

XXIII. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Philosophie  
28. September - 2. Oktober 2014, Münster

Sektion *Medizinethik*

## **Wie plausibel ist der normative Krankheitsbegriff von Clouser, Culver und Gert?**

**Christiane Mahr**

Münstersches Informations- und Archivsystem multimedialer Inhalte (MIAMI)

URN: urn:nbn:de:hbz:6-72319539716

Mahr, Christiane

Wie plausibel ist der normative Krankheitsbegriff von Clouser, Culver und Gert?

Medizinethik

02. Oktober 2014

## Einführung<sup>1</sup>

Der schnelle Fortschritt im Bereich der medizinischen Möglichkeiten geht unter anderem einher mit der Entwicklung mannigfaltiger neuer Methoden der *Prävention* von Krankheiten, aber auch mit dem Anstieg der Anzahl möglicher *Therapien* und beides mit einer Zunahme ärztlicher *Handlungsfelder*. Einige dieser neuen Methoden der Vorbeugung und Heilung müssen moralisch und rechtlich legitimiert werden, zum Beispiel diejenigen, die mit erheblichen Veränderungen der menschlichen Physis verbunden sind, und Therapien, deren langfristige Nebenwirkungen zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht absehbar sind.

Wie diese Überlegung zeigt, ist die Definition des Begriffs der Krankheit nicht nur von theoretischem Interesse. Vielmehr wird die Bestimmung des Krankheitsbegriffs in der Regel praktische Auswirkungen haben, beispielsweise auf die Festlegung der ärztlichen Kompetenzen, den Erstattungsanspruch für bestimmte Behandlungsmaßnahmen gegenüber den Krankenkassen oder die gesetzliche Freigabe von technischen Eingriffen in die physische Konstitution des Menschen. Somit lässt sich sagen, dass sich in der Debatte über die angemessene Definition des Begriffs der Krankheit zwei Interessen begegnen: das theoretische Interesse an der Klärung der Bedeutung dieses Begriffs und das gesundheitspolitisch-praktische an der genauen Abgrenzung von Krankheit und Gesundheit.

Innerhalb der inzwischen weit verzweigten Debatte über die Definition von Krankheit können, je nach der Wahl des zugrundegelegten Kriteriums, verschiedene Definitionstypen unterschieden werden. Ausgangspunkt der folgenden Überlegungen ist die gängige Gegenüberstellung von *deskriptiven* und *normativen* Krankheitsdefinitionen. Die deskriptiven werden von manchen Autoren auch als naturalistische Definitionen bezeichnet.<sup>2</sup> In diesem Beitrag werde ich mich exemplarisch anhand der bekannten Krankheitsdefinition von Clouser, Culver und Gert mit der Frage beschäftigen, ob diese normative Definition der

---

<sup>1</sup> Medizinethik, 02. Oktober 2014, XXIII. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Philosophie 2014 in Münster.

<sup>2</sup> Vgl. u.a. Thomas Schramme: „Einleitung: Die Begriffe ‚Gesundheit‘ und ‚Krankheit‘ in der philosophischen Diskussion“, in: ders. (Hg.), *Krankheitstheorien*, Berlin 2012, S. 9–37, hier S. 17.

Krankheit plausibel ist. Zu diesem Zweck werde ich die Krankheitsdefinition der genannten Autoren zunächst verhältnismäßig ausführlich vorstellen und sie dann kritisch diskutieren.

### Der normative Krankheitsbegriff von Clouser, Culver und Gert

Im Folgenden wird die Definition des Autorentrios vorgestellt, die sie in dem einflussreichen Aufsatz: „Malady: A New Treatment of Disease“<sup>3</sup> vorgelegt haben. Die Normativität ihres Krankheitsbegriffs ergibt sich vor allem daraus, dass sie ihre Definition mit ganz bestimmten Annahmen über das Wesen praktischer Rationalität verbinden. Da diese Annahmen auf der von Bernard Gert in seinem Werk *Morality* ausgearbeiteten Rationalitätstheorie beruhen, werde ich so weit auf diese Theorie eingehen, dass die Krankheitsdefinition von Clouser, Culver und Gert verständlich wird. Daran schließt sich eine kritische Auseinandersetzung mit einigen Aspekten ihrer Definition an.

Die Autoren definieren „Krankheit“ (*malady*) wie folgt:

„A person has a malady if and only if he or she has a condition, other than a rational belief or desire, such that he or she is suffering, or an increased risk of suffering, an evil (death, pain, disability, loss of freedom or opportunity, or loss of pleasure) in the absence of a distinct sustaining cause.“<sup>4</sup>

Wie aus dem Zitat hervorgeht, umfasst dieser Krankheitsbegriff nicht nur das konkret auftretende Übel, sondern auch ein erhöhtes Risiko, zukünftig ein Übel erleiden zu müssen. Diese mit der Krankheit in Verbindung stehenden Übel müssen keine physischen sein. Es kann sich bei ihnen auch um psychische Übel handeln. Entscheidend für das Verständnis der Definition ist der Hinweis darauf, dass diese Übel keine klar erkennbare Ursache – im Sinne von sie verursachenden Umweltbedingungen (*distinct sustaining cause*) – haben. Die Autoren verwenden hier einen engeren Begriff der Ursache, als es ansonsten üblich ist. Insbesondere werden Kausalfaktoren, die im Kranken selbst liegen, aus dem Begriff der Ursache ausgeschlossen.

Gemäß dem Autorentrio ergibt sich die *Objektivität* der Kriterien, die es ermöglichen, psychische und physische Erkrankungen zu definieren, aus dem Begriff des Übels als eines intrinsisch schlechten Wertes.<sup>5</sup> Dieser durch Rekurs auf das Erleiden von Übeln definierte allgemeine Krankheitsbegriff (*malady*) soll es erlauben, die verschiedenen in Theorie und Praxis geläufigen Begriffe von Beeinträchtigung der Gesundheit zu subsumieren:

---

<sup>3</sup> Danner Clouser/Charles M. Culver/Bernard Gert: „Malady: A New Treatment of Disease“, in: Arthur L. Caplan/James J. McCartney/Dominic A. Sisti (Hg.), *Health, Disease, Illness, Concepts in Medicine*, Washington D.C. 2009, S. 90–103.

<sup>4</sup> Ebd. S. 101.

<sup>5</sup> „We believe that there are objective definitional criteria, and that they apply equally to mental and physical conditions.“ (Ebd. S. 91).

„We believe that all illnesses, injuries, diseases, headaches, hernias, and even asymptomatic allergies do have something in common, and we propose ‚malady‘ as the general term that includes them all. Later we shall offer a more precise definition, but for now we shall mean by malady, roughly, any condition in which there is something wrong with a person.“<sup>6</sup>

*Malady* (Krankheit als tiefsitzendes Übel) umfasst beispielsweise sowohl *illness* (den sich konnotativ auf die Symptome beziehenden Krankheitsbegriff) als auch *disease* (den Krankheitsbegriff, der auf die Krankheitsursache und den Krankheitsverlauf Bezug nimmt)<sup>7</sup>. Die verschiedenen Beeinträchtigungen der Gesundheit können den Autoren zufolge deshalb unter den Begriff *malady* subsumiert werden, weil es zwischen ihnen keine *kategorialen* Unterschiede gibt. Deshalb müssen Clouser, Culver und Gert bemüht sein, einen Krankheitsbegriff zu finden, der intensional nicht zu eng gefasst ist (*illness, injury, defect, wound, etc.*), sodass er als Überbegriff für alle diese Beeinträchtigungen geeignet ist. Nach Meinung der Autoren folgt daraus, dass ihr Krankheitsbegriff außergewöhnlich *weit* gefasst ist, im Übrigen nicht, dass er deshalb *vage* wäre. Im Gegenteil: Ihre weite Definition von „Krankheit“ weise klarere Grenzen auf als andere vorgeschlagene Definitionen.<sup>8</sup>

Wie auch in Gerts Hauptwerk *Morality*<sup>9</sup> werden in der Definition des Autorenteam normativ Aspekte mit Überlegungen zur *Irrationalität* und *Rationalität* von Handlungen verknüpft.<sup>10</sup> Statt von einer funktionalen Definition von Krankheit, beispielsweise der Beschreibung bestimmter Abweichungen oder Dysfunktionen, gehen sie von der Bedeutung aus, die Krankheit *für den betroffenen Menschen* hat: „In a sense we are going to determine what a malady is by seeing what it is for a person to have something wrong with himself or herself.“<sup>11</sup>

Meiner Meinung nach lässt sich ihre Grundidee folgendermaßen rekonstruieren: Den Ausgangspunkt bildet die *evaluative* Voraussetzung, dass Krankheit intrinsisch schlecht ist.

---

<sup>6</sup> Ebd., S. 91.

<sup>7</sup> „Illness and disease are closely related, but disease – more robust ontologically than illnesses – are regarded as entities having characteristic signs and symptoms with known or discoverable etiologies. Diseases can exist before the appearance of symptoms (for example, a cervical cancer detected by a Pap smear), though they nearly always lead to manifest symptoms. In illness, by contrast, symptoms are predominant and the underlying pathogenesis is almost ignored; for example, it seems appropriate to speak of a ‚disease process‘ but not of an ‚illness process‘.“ (Ebd., S. 91)

<sup>8</sup> Vgl. ebd., S. 92.

<sup>9</sup> Bernard Gert: *Morality. Its Nature and Justification*, New York/Oxford 1998.

<sup>10</sup> „But rational persons not only do not desire evils for themselves, they avoid evils for themselves, unless they have an adequate reason not to. That there are circumstances in which rational people do not avoid death, pain, or disability, and may even seek them, does not count at all against the view that these things are undesirable or evils. It only shows that people sometimes have an adequate reason for seeking to be harmed. An evil or harm is best defined as that which all rational persons avoid unless they have an adequate reason not to.“ (Ebd., S. 90)

<sup>11</sup> Danner Clouser/Charles M. Culver/Bernard Gert: „Malady: A New Treatment of Disease“, in: Arthur L. Caplan/James J. McCartney/Dominic A. Sisti (Hg.), *Health, Disease, Illness, Concepts in Medicine*, Washington D.C. 2009, S. 90–103, S. 93.

Wenn man diese evaluative Annahme mit der rationalitätstheoretischen Prämisse verknüpft, dass Menschen vernünftigerweise Übel meiden sollen, ergibt sich erstens, dass Menschen rationalerweise so leben sollten, dass sie das Risiko, krank zu werden, möglichst gering halten. Darüber hinaus lässt sich aus der genannten evaluativen Voraussetzung auch eine *ethische* Schlussfolgerung ableiten, wenn man sie mit der moralphilosophischen Prämisse verbindet, dass Menschen, die eines der Grundübel (mit Ausnahme des Todes) erleiden, einen berechtigten Anspruch auf Hilfe haben. In diesem Fall ergibt sich für die Anderen die normative Konsequenz, dass sie moralisch verpflichtet sind, Kranken zu helfen.

Die beiden genannten Prämissen, die bisher nur in aller Kürze zusammengefasst wurden, sollen nun ausführlich dargestellt werden. Da der Begriff der Krankheit aus der Perspektive des Betroffenen heraus entwickelt wird, inkludiert er die Zustände des *Sich-krank-Fühlens* und des *Krankseins*. Diese Zustände begreift den Autoren zufolge jeder rationale Akteur als Übel, genauer gesagt als etwas *intrinsisch* Schlechtes und somit als einen Zustand, den jeder rationale Akteur ohne *adäquaten* Grund vermeiden soll. Beispielsweise wird ein Mensch, der sich zum Zahnarzt begibt, um sich einen gesunden Zahn so anbohren zu lassen, dass er möglichst starke und lang anhaltende Schmerzen hat, allen rationalen Akteuren in seinem Handeln unverständlich bleiben. Diese Handlung ist deshalb irrational und insofern auch unverständlich, weil der Akteur ohne ersichtlichen adäquaten Grund freiwillig eines der Grundübel in Kauf nimmt. Bernard Gert zufolge ist dies der entscheidende Gedanke für das Verständnis von irrationalen Handlungen. Immer dann, wenn sich jemand ohne adäquaten Grund durch sein Handeln eines der Grundübel zufügt, ist seine Handlung irrational. Darüber hinaus ist der Begriff der irrationalen Handlung nach Gert grundlegender als der Begriff der rationalen Handlung, und zwar deshalb, weil sich Ersterer auf *positive* Weise durch Rekurs auf die Grundübel, Letzterer jedoch nur auf *negative* Weise definieren lässt: Alle Handlungen, die nicht irrational sind, sind rational.<sup>12</sup> Eine der Pointen der Gert'schen Rationalitätstheorie besteht also darin, dass es kein positives Kriterium für rationale Handlungen gibt. Vielmehr können diese nur negativ definiert werden und zwar durch den Bezug auf irrationale Handlungen. Systematisch gesehen, ist somit der Begriff des Grundübels grundlegend. Auf ihm basiert der Begriff der irrationalen Handlung, und schließlich wird der Begriff der rationalen Handlung negativ durch den Begriff der irrationalen Handlung definiert.

Wie sich nun gezeigt hat, bildet der Begriff des Übels die Grundlage sowohl der Gert'schen Rationalitätstheorie als auch der Krankheitsdefinition von Clouser, Culver und Gert. – Doch

---

<sup>12</sup> Vgl. Bernard Gert: *Morality. Its Nature and Justification*, New York/Oxford 1998, S. 30.

was genau ist ein Übel, und in welchem Verhältnis steht dessen Vermeidung mit dem Krankheitsbegriff? Den Begriff des Übels definieren die Autoren wie folgt: „Evils are the genus of which death, pain, and disability are species.“<sup>13</sup> Dieses Verhältnis erklärt die Normativität des Krankheitsbegriffs: „What death, pain, and disability have in common is normative and thus ‚malady‘ is a normative term.“<sup>14</sup> Übel, wie beispielsweise Schmerz, sollte ein rationaler Akteur nur dann nicht vermeiden, wenn er für seine Inkaufnahme einen adäquaten Grund hat. Im Rahmen dieses Beitrags ist eine ausführliche Betrachtung des Rationalitätsbegriffs, der hier zugrunde gelegt wird, weder möglich noch nötig. Ebenso wenig kann hier diskutiert werden, welche Implikationen die Definition des adäquaten Grundes<sup>15</sup> für Gerts Theorie hat und *wie* er die „moraltheoretischen und rationalitätstheoretischen Stränge“<sup>16</sup> miteinander verbindet.

Da ein adäquater Grund jedoch „eine andernfalls irrationale Handlung zu einer rationalen“ macht, muss dieser Gedanke Gerts in gebotener Kürze dargestellt werden:

„Death, pain, loss of ability, loss of freedom, and loss of pleasure cannot be ranked in the abstract. Indeed, one cannot even rank different kinds of pain, different kinds of disabilities, or the loss of different kinds of freedom in the abstract. Some pain is so severe that it would not be irrational to want to die in order to escape from it. However, there are also lesser degrees of pain from which everyone would consider avoidance by death to be irrational. Death has no degrees. [...] Many people prefer to remain alive and conscious even though almost all of what they will be conscious of is pain and suffering. [...] People almost always have adequate reasons for acting in ways that would be irrational if they did not have such reason.“<sup>17</sup>

Nach Gert kann nicht abstrakt über die Beziehungen, welche die Lebensqualität von Menschen bestimmen, gesprochen werden. Es ist rational nachvollziehbar, wenn ein Mensch, der unter extremen Schmerzen leidet, den Wunsch zu sterben äußert. Es ist rational ebenso nachvollziehbar, wenn ein anderer Mensch, der ebenfalls unter extremen Schmerzen leidet, dennoch den Wunsch hat weiterzuleben. Weder der eine noch der andere Wunsch ist irrational, denn der Schmerz wird individuell anders bewertet. Trotz dieser individuellen Bewertung gibt es innerhalb einer bestimmten Gemeinschaft einen Konsens darüber, was einen adäquaten Grund von einem nicht adäquaten unterscheidet. Dies soll anhand zweier Beispiele, in denen jeweils das Übel Schmerz bewusst in Kauf genommen wird, verdeutlicht werden: 1) Ein Mann hat ein Loch im Zahn und infolgedessen starke Schmerzen. Er weiß, dass eine zahnärztliche Behandlung wahrscheinlich erst einmal zusätzliche Schmerzen mit

---

<sup>13</sup> Ebd., S. 94.

<sup>14</sup> Ebd.

<sup>15</sup> „An adequate reason for acting is a conscious rational belief that makes the otherwise irrational action for which it is a reason, rational.“ (Bernard Gert: *Morality*, S. 57)

<sup>16</sup> Matthias Kettner: „Die Konzeption der Bioethik von Bernard Gert, Charles M. Culver und K. Danner Clouser“, in: Markus Düwell/Klaus Steigleder (Hg.), *Bioethik*, Frankfurt am Main 2003, S.88–104, S.89.

<sup>17</sup> Bernard Gert: *Morality*, S. 58.

sich bringt. Dennoch sucht er den Zahnarzt auf. Der adäquate Grund dafür, zusätzliche Schmerzen auszuhalten, liegt in der Beseitigung des größeren Übels, lang anhaltende Schmerzen zu haben. 2) Ein Mann geht zum Zahnarzt, um sich fachmännisch einen seiner gesunden Zähne so schmerzvoll wie möglich behandeln zu lassen. Wird er gefragt, warum er das tut, gibt es drei Möglichkeiten: (i) Sein Handeln wird durch einen adäquaten Grund nachvollziehbar. Er wurde durch Androhung schlimmerer Übel dazu gezwungen. Somit ist seine Handlungsweise, die ansonsten irrational wäre, deshalb rational, weil er einen adäquaten Grund für sie hat. (ii) Sein Handeln ist irrational, weil er für sie einen nicht adäquaten Grund angibt. Man hat ihm zwei Euro für die schmerzhaft und unnötige Behandlung geboten. (iii) Sein Handeln lässt sich innerhalb dessen, was eine „Begründung“ ausmacht, nicht beschreiben. Dass rationale Akteure diese Unterscheidungen treffen können, bedeutet allerdings noch nicht, dass sie nicht auch häufig irrational – wider besseres Wissen – handelten. Eine Art des Schmerzes, den der rationale Akteur vermeiden sollte, ist der Magenschmerz. Nimmt A eine Speise, die er sehr schätzt, zu sich, obwohl er weiß, dass diese Speise bei ihm immer zu Magenschmerzen führt, ist sein Handeln im Hinblick auf die zu erwartenden Konsequenzen irrational.

Doch nicht nur Schmerz und Tod haben einen intrinsisch negativen Wert. Unter den Krankheitsbegriff der drei Autoren fallen auch der Verlust oder der *mögliche* Verlust von Freiheit und der Verlust an Lust:

„Death, pain, and disability are not the only basic evils. Loss of freedom or opportunity, and loss of pleasure, must be added to the list. By pain we mean not only physical pain but also the unpleasant feelings of anxiety, sadness, and displeasure in their various manifestations. Similarly, disabilities should not be limited to physical disabilities, but should also include mental disabilities, such as aphasia, and volitional disabilities, such as compulsions and phobias.“<sup>18</sup>

Diese Formulierung beschreibt alle Zustände, die ein rational agierender Mensch vermeiden sollte.<sup>19</sup> Doch nicht jedes Übel, das ein rationaler Akteur vermeiden sollte, ist eine Krankheit. Die Autoren grenzen den Zustand, in dem ein Mensch unter einer Krankheit leidet, deshalb wie folgt von anderen Zuständen, unter denen ein Mensch ebenfalls leiden kann, ab: „On our account, not just anything that causes or increases the risk of suffering an evil is a malady. One is suffering a malady if and only if the evil, or increased risk thereof, one is suffering is

---

<sup>18</sup> Danner Clouser/Charles M. Culver/Bernard Gert: „Malady: A New Treatment of Disease“, in: Arthur L. Caplan/James J. McCartney/Dominic A. Sisti (Hg.), *Health, Disease, Illness, Concepts in Medicine*, Washington D.C. 2009, S. 90–103, S. 95.

<sup>19</sup> „All the items on this list are basic evils: every person acting rationally will avoid these things unless he or she has some reason not to. Thus, the list of evils is not arbitrary but one in which all members share a common feature. The concept of an evil is not one that is simply developed ad hoc to account for the for the concept of malady.“ (Ebd.)

not in continuing dependence upon causes clearly distinct from oneself.“<sup>20</sup> Somit ist nach Clouser, Culver und Gert das Vorliegen eines Grundübel oder das erhöhte Risiko, ein solches zu erleiden, keine hinreichende, sondern nur eine notwendige Bedingung für das Vorliegen einer Krankheit. Hinzukommen muss eine ganz bestimmte Art der Verursachung des Grundübel, nämlich die Herbeiführung durch Ursachen, die außerhalb des betroffenen Menschen liegen.

Meiner Meinung nach verdient eine weitere Eigenheit dieser Krankheitsdefinition besondere Beachtung: Sie umfasst sowohl ein objektives als auch ein subjektives Moment. Die Objektivität der Definition lässt sich an folgendem Beispiel illustrieren: Bei einer Person hat sich ein bösartiger Tumor gebildet, der bislang nicht dazu führt, dass die Person eines der Grundübel erleidet, und von dem die Person nichts weiß. Dennoch ist sie gemäß der hier diskutierten Definition krank, weil der bösartige Tumor die *Wahrscheinlichkeit*, dass die Person eines oder mehrere Übel erleiden wird, signifikant erhöht. Für diesen Kausalzusammenhang gibt es hinreichende objektive Belege. Dieses Beispiel verdeutlicht, dass die Krankheitsdefinition der drei Autoren in dem Sinne objektiv ist, dass das *Wissen* der betroffenen Person von der inneren Bedingung ihres erhöhten Risikos, ein Grundübel zu erleiden, *keine notwendige* Bedingung ihres Krankseins ist. Darüber hinaus ist die Definition auch in dem Sinne nicht subjektiv, dass falsche Überzeugungen einer Person *keine hinreichende* Bedingung für ihr Kranksein sind. Beispielsweise ist ein Hypochonder, der fälschlicherweise davon überzeugt ist, an einer bisher nicht entdeckten Magenkrankheit zu leiden, nicht allein aus diesem Grunde magenkrank.

Andererseits enthält die Definition der Krankheit der drei Autoren auch ein subjektives Moment, das sich auf zweierlei Weise konkretisieren lässt. Eine Krankheit liegt erstens nur dann vor, wenn die betroffene Person eines der Grundübel oder das entsprechend erhöhte Risiko erleidet. Diese Beschränkung ist insofern subjektiv, als eine objektiv feststellbare pathogene Veränderung der Konstitution eines Menschen keine hinreichende Bedingung für ihr Kranksein ist, denn solange diese pathogene Veränderung nicht bewirkt, dass die Person eines der Grundübel oder das entsprechend erhöhte Risiko erleidet, ist diese Person nicht krank. Die hier diskutierte Definition ist noch in einer weiteren Hinsicht subjektiv. Krankheit wird u. a. dadurch definiert, wie die Mitglieder unserer Art gewöhnlich auf bestimmte Umweltbedingungen reagieren: „When a person is suffering an evil we decide whether he or she has a malady by determining whether members of the species characteristically suffer a

---

<sup>20</sup> Ebd.



similar evil, or increased risk thereof, in this environment or circumstance.“<sup>21</sup> Die Autoren weisen also ausdrücklich darauf hin, dass eine übelbewirkende Reaktion eines Menschen auf bestimmte Veränderungen in seiner Umwelt nur dann als Krankheit gilt, wenn sie von der *für Menschen typischen* Reaktion abweicht.

Meiner Meinung nach hat diese Subjektivierung des Krankheitsbegriffs allerdings viel weiterreichende Implikationen, als die Autoren einräumen. Innerhalb der Menschheit lassen sich nämlich Gruppen von Menschen unterscheiden, die unter bestimmten Umweltbedingungen verschiedene typische, gruppenspezifische Reaktionen zeigen. Beispielsweise wird gewöhnlich ein aus Oimjakon stammender Jakute in der Danakil-Wüste leiden, weil er aus seinem natürlichen Lebensraum, in dem es bis zu –70 Grad Celsius kalt wird, in eine Umwelt verstoßen worden ist, in der es mittags bis zu 63 Grad Celsius warm ist. Dies hat jedoch nichts damit zu tun, dass er krank wäre; vielmehr handelt es sich hier um die für Jakuten typische gruppenspezifische Reaktion auf bestimmte Umweltbedingungen. Was in der Danakil-Wüste eine krankhafte Veränderung ist, orientiert sich an den dort lebenden Afar. Wenn meine Interpretation zutrifft, dann ist die von dem Autorentrio vorgelegte Definition der Krankheit in bedeutend höherem Maße auf typische subjektive Reaktionen bezogen, als die Autoren selbst meinen.

Wie die vorangegangenen Ausführungen zeigen, vereinigt die Krankheitsdefinition von Clouser, Culver und Gert ein subjektives und ein objektives Moment der Krankheit. Dadurch gelingt es ihnen, Krankheit nicht nur aus der Beobachterperspektive, sondern auch aus der Perspektive der jeweils von ihr betroffenen Person – die mehr ist als ein Organisationssystem, mehr als *nur* ein Organismus – zu erfassen. Meiner Meinung nach liegt hierin einer der wesentlichen Unterschiede zwischen der normativen Krankheitsdefinition der drei Autoren und den deskriptiven beziehungsweise naturalistischen Krankheitsbegriffen.

Neben der gerade behandelten Eigenart weist die Krankheitsdefinition der Autoren eine weitere Besonderheit auf, die sie von anderen Definitionen unterscheidet. Statt von der Krankheit als dem Abnormalen auszugehen, wählen sie als Grundlage ihrer Überlegungen diejenigen Eigenschaften und Fähigkeiten, die für Menschen zum Zeitpunkt ihrer Reife (*prime*) typisch sind. Dabei berücksichtigen sie auch, dass Menschen eine bestimmte Entwicklung durchlaufen müssen, bis ihre Fähigkeiten voll ausgebildet sind. Diese Herangehensweise erlaubt es, sowohl *noch nicht* ausgebildete Fähigkeiten als auch *nicht mehr* vorhandene Fähigkeiten von Krankheiten zu unterscheiden. Für Kinder und Jugendliche ist es

---

<sup>21</sup> Ebd., S. 96.

typisch, dass sie bestimmte Fähigkeiten noch nicht oder nicht in vollem Umfang besitzen. Beispielsweise können drei Monate alte Säuglinge aufgrund ihres körperlichen Entwicklungsstandes noch nicht gehen. Da sie diese Fähigkeit aber gewöhnlich im Verlauf der folgenden Jahre entwickeln, handelt es sich bei ihrer Unfähigkeit zu gehen nicht um eine Krankheit. In diesem Zusammenhang führen die Autoren den Begriff der *inability* ein, der meiner Meinung nach so viel wie „entwicklungsbedingte Unfähigkeit“ bedeutet. Diese *inabilities* werden terminologisch von *disabilities* als verloren gegangenen Fähigkeiten unterschieden: „[...] the concept of normality must be used to distinguish disabilities from inabilities“<sup>22</sup>. Eine *inability* liegt dann vor, wenn ein Mensch eine für Menschen typische Fähigkeit *noch nicht* ausgebildet hat. Von *disability* ist hingegen die Rede, wenn ein Mensch eine für Menschen typische Fähigkeit *nicht mehr* oder nur noch in rudimentärer Form besitzt. Laut den Autoren sind *inabilities* keine Krankheiten, *disabilities* können es jedoch sein. Sie sind es genau dann, wenn der Verlust der Fähigkeit nicht auf eine andauernde äußere Ursache (*distinct sustaining cause*) zurückzuführen ist. Ein Beispiel soll dies verdeutlichen: X wird davon in Kenntnis gesetzt, ein X unbekannter Y könne nicht gehen, und gefragt, ob Y krank sei. X kann diese Frage nur dann korrekt beantworten, wenn er unter anderem das Alter von Y berücksichtigt. Ist Y in einem Alter, in dem auch kein anderer Artgenosse gehen kann (Y ist ein drei Monate alter Säugling), kann X in Bezug auf Y sagen, dass die Unfähigkeit nicht auf eine Krankheit, sondern auf das Alter zurückzuführen ist. Wenn Y hingegen in einem Alter ist, in dem alle anderen Artgenossen gehen können, dann weist das Unvermögen von Y auf eine Krankheit hin.<sup>23</sup>

Maßstab für die Unterscheidung von Gesundheit und Krankheit ist die Normalverteilung typischer Fähigkeiten bei den Erwachsenen in dem Zeitraum, in dem bezüglich der dargestellten Fähigkeit die größtmögliche Homogenität herrscht. Die Autoren schlagen vor, Gesundheit und Krankheit anhand des Grades beziehungsweise der Intensität der Abweichungen bestimmter Fähigkeiten (beispielsweise Handlungskompetenz) zu unterscheiden. Grundlage für die Bewertung der Qualität einer Abweichung ist der Durchschnitt, dessen Basis sich dadurch auszeichnet, dass hinsichtlich der Ausprägung des Merkmals im Zusammenhang mit dem Alter die *kleinstmögliche Heterogenität* herrscht:

„A simple majority (55 percent) [...] is not sufficient. An overwhelming majority of nondiseased, noninjured members of the species must have had that ability for it to be characteristic of the species. We conclude that a person is suffering a disability when he or she lacks an ability that is characteristic of the species, or when he or she has an extraordinarily low degree of that ability. The distribution of that ability is obtained by determining

---

<sup>22</sup> Ebd., S. 97.

<sup>23</sup> Vgl. ebd.

the presence or absence of that degree of ability in all persons at any time during their prime, in the absence of environmentally caused disease or injury. Given the presence of a distribution of degrees of ability obtained in this way, someone is disabled if he or she is at the extreme lower end of the curve."<sup>24</sup>

Wie aus dem Zitat hervorgeht, ist nicht jede Abweichung von dem durchschnittlichen Maximum einer Fähigkeit eine Krankheit. Vielmehr liegt nur dann eine Krankheit vor, wenn der Grad der Ausbildung der Fähigkeit am unteren Ende der Verteilungskurve liegt. Diese These impliziert meiner Meinung nach, dass die Autoren bestimmte *Schwellenwerte* für den Übergang von noch normalen Abweichungen zu Krankheiten annehmen müssen.

Was die Autoren unter typisch menschlichen Fähigkeiten verstehen, soll anhand zweier Beispiele erläutert werden. Für die *allermeisten* vollentwickelten Menschen ist es charakteristisch, dass sie im Stande sind, innerhalb eines bestimmten Frequenzspektrums Geräusche wahrzunehmen. Wenn diese Fähigkeit aufgrund innerer Bedingungen stark eingeschränkt oder gar nicht mehr vorhanden ist, liegt eine Krankheit vor, nämlich Schwerhörigkeit oder Taubheit. Hingegen ist es nur für *sehr wenige* vollentwickelte Menschen charakteristisch, dass sie ohne Unterbrechung 42,195 Kilometer laufen können. Daher ist die Fähigkeit, einen Marathonlauf zu absolvieren, keine typisch menschliche Fähigkeit und ihr Nichtvorhandensein demgemäß keine Krankheit.

### Diskussion

In den vorangegangenen Ausführungen habe ich die wichtigsten Aspekte der Krankheitsdefinition von Clouser, Culver und Gert erläutert. Im Folgenden werde ich die Plausibilität dieser Definition prüfen, indem ich einige Probleme behandle, die sich meiner Meinung nach aus ihr ergeben. Die erste Schwierigkeit beruht darauf, dass sich die Autoren zumindest implizit auf ein Kriterium stützen müssen, das es ihnen erlaubt, diejenigen Fähigkeiten, die im Hinblick auf Gesundheit und Krankheit *relevant* sind, von irrelevanten empirisch-anthropologischen Merkmalen abzugrenzen. Einerseits kann man den Autoren einräumen, dass es bestimmte Arten von menschlichen Fähigkeiten gibt, in Bezug auf die es unumstritten ist, dass sie für die Unterscheidung zwischen Gesundheit und Krankheit relevant oder aber irrelevant sind. Beispielsweise wird wohl niemand bestreiten, dass die Fähigkeit zu sehen Bestandteil der Gesundheit ist. Ebenso unstrittig ist, dass die Fähigkeit, von einem 10-Meter-Turm ins Wasser zu springen und dabei einen doppelten Salto auszuführen, glücklicherweise kein notwendiger Bestandteil einer gesunden Konstitution ist. Daher ist es für die Frage, ob ein bestimmter Mensch gesund oder krank ist, irrelevant, ob er über diese

---

<sup>24</sup> Ebd., S. 98.

Fähigkeit verfügt oder nicht. Andererseits kann nicht ausgeschlossen werden, dass es Fähigkeiten gibt, über deren Relevanz für die Gesundheit Uneinigkeit herrscht. Beispielsweise kann kein Zweifel daran bestehen, dass weibliche Frigidität für die betroffenen Frauen mit einem Verlust von Lust verbunden ist. Sofern diese Funktionsstörung nicht auf einer andauernden äußeren Ursache beruht, erfüllt die weibliche Frigidität zwei der Kriterien, die sich aus der Krankheitsdefinition der drei Autoren ergeben. Man kann jedoch darüber streiten, ob die Fähigkeit, sexuelle Lust zu erleben, im Hinblick auf die Unterscheidung von Gesundheit und Krankheit relevant ist. Je nachdem, wie man diese Frage beantwortet, wird man die Frigidität als Krankheit klassifizieren oder sie als nicht krankhafte Störung betrachten. Diese Schwierigkeit könnte dadurch gelöst werden, dass die Autoren das von ihnen implizit in Anspruch genommene Relevanzkriterium explizierten.

Das zweite Problem betrifft die Notwendigkeit, einen *objektiven Schwellenwert* für die Abnahme typisch menschlicher Fähigkeiten ausfindig zu machen. Wie bereits dargestellt wurde, gehen die Autoren von der Normalverteilung bestimmter Fähigkeiten in der Gruppe der voll entwickelten Menschen aus. Sie betonen, dass nicht jede Abweichung von dieser Norm eine Krankheit darstelle. Nur die Beschränkungen, die an den unteren Enden der Verteilungskurve liegen, seien Krankheiten. Demzufolge muss es einen Punkt geben, an dem noch normale Beschränkungen von Fähigkeiten von krankhaften unterschieden werden. Die Schwierigkeit besteht nun darin, dass sich der Verlust bestimmter Fähigkeiten in vielen Fällen als *kontinuierlicher* Prozess vollzieht. Beispielsweise nimmt bei vielen hochbetagten Menschen die Hörfähigkeit nach und nach ab. Meiner Meinung nach ist es unmöglich, in Bezug auf derartige kontinuierliche Veränderungen einen objektiven Schwellenwert festzulegen, ohne dabei in bestimmtem Maße willkürlich zu verfahren. Dies zeigt meines Erachtens, dass die voll ausgebildeten Fähigkeiten reifer Erwachsener keine hinreichende Bedingung für die Eingrenzung von Krankheiten bilden. Sie erlauben es zwar, die normale Konstitution eines gesunden Menschen zu beschreiben, sie geben aber keinen eindeutigen Maßstab für die Unterscheidung zwischen nicht krankhaften und krankhaften Fähigkeitsbeschränkungen vor.

Schließlich führt die Einbeziehung des Risikos, eines der Grundübel zu erleiden, zu einer dritten Schwierigkeit. Dadurch wird nämlich der Krankheitsbegriff meines Erachtens noch einmal erheblich erweitert. Beispielsweise wäre das *Altern* als kontinuierlicher Prozess ab einem bestimmten Stadium als eine Krankheit zu begreifen – und zwar unabhängig davon, wie es den einzelnen alten Menschen geht –, denn das Risiko, an bestimmten Krankheiten zu

leiden, wie beispielsweise an der Alzheimer-Krankheit, nimmt ab einem bestimmten Alter dramatisch zu.<sup>25</sup> Nimmt man die hier diskutierte Definition ernst, dann lässt sich das Folgende rechtfertigen: Anhand statistischer Erhebungen kann ein Zeitpunkt angegeben werden, von dem an das Risiko aller Personen, unter dieser Erkrankung zu leiden, so hoch ist, dass alle Personen von diesem Zeitpunkt an als (potentiell) krank gelten (ab welchem Zeitpunkt das Risiko hoch genug ist, ist eine andere Frage). Wie oben schon gezeigt wurde, ist der Krankheitsbegriff der drei Autoren nicht nur evaluativ, sondern in Verbindung mit weiteren Prämissen auch normativ. Insbesondere ergibt sich aus der Diagnose einer Krankheit *prima facie* ein berechtigter Anspruch auf Hilfe. Verbindet man diesen Gedanken mit der Annahme, dass ab einem bestimmten Alter alle Menschen allein deshalb krank sind, weil sie unter einem stark erhöhten Risiko, an Alzheimer zu erkranken, leiden, dann wären die Hilfsansprüche eines 80-jährigen an Alzheimer erkrankten Menschen denen eines 80-jährigen potentiell Alzheimerkranken ebenbürtig. Das ist m. E. nicht nur ein kontraintuitives Ergebnis, ich kann mir darüber hinaus gut vorstellen, dass sich gesunde ältere Menschen zu Recht verbitten, als potentiell Kranke begriffen und behandelt zu werden. Außerdem zeigt der Effekt der *antagonistischen Pleiotropie*, dass das Risiko, Übel zu erleiden, ein *zu vages* Krankheitskriterium ist, obschon es den Autoren ermöglicht, auch Gegebenheiten, wie beispielsweise den Bluthochdruck, der zu Folgeerkrankungen führen kann, zu berücksichtigen.<sup>26</sup>

Abschließend soll auf eine Schwierigkeit hingewiesen werden, auf die u. a. Thomas Schramme hingewiesen hat. Aufgrund der Tatsache, dass der Begriff der Krankheit in verschiedenen Kontexten zu verschiedenen Zwecken gebraucht wird, darf die Möglichkeit, dass es nicht nur eine angemessene Krankheitsdefinition gibt, sondern mehrere, nicht ohne Weiteres ausgeschlossen werden. Clouser, Culver und Gert gehen jedoch davon aus, dass sich Krankheit so definieren lässt, dass die entsprechende Begriffsbestimmung unabhängig vom Verwendungskontext korrekt ist. Warum diese Annahme nicht selbstverständlich ist, soll zumindest an einem Beispiel erläutert werden, nämlich an der Relevanz des subjektiven Leidens für die Definition der Krankheit. Schramme weist zu Recht darauf hin, dass innerhalb

---

<sup>25</sup> Auf der Webseite der Alzheimer Forschung Initiative e. V. finden sich unter anderem folgende Zahlen: Von der Alzheimer Krankheit sind 2% der Personen, die das 65. Lebensjahr noch nicht erreicht haben betroffen. Bei den Personen, die zwischen 80-90 Jahre alt sind, sind 25% von dieser Krankheit heimgesucht. Von den Personen, die das 90zigste Lebensjahr überschritten haben, sind mehr als ein Drittel erkrankt. (Vgl. <https://www.alzheimer-forschung.de/alzheimer-krankheit/risikofaktoren.htm>)

<sup>26</sup> „Additionally, incorporating the notion of ‚increased risk‘ in our account of a malady allows us to include as maladies such conditions as high blood pressure.“ (Danner Clouser/ Charles M. Culver/Bernard Gert: „Malady: A New Treatment of Disease“, in: Arthur L. Caplan/James J. McCartney/Dominic A. Sisti (Hg.), *Health, Disease, Illness, Concepts in Medicine*, Washington D.C. 2009, S. 90–103, S. 101.

des medizinisch-theoretischen Kontextes „das Kriterium der Störung von natürlichen Funktionsfähigkeiten entscheidend“<sup>27</sup> ist: „Das subjektive Erleben oder gesellschaftliche Wertvorstellungen sind für das Vorliegen einer Krankheit aus der wissenschaftlichen Perspektive unerheblich.“<sup>28</sup> Ganz anders verhält es sich hingegen im medizinisch-praktischen Kontext. Hier kann die Tatsache, dass ein Patient leidet oder nicht leidet, selbstverständlich im Hinblick auf die Frage, ob er krank ist, nicht ignoriert werden. Vielmehr muss hier die Perspektive der betroffenen Person berücksichtigt werden. Wie dieses Beispiel verdeutlicht, versteht es sich nicht von selbst, dass Begriff der Krankheit nur aus der normativen Perspektive des Leidenden definiert werden kann und muss. Um nachzuweisen, dass eine angemessene Definition der Krankheit notwendigerweise normativ ist, müssten weitere Gründe vorgebracht werden.

---

<sup>27</sup> Thomas Schramme: „Benötigen wir mehrere Krankheitsbegriffe? – Einheit und Vielfalt in der Medizin“, in: Peter Hucklenbroich/ Alena Buyx (Hg.): *Wissenschaftstheoretische Aspekte des Krankheitsbegriffs*, S. 85–103, hier S. 88.

<sup>28</sup> Ebd.