zu argumentieren. Das angestrebte Menschenrecht auf Gesundheit ist eigentlich ein Menschenrecht auf ein gutes Leben („a fully human life“) (vgl. dazu 3.2.2.3 – „Gesundheit und ihr Verhältnis zu anderen Werten“). Auch der Begriff der Menschenwürde lässt sich in diesem Kontext noch einmal beleuchten. Von verschiedenen Kritikern wird die Verwendung dieses Begriffs aufgrund seiner Unbestimmtheit und Vielgestaltigkeit kritisiert (Selgelid 2016, 27; Kollar, Laukötter und Buyx 2016, 45). Die vorliegende Arbeit äußert die Ansicht, dass gerade für eine Argumentation auf globaler politischer Ebene die Offenheit dieses Begriffs und eine daraus folgende Konsensfähigkeit im Namen des stark normativ aufgeladenen Begriffs der Würde hilfreich sein kann.

Der „ehrlichen“ Suche nach einer möglichst „wahren“ Beschreibung von Gesundheit zieht Venkatapuram eine „unlautere“ Neukonzeption von Gesundheit vor, die bestimmten Zielsetzungen im Sinne der Durchsetzung sozialer Gerechtigkeit dienen soll. Diese Feststellung stellt die gelungenen Aspekte der neuen Gesundheitsdefinition Venkatapurams in keinster Weise in Frage, kann aber erklären, warum er den Gesundheitsbegriff so sehr ausdehnt, dass sich die meisten Autoren der zeitgenössischen Debatte schwer tun, diesen anzunehmen.

## 5. Literatur

- Baldus, Manfred. 2016. *Kämpfe um die Menschenwürde: Die Debatten seit 1949*. Erste Auflage. Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft 2199. Berlin: Suhrkamp.
- Bolmsjö, Ingrid, Per-Anders Tengland und Margareta Rämgård. 2018. „Existential Loneliness: an Attempt at an Analysis of the Concept and the Phenomenon.“ *Nursing ethics*, 969733017748480. doi:10.1177/0969733017748480.
- Boorse, Christopher. 2012. „Gesundheit als theoretischer Begriff.“ In *Krankheitstheorien*, hg. v. Thomas Schramme. Orig.-Ausg., 1. Aufl., 63–110. Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft 2011. Berlin: Suhrkamp.
- . 2014. „A Second Rebuttal on Health.“ *The Journal of medicine and philosophy* 39 (6): 683–724. doi:10.1093/jmp/jhu035.
- Buyx, Alena, Eszter Kollar und Sebastian Laukötter. 2016. „Sridhar Venkatapuram's Health Justice: a Collection of Critical Essays and a Response from the Author.“ *Bioethics* 30 (1): 2–4. doi:10.1111/bioe.12220.
- Claassen, Rutger. 2014. „Human Dignity in the Capability Approach.“ In *The Cambridge handbook of human dignity: Interdisciplinary perspectives*, hg. v. Marcus Düwell, Jens E. Braarvig, Roger Brownsword, Dietmar Mieth, Naomi van Steenbergen und Dascha Düring, 240–49. Cambridge: Cambridge University Press.
- Crawford, R. 1980. „Healthism and the Medicalization of Everyday Life.“ *International journal of health services : planning, administration, evaluation* 10 (3): 365–88. doi:10.2190/3H2H-3XJN-3KAY-G9NY.
- Crisp, Roger. (2001) . „Well-Being.“ In *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Fall 2017 Edition. <https://plato.stanford.edu/archives/fall2017/entries/well-being/>.
- Deutscher Ethikrat. „Prof. Dr. med. Alena Buyx - Mitgliederprofil Deutscher Ethikrat: Technische Universität München - Institut für Geschichte und Ethik der Medizin.“ Zugriff: 1. Mai 2019. <https://www.ethikrat.org/mitglieder/alena-buyx/#m-tab-0-schwerpunktedesengagementsimethikrat>.
- Dierksmeier, Claus. 2016. *Qualitative Freiheit: Selbstbestimmung in weltbürgerlicher Verantwortung*. Edition Moderne Postmoderne.
- Drèze, Jean und Amartya K. Sen. 1989. *Hunger and Public Action*. Clarendon paperbacks. Oxford: Oxford Univ. Pr.
- Dunayer, Joan. 2004. *Speciesism*. Derwood Md. Ryce.
- Düwell, Marcus. 2014. „Human Dignity. Concepts, Discussions, Philosophical Perspectives.“ In Düwell, Braarvig, Brownsword, Mieth, van Steenbergen und Düring, *The Cambridge handbook of human dignity*, 23–49.
- Eszter Kollár. „Eszter Kollár - Curriculum Vitae.“ Zugriff: 1. Mai 2019. [https://www.goethe-university-frankfurt.de/51681432/Eszter\\_Kollar\\_CV\\_July2014.pdf](https://www.goethe-university-frankfurt.de/51681432/Eszter_Kollar_CV_July2014.pdf).
- Gerechte Gesundheit. „Prof. Dr. Alena Buyx - Gerechte Gesundheit: Professorin für Medizinethik, Universität zu Kiel.“ Zugriff: 1. Mai 2019. <https://www.gerechte-gesundheit.de/debatte/koepfe/uebersicht/detail/portrait/51.html>.
- Greenhalgh, Trisha und Simon Wessely. 2004. „'Health for Me': a Sociocultural Analysis of Healthism in the Middle Classes.“ *British medical bulletin* 69:197–213.
- Gruen, Lori. (2003) . „The Moral Status of Animals.“ *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*.

- Hartogh, Govert d. 2014. „Is Human Dignity the Ground of Human Rights?“. In Düwell, Braarvig, Brownsword, Mieth, van Steenbergem und Düring, *The Cambridge handbook of human dignity*, 200–207.
- Heinrich Böll Stiftung - die grüne politische Stiftung. „Thomas Schramme - Philosoph, Professor für Praktische Philosophie an der Universität Hamburg: Philosoph, Professor für Praktische Philosophie an der Universität Hamburg.“ Zugriff: 1. Mai 2019. <https://www.boell.de/de/person/thomas-schramme>.
- Heinrich Heine Universität Düsseldorf. „Dr. Sebastian Laukötter - Mitarbeiterprofil.“ Zugriff: 1. Mai 2019. <http://www.philosophie.hhu.de/professuren/prof-dr-frank-dietrich/mitarbeiterinnen/sebastian-laukoetter.html>.
- Henry S. Richardson. „Henry S. Richardson - Research Overview.“ Zugriff: 1. Mai 2019. <http://henrysrichardson.com/research-overview>.
- Kiesel, Johannes. 2012. *Was ist krank? Was ist gesund? Zum Diskurs über Prävention und Gesundheitsförderung*. 1. Aufl. Kultur der Medizin 37. Frankfurt am Main: Campus Verlag.
- Knoepffler, Nikolaus und Anja Haniel, Hg. 2000. *Menschenwürde und medizinethische Konfliktfälle*. Edition Universitas. Stuttgart: Hirzel.
- Kollar, Eszter, Sebastian Laukötter und Alena Buyx. 2016. „Humanity and Justice in Global Health: Problems with Venkatapuram's Justification of the Global Health Duty.“ *Bioethics* 30 (1): 41–48. doi:10.1111/bioe.12224.
- KU Leuven. „Eszter Kollar - Mitarbeiterprofil der KV Leuven.“ Zugriff: 1. Mai 2019. <https://hiw.kuleuven.be/ripple/people/00115208>.
- Macklin, Ruth. 2003. „Dignity Is a Useless Concept.“ *BMJ (Clinical research ed.)* 327 (7429): 1419–20. doi:10.1136/bmj.327.7429.1419.
- Malmö Universitet. „Per-Anders Tengland, PhD, Professor - Mitarbeiterprofil der Malmö Universitet.“ Zugriff: 1. Mai 2019. [https://www.mah.se/fakulteter-och-omraden/Halsa-och-samhalle-startsida/HS\\_Forskning/Forskares-enskilda-sidor/Per-Anders-Tengland-Fil-Dr-Docent-i-halsa-och-samhalle/Per-Anders-Tengland-PhD-Associate-professor/](https://www.mah.se/fakulteter-och-omraden/Halsa-och-samhalle-startsida/HS_Forskning/Forskares-enskilda-sidor/Per-Anders-Tengland-Fil-Dr-Docent-i-halsa-och-samhalle/Per-Anders-Tengland-PhD-Associate-professor/).
- Marmot, Michael. 2011. „Vorwort.“ In *Health Justice: An Argument from the Capabilities Approach*. 1. Aufl., ix–xi. s.l. Polity.
- Molina Romero, Julian. 2016. *Die politische Philosophie von Amartya Sen: Soziale Gerechtigkeit und globale Entwicklung auf Grundlage des "Capability Approach"*.
- Monash University. „Michael Selgelid - Mitarbeiterprofil Monash University: Professor, Monash Bioethics Ctr.“ Zugriff: 1. Mai 2019. <https://research.monash.edu/en/persons/michael-selgelid>.
- Musikhögskolan i Malmö - Lunds Unversitet. „Per-Anders Tengland - Mitarbeiterprofil der Musikhögskolan i Malmö, Lunds Unversitet: Lärare i jazzteori.“ Zugriff: 1. Mai 2019. <https://www.mhm.lu.se/per-anders-tengland>.
- Nordenfelt, Lennart. 1987. *On the nature of health: An action-theoretic approach*. Philosophy and medicine 26. Dordrecht u.a. Reidel.
- . 2012. „Die Begriffe der Gesundheit und der Erkrankung: Eine erneute Betrachtung.“ In Schramme, *Krankheitstheorien*, 223–35.
- . 2013. „Standard Circumstances and Vital Goals: Comments on Venkatapuram's Critique.“ *Bioethics* 27 (5): 280–84. doi:10.1111/j.1467-8519.2011.01958.x.
- Nussbaum, Martha C. 2015. *Fähigkeiten schaffen: Neue Wege zur Verbesserung menschlicher Lebensqualität*. 1. Auflage. Kosmopolis Bd. 3. Freiburg, München: Verlag Karl Alber.

- Reiss, Julian und Rachel A. Ankeny. 2016. „Philosophy of Medicine.“ Zugriff: 1. Januar 2019. <https://plato.stanford.edu/entries/medicine/>.
- Richardson, Henry S. 2016. „Capabilities and the Definition of Health: Comments on Venkatapuram.“ *Bioethics* 30 (1): 1–7. doi:10.1111/bioe.12219.
- Roberts, Jessica L. und Elizabeth W. Leonard. 2019. *Healthism: Health-Status Discrimination and the Law*. Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press.
- Robeyns, Ingrid. (2011) . „The Capability Approach.“ *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*.
- Ruger, Jennifer P. 2009. *Health and Social Justice*. Oxford: Oxford Univ. Press. <http://site.ebrary.com/lib/alltitles/docDetail.action?docID=10358547>.
- Schramme, Thomas. 2012. „Einleitung: Die Begriffe "Gesundheit" und "Krankheit" in der philosophischen Diskussion.“ In Schramme, *Krankheitstheorien*, 9–37.
- . 2016. „The Metric and the Threshold Problem for Theories of Health Justice: a Comment on Venkatapuram.“ *Bioethics* 30 (1): 19–24. doi:10.1111/bioe.12218.
- . 2017. „Subjective and Objective Accounts of Well-Being and Quality of Life.“ In *Handbook of the philosophy of medicine*, hg. v. Thomas Schramme und Steven Edwards, 159–68. Springer reference.
- Schramme, Thomas und Lennart Nordenfelt. 2010. „[Rezension Von: Lennart Nordenfelt, Rationality and Compulsion, Applying Action Theory to Psychiatry].“ *Ethical theory and moral practice : an international forum* 13 (2): 229–32.
- Selgelid, Michael J. 2016. „Capabilities and Incapabilities of the Capabilities Approach to Health Justice.“ *Bioethics* 30 (1): 25–33. doi:10.1111/bioe.12222.
- Sen, Amartya. 1981. *Poverty and Famines: An Essay on Entitlement and Deprivation*. Oxford: Clarendon.
- „Special Issue: Health Justice and the capabilities approach: Essays on Sridhar Venkatapuram's work.“ 2016 Sonderausgabe, *Bioethics* 30, Nr. 1. doi:10.1111/bioe.12197. <https://onlinelibrary.wiley.com/toc/14678519/2016/30/1>.
- Straehle, Christine. 2016. „Vulnerability, Health Agency and Capability to Health.“ *Bioethics* 30 (1): 34–40. doi:10.1111/bioe.12221.
- Tengland, Per-Anders. 2016. „Venkatapuram's Capability Theory of Health: a Critical Discussion.“ *Bioethics* 30 (1): 8–18. doi:10.1111/bioe.12223.
- University of Liverpool. „Thomas Schramme - Mitarbeiterprofil der University of Liverpool.“ Zugriff: 1. Mai 2019. <https://www.liverpool.ac.uk/philosophy/staff/thomas-schramme/>.
- University of Ottawa - Faculty of Social Sciences. „Christine Straehle - Mitarbeiterprofil University of Social Sciences: Associate Professor Faculty of Social Sciences - University of Ottawa.“ Zugriff: 1. Mai 2019. <https://uniweb.uottawa.ca/members/783>.
- Venkatapuram, Sridhar. 2011. *Health Justice: An argument from the capabilities approach*. 1. Aufl. Cambridge, Malden, MA: Polity.
- . 2013. „Health, Vital Goals, and Central Human Capabilities.“ *Bioethics* 27 (5): 271–79. doi:10.1111/j.1467-8519.2011.01953.x.
- . 2016. „On Health Justice. Some Thoughts and Responses to Critics.“ *Bioethics* 30 (1): 49–55. doi:10.1111/bioe.12229.
- Venkatapuram, Sridhar und Michael Marmot. 2009. „Epidemiology and Social Justice in Light of Social Determinants of Health Research.“ *Bioethics* 23 (2): 79–89. doi:10.1111/j.1467-8519.2008.00714.x.

Weiber, Ingrid, Mona Eklund und Per-Anders Tengland. 2016. „The Characteristics of Local Support Systems, and the Roles of Professionals, in Supporting Families Where a Mother Has an Intellectual Disability.“ *Journal of applied research in intellectual disabilities : JARID* 29 (3): 197–210. doi:10.1111/jar.12169.

WWU Münster. „Das Problem der ‚humanitären Intervention‘: Philosoph Sebastian Laukötter erhält ‚Poertgen-Herder-Dissertationspreis‘.“ Zugriff: 1. Mai 2019. <https://www.uni-muenster.de/KFG-Normenbegruendung/poertgenherderpreis.html>.

## **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

Ich bedanke mich ganz herzlich bei meinem Betreuer, Herrn Professor Hans-Jörg Ehni, für die Ermöglichung der vorliegenden Dissertation und die unermüdliche Unterstützung des Projekts über alle Phasen des Promotionsverfahrens hinweg. Ich bedanke mich außerdem bei allen Mitarbeitern des Instituts für Geschichte und Ethik der Medizin Tübingen für ihre Rückmeldungen u.a. im Rahmen des Doktorandenkolloquiums. Insbesondere danke ich auch Herrn Dr. Robert Ranisch für seine Korrekturen und Anmerkungen und Herrn Professor Wiesing für die Mitbetreuung der letzten Etappe dieser Arbeit. Ein besonderer Dank geht an Elke Neidlein für ihr emotionale und orthografische Unterstützung.